



# รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่  
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Development model of the emergency medical  
services Integrated spatial for the elderly vulnerable groups  
in the of community context under the semi-urban,  
Semi - rural society.

นายรักษันรินทร์ แก้วมีศรี

นางสาวธรรมพร หาญผจญศึก

นางสาวนันทน์ภัส สุจิมา

นางวรุสิริ ฝั้นคำอ้าย

นางสุปราณี ใจตา

นางสาวปณิตพัฒน์ คำตุ้ย

นายเปรมรวิทย์ เสนาฤทธิ์

นางสาวนิตยา บุญมูล

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก  
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

สิงหาคม 2560

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก คุณพรทิพย์ วชิรติลก และคุณธีระ ศิริสมุด ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะเติมเต็มด้านหลักคิดที่สำคัญ ช่วยเหลือชี้แนะให้กรอบคิดและโจทย์งานวิจัยนี้มีความชัดเจน และขอขอบคุณนายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ ดร.วิภาดา วิจักขณาลัญญ์ และ ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความช่วยเหลือ วิพากษ์ วิจาร์ณ ทำให้ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ท่านนายกเทศมนตรีตำบลหนองผึ้ง ที่ช่วยประสานงาน ติดตามงาน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น ที่พัฒนาโปรแกรมการจัดการระบบข้อมูลและร่วมเป็นทีมวิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี สาธารณสุขอำเภอสารภี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ที่อนุญาตให้บุคลากรร่วมเป็นทีมวิจัยในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และคณะทำงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่ ที่เห็นความสำคัญและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เสนอผลการดำเนินงานวิจัย ทั้งช่วยวิพากษ์ วิจาร์ณ และช่วยเผยแพร่ผลการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ในที่นี้

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชน กลุ่ม/องค์กรชาวบ้านของตำบลหนองผึ้ง ที่ได้เปิดโอกาสให้เกิดชุมชน ท้องถิ่นแห่งการเรียนรู้ และพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ จนสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะขยายผลต่อไป หากคุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณความดีทั้งหมดให้กับ ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชน กลุ่ม/องค์กร ภาคประชาสังคมในพื้นที่

รักษันรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ

**ชื่อโครงการวิจัย** การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่  
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

**ชื่อผู้วิจัย** นายรักษันรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ กลุ่ม องค์กรชุมชนและประชาชนในพื้นที่สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการสร้างความเข้าใจและวิเคราะห์ การออกแบบ กำหนดเป้าหมายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมทั้งถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี และการคืนข้อมูลที่สำคัญด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน และองค์กรภาคีความร่วมมือ

การดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทของสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคมของชุมชน สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง ฯลฯ เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและการจัดกลุ่มสนทนา การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จากนั้นได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน ในขั้นตอนเหล่านี้ผู้วิจัยได้สังเกต บันทึกการดำเนินการ และการสรุปผล ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์และเสนอรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้ดำเนินการ

พัฒนารูปแบบโดยใช้การบวกรพัฒนา 6 ขั้นตอน ซึ่งสามารถนำรูปแบบการจัดบริการแพทย์  
ฉุกเฉินให้กับประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยมีเทศบาลตำบลเป็นผู้จัดการ  
การแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรมในห้วงเวลาศึกษา ทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบเกิดผลดี  
ต่อชุมชนคือเกิดการเรียนรู้การพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชน  
เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาและประเมินผล ทั้งเรียนรู้สภาพปัญหาและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข  
ต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ที่จะกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉิน จากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับ  
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้ได้รูปแบบที่เป็นปัจจัย เงื่อนไขสำคัญที่ต้องมีการพัฒนา 6 ด้าน  
ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบเทคโนโลยีสำหรับรับ  
และแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผลการทดลองใช้รูปแบบการบริการ  
แพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ดังกล่าว ยังก่อให้เกิดผลดีต่อชุมชน ท้องถิ่นโดยรวมในการบริการแพทย์  
ฉุกเฉิน ที่สอดคล้องกับสภาพของสังคม และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในปัจจุบัน

**คำสำคัญ** การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, สังคมกึ่ง  
เมืองกึ่งชนบท

**Research Title:** Development model of the emergency medical services Integrated spatial for the elderly vulnerable groups in the of community context under the semi-urban, Semi - rural society.

**Researcher** Raknarin Kaewmeesri and colleagues

### **Abstract**

This research is intended to study the Development of Integrated Spatial Emergency Medical Services Model for the vulnerable elderly under the context of semi-urban community aiming for developing the model of integrated emergency medical services model for vulnerable elderly people. The research utilizes participatory processes from all concerned parties, either from local administrative organizations, healthcare services authority in the area, local groups and organizations, including local communities and people living in semi-urban areas. This research also implements Participatory Action Research (PAR) methodology so that all parties involved will participate in the process of understanding, analyzing, design and target setting for Emergency Medical Services together with the transfer of knowledge and technology, and returning of critical information on emergency medical services to public and all organizations cooperated.

In conducting this research, the researcher studies the context of semi-urban societies by collecting information about condition of the community, environmental problems, the situations of economic, social, culture, politic and governmental administration etc. As for tool and data collection procedure, tool used in this study includes structured interviews and unstructured interviews. And while data collection of the research utilizes participant observation and non-participant observation approaches, the interviews with primary interviewers and through group discussion, as well as participatory community analysis using Appreciation-Influence-Control (A-I-C) process. The Development of Integrated spatial Emergency Medical Services Model for vulnerable elderly people in the community under the context of semi urban community is then carried out

based on 6 steps of Participatory Action Research. In these steps, researcher observes, records the result and then the conclusions of in this study will be analyzed and proposed for the model of integrated spatial emergency medical services for vulnerable elderly people under semi-urban community context.

Findings in this research reveal Finally, the study of Development of Integrated spatial Emergency Medical Services Model for vulnerable elderly people under the context of semi urban community using 6 steps of Participatory Action Research obviously reveals that this model of emergency medical services can be applied to support vulnerable elderly people with the coordination of municipal district in arranging emergency medical services in a period of the study more substantially. All stages in the development of this model are beneficial to the community in providing them; learning process in the development of local emergency medical services; opportunity for people to participate in joint development and assessment, problem learning and solution finding. While the development allows the community to learn in defining public policy of emergency medical services by integrating the following 6 aspects into the service; personnel, information systems, training, communication, technology and public involvement .Furthermore, the results in trial of using the emergency medical service model in the area also contribute to many advantages to local community as a whole in providing emergency medical services to be in consistent with conditions of the society and the requirements of entire vulnerable people and the elderly living in the community.

**Keywords:** emergency medical service, Elderly people, participatory action research, semi-urban, Semi - rural society

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	๗
บทคัดย่อภาษาไทย	๘
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๙
สารบัญตาราง	๑๐
สารบัญแผนภูมิ	๑๑
สารบัญแผนภาพ	๑๒
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2) ความสอดคล้อง	5
1) นโยบายรัฐบาล	5
2) ภารกิจของ สพฉ. ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551	5
3) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ/ยุทธศาสตร์ของ สพฉ. ฉบับที่ 3	6
1.3) วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.4) ขอบเขตของการวิจัย	7
1.5) นิยามศัพท์เฉพาะ	9
1.6) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
1.7) ดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แสดงทั้งผลผลิตและผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>12</b>
2.1) แนวคิดการพัฒนารายการวิจัยโดยใช้รูปแบบ	12
2.2) แนวคิดเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	14
ความหมายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	14
ปรัชญาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	15
วัตถุประสงค์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	16
ความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	16

## สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	17
2.3) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	26
แนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน	28
องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพกรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	29
2.4) ทฤษฎีการสูงอายุ	30
2.5) แนวคิดการมีส่วนร่วม	34
ความหมายของการมีส่วนร่วม	35
ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม	35
ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม	36
หลักการสร้างการมีส่วนร่วม	37
2.6) แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)	37
หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม	38
2.7) เทคนิคกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C)	39
2.8) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
<b>บทที่ 3 วิธีวิจัยและการดำเนินงาน</b>	<b>51</b>
3.1) แหล่งข้อมูล	51
ข้อมูลเอกสาร	51
ข้อมูลจากบุคคลและหน่วยงาน	52
3.2) การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	54
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
การประมวลผล	58



สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย</b>	<b>59</b>
4.1) บริบทพื้นที่สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	59
ประวัติความเป็นมาของตำบลหนองผึ้ง	59
จำนวนและโครงสร้างประชากร	64
สภาพทางเศรษฐกิจ	64
สภาพทางสังคม	66
สภาพด้านการศึกษา	68
สภาพด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	69
สภาพการคมนาคม	71
การบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง	71
4.2) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ เชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมือง กึ่งชนบท	74
4.3) วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ ชุมชนแบบมีส่วนร่วม หรือกระบวนการ (A-I-C)	82
4.4) ออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	86
4.5) พัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	90
4.6) การนำรูปแบบไปทดลองใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ เชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมือง กึ่งชนบท	92
4.7) การประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการ แพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบท ชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	107

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>124</b>
5.1) สรุปผลการวิจัย	124
5.2) อภิปรายผล	134
5.3) ข้อเสนอแนะ	141
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	141
ข้อเสนอแนะการนำไปใช้	142
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย	143
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	144
<b>ภาคผนวก</b>	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรจำแนกรายหมู่บ้านของตำบลหนองผึ้ง	64
ตารางที่ 2 ข้อมูลสาเหตุการป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง ที่มารับ บริการของโรงพยาบาลสารภี ประจำปี 2559	77
ตารางที่ 3 ข้อมูลประชาชนที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองผึ้ง ประจำปี 2559	78
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลประชากรตำบลหนองผึ้งที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประจำปี 2559	79
ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกเพศ ที่ป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูง ประจำปี 2559	79
ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกกลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคความ ดันโลหิตสูง ประจำปี 2559	79
ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลประชากรตำบลหนองผึ้งที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประจำปี 2559	80
ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกเพศ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประจำปี 2559	80
ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกกลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประจำปี 2559	80
ตารางที่ 10 ข้อมูลภาวะพิการของผู้สูงอายุในตำบลหนองผึ้ง มีความพิการในระดับ ต่างๆ	81
ตารางที่ 11 แสดงความคิดเห็นของประชาชนจากผลการทดลองใช้รูปแบบการจัด บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	113

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	กรอบการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชน ภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	50
แผนภูมิที่ 2	แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการ PAR (Participatory Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่	138
แผนภูมิที่ 3	แสดงกลไกการทำงานและบทบาทของหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรที่เป็น องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่	139

สารบัญแผนภาพ

	หน้า	
แผนภาพที่ 1	แสดงเขตเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่ของเทศบาลตำบลหนองผึ้งกับเทศบาลตำบลใกล้เคียง ที่แสดงถึงสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	62
แผนภาพที่ 2	แสดงเขตเชื่อมต่อภายในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ของเทศบาลตำบลหนองผึ้งที่แสดงถึงสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	63
แผนภาพที่ 3	โครงสร้างประชากรตำบลหนองผึ้ง จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ ประจำปี 2559	75
แผนภาพที่ 4	ปิรามิดประชากรตำบลหนองผึ้ง จำแนกตามกลุ่มอายุและจำแนกเพศ ประจำปี 2559	75
แผนภาพที่ 5	แสดงการออกแบบระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่ และพัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	89
แผนภาพที่ 6	แสดงข้อมูลบริการประชาชนของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผิ่งโมเดล	96
แผนภาพที่ 7	แสดงข้อมูลบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล ของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผิ่งโมเดล	97
แผนภาพที่ 8	แสดงข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผิ่งโมเดล	98
แผนภาพที่ 9	แสดงตัวอย่างแผนภูมิการรายงานผลจากการจัดการข้อมูลบริการของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผิ่งโมเดล	98
แผนภาพที่ 10	แสดงข้อมูลแผนที่เดินดินประกอบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองผึ้ง	99
แผนภาพที่ 11	แสดงตัวอย่างผังระบบ TOT Help Call Center บริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองผึ้ง	103
แผนภาพที่ 12	แสดงรูปแบบจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท	106

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านที่ดี และทางด้านที่ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา อันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาที่เน้นด้านเศรษฐกิจเป็นกระแสหลัก ในขณะที่การพัฒนาทางด้านสังคมยังขาดความจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระยะเวลาที่ผ่านมาการพัฒนาดังกล่าวทางภาครัฐได้ดำเนินการตามแนวนโยบายของส่วนกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชน ทางภาครัฐจะเป็นผู้จัดบริการที่สนองต่อประชาชน การกำหนดการ รูปแบบ วิธีการ ตลอดจนลักษณะการบริการ จึงเป็นบทบาทจากภาครัฐที่กำหนดเหมือนกันทั่วประเทศ ประชาชนจึงเป็นผู้รับบริการเท่านั้น การบริการจะสนองตอบความต้องการของประชาชนหรือไม่ หรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชนนั้นคืออะไร เป็นคำถามที่ทางผู้ให้บริการจากภาครัฐยังให้ความสำคัญน้อยเกินไป โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ซึ่งเป็นผู้คนที่ประสบความเดือดร้อน และขาดโอกาสที่เข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ

ในปัจจุบันการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการบริการสุขภาพหนึ่งที่สำคัญและเร่งด่วน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างทันท่วงทีและปลอดภัย ถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน เป็นการป้องกันและให้ความช่วยเหลือประชาชนจากภาวะฉุกเฉินต่างๆ จากข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจากโรคร้ายไข้เจ็บ และอุบัติเหตุที่คาดการณ์ไม่ถึง อีกทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังส่งผลต่อประชาชนในมิติทางด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน อายุ และขนาดประชากร มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และมิติทางด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง สำหรับประเทศไทยแต่ละปี คนไทยอย่างน้อย 13 ล้านคน มีโอกาสได้ใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลไม่ที่ใดก็ทีหนึ่ง ซึ่งในจำนวนนี้มีประมาณ 6,000 คน ที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลและตกอยู่ในภาวะเร่งด่วน ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้นการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้บริการอย่างรวดเร็วเป็นระบบ ได้มาตรฐาน และพร้อมที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยในนาที่วิกฤติให้รอดชีวิตอย่างปลอดภัย ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre -hospital Emergency Medical Service: Pre-

hospital EMS) เนื่องจากช่วงเวลาก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาทอง (Golden Hour) ของการรักษาพยาบาล (นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ และคณะ, 2557) นอกจากนั้นการให้บริการผู้บาดเจ็บ - ถูกฉีก่อนถึงโรงพยาบาล ยังเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีความสำคัญยิ่ง ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รุนแรงร้อยละ 60 - 80 ของการเสียชีวิตมาจากการบาดเจ็บเกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล (วิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ, 2547)

ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ.2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ.2562 การที่จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีมีมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรนี้ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ปัญหาผู้สูงอายุคือมีการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ มักมีโรคร่วมหลายอย่างและมีอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา (Atypical presentation) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาในการรักษามากชนิด ทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้เหตุเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ (Samaras, Chevalley, Samaras, & Gold, 2010) ผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ที่ใช้บริการบ่อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย พบว่าผู้สูงอายุใช้บริการห้องฉุกเฉินร้อยละ 12-21 และการใช้บริการห้องฉุกเฉินที่ผ่านมา พบว่าเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 34 เมื่อเปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2536 และปี พ.ศ.2546 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยมาห้องฉุกเฉินมักมีอาการที่รุนแรง ใช้ระยะเวลาในห้องฉุกเฉินนาน รวมทั้งต้องตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง และมีโอกาสที่ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU มากกว่าเมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อย หลายครั้งที่ผู้สูงอายุจะได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาด ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นอยู่ได้รับภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจากการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประชากรและสถานะสุขภาพของประชาชนตำบลหนองผึ้ง พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,213 คน ร้อยละ 16.66 (ประชากรทั้งหมด 13,287 คน) (สำนักทะเบียนราษฎร์ เทศบาลตำบลหนองผึ้ง, 2559) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 87 คน ร้อยละ 63.50 (จากผู้ป่วยติดเตียงทั้งหมด 137 คน) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดในหัวใจและสมอง) จำนวน 698 คน ร้อยละ 52.25 (จากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมด 1,336 คน) (เอกสารสรุปผลงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง, 2558) นอกจากนั้นจากข้อมูลการให้บริการงานการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ประจำปี 2558

พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 738 ราย ร้อยละ 80.92 (จากผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งหมด 912 ราย)

อย่างไรก็ตามการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มุ่งเน้นถึงการบริการสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนมีสุขภาพดีและอายุยืนยาว” แต่การเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนนั้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนจำนวนมากที่ต้อง “สูญเสียชีวิตและต้องพิการหรือทุพพลภาพ” ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุ หรือโรคร้ายที่เกิดขึ้นกะทันหัน ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี มีประสิทธิภาพ ทันเวลาการช่วยเหลือฉุกเฉิน พร้อมกับทีมปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถถ้าสามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้ทันเวลา ภายใน 4 - 8 นาที จะช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุได้สำเร็จ ในช่วงที่ผ่านมาสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีแนวคิดที่จะกระจายการดำเนินการและการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินลงในพื้นที่ ขณะที่จะต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต (dynamic change) ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการตกผลึกแนวคิด (conceptualize) และคิดค้นแบบจำลอง (model) รองรับการวิเคราะห์องค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงระบบในการทำนายพฤติกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบ (system design) จึงสมควรมีการทบทวนและกำหนดโครงสร้าง กลไกการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ เพื่อเกิดการจัดการอย่างชัดเจน โดยมองว่าเป็นหัวใจของงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จะทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างครอบคลุมและทั่วถึงได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) ในช่วงที่ผ่านมาเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ได้เข้ามามีภารกิจงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุในพื้นที่ โดยการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ สนับสนุนรถนำส่งผู้ป่วย การจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็น และการนำผู้เสียชีวิตกลับบ้าน ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขณะที่การทำงานของเทศบาลกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ยังมีการทำงานที่แยกส่วน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สั่งการจังหวัดเชียงใหม่ 1669 (ศูนย์เวียงพิงค์) ในพื้นที่ ยังขาดความเชื่อมโยงการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนั้นยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น เนื่องจากการทำงานบริการที่ไม่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ และไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน จากการดำเนินงานดังกล่าวที่ผ่านมา เทศบาลตำบลหนองผึ้ง โดยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้เล็งเห็นปัญหา



ดังกล่าว และหากไม่มีการแสวงหาทางเลือกทางออกในการทำงาน โอกาสจะเจอปัญหาจากการทำงานมีมากขึ้น และยากที่จะแก้ไขในระยะยาว

เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งใกล้ชิดและมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดูแลความปลอดภัยในภาวะฉุกเฉินของประชาชน แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาในหลายประเด็น จึงทำให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างไม่เต็มที่ โดยเฉพาะการใช้งบประมาณในพื้นที่ ขาดกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถ และมีคุณสมบัติตรงตามภารกิจ การใช้งบประมาณทำได้ในวงจำกัด ข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย หรือดำเนินการตามแนวทางที่ถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด แม้ว่าจะมี พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน มาตรา 33 วรรคสอง ที่ระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีหนังสือทำความเข้าใจ จากกระทรวงมหาดไทยที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ รวมทั้ง พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ใน ม.16 และ ม.17 ที่กำหนดอำนาจและหน้าที่ ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่เอาไว้ เช่น การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล การบรรเทาสาธารณภัย การรักษาความปลอดภัย แต่ไม่ได้กำหนดเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินไว้ให้ชัดเจน แต่ได้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สั่งการจังหวัด เชียงใหม่ 1669 (ศูนย์เวียงพิงค์) และภาคประชาสังคมในพื้นที่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกลไก และตัวจักรสำคัญ โดยการบูรณาการทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะเกิดประสิทธิผลของการดำเนินงาน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันดีว่ากลไกต่างๆ ที่มีในพื้นที่นั้นส่งผลต่อประสิทธิผลในการดำเนินงานในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า จะมีการบูรณาการการทำงานอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จ มีรูปแบบใดที่สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากพื้นที่มีอำนาจในการบริหารจัดการได้เองและในส่วนที่ยังคงต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ ก็สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมแล้ว ระบบสวัสดิการสุขภาพชุมชนยังเป็นทางออกทางหนึ่งในหลายๆทางเลือก ในการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ไพสิฐ พาณิชยกุล, 2548) ผู้วิจัยเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการพัฒนา รูปแบบ(model) การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเชิงพื้นที่ เพื่อคุ้มครองประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นการระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีภารกิจในการดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ทั้งการกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ จะเป็นทางออกที่

สำคัญที่จะเอื้อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดทำแผนงบประมาณ และแผนดำเนินการ รวมถึงการออกข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ซึ่งจะทำให้การดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสามารถกระทำได้โดยไม่มีอุปสรรค

### **ความสอดคล้อง**

#### **1) นโยบายรัฐบาล**

การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสเข้าถึงบริการของรัฐ คุ่มครองและพิทักษ์สิทธิจัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีและเด็ก เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และสังคมที่มีความหลากหลาย ตลอดจนการจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักพิง และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว นอกจากนั้นยังเป็นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน เป็นการวางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ ทั้งบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพที่มีกลไกการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่มากกว่ากระจุกอยู่ส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

#### **2) ภารกิจของ สผ. ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551**

การแพทย์ฉุกเฉินเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ของบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล โดยการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ ตามมาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการ เช่น ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น ตลอดจน

ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษา พยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2

### 3) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ/ยุทธศาสตร์ของ สพฉ. ฉบับที่ 3

ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ถึงการสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการให้กับห่วงโซ่การจัดการ โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่นและชุมชนจนสามารถป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินและปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยังจะเสริมสร้างการรับรู้และตระหนักของประชาชนถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทันทั่วถึง ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ เพราะเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียม ตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและการส่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และยังเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย

ดังนั้นการแพทย์ฉุกเฉินในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นการเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization) และแนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติหรือแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Social Welfare)

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ กลุ่ม องค์กรชุมชนและประชาชนในพื้นที่สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยได้ดังนี้

**ขอบเขตของเนื้อหา** ประเด็นที่ศึกษา

1) บริบทของชุมชนพื้นที่ตำบลหนองผึ่ง ที่เอื้อต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่สถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง

2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง บนฐานการ บูรณาการร่วมกันของภาคีความร่วมมือของกลุ่ม องค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- กลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่
- ข้อมูลสถิติภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ Family folder ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการในพื้นที่

**ขั้นตอนที่ 2** วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C)

- เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง
- สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต
- ค้นหาวิถีและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวัง
- วางแผน โครงการ กำหนดกิจกรรมและหาผู้รับผิดชอบ

**ขั้นตอนที่ 3** ทีมออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่

- ข้อเสนอจากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- ข้อเสนอการวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่

- พัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

**ขั้นตอนที่ 4** พัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

- ประชุมชี้แจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบบูรณาการฯ
- การปรับปรุง แก้ไข ตามที่ผ่านการประเมินแบบมีส่วนร่วม ก่อนนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 5** นำรูปแบบที่พัฒนาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไปทดลองใช้ในพื้นที่

- ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- ผังรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

**ขั้นตอนที่ 6** ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการฯ ที่พัฒนาขึ้น และผ่านการทดลองใช้

- ประชุมสัมมนาเพื่อประเมิน นำเสนอผลการพัฒนาและนำรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ผ่านการทดลองใช้ในพื้นที่
- รูปแบบการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท อย่างเหมาะสมกับพื้นที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน

**ขอบเขตของพื้นที่**

พื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยเลือกศึกษาในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เหตุผลในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเพราะ

- เป็นท้องถิ่นขนาดใหญ่ พื้นที่มีประชากรมาก และมีสถิติในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนสูง
- ข้อมูลประชากร และสถานะสุขภาพของประชาชน เป็นสภาพปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุ อายุเกิน 60 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ (สังคมผู้สูงอายุ) และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยฉุกเฉินสูง
- ทิศนคติที่ดีของผู้บริหารเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ที่เห็นความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกำหนดกรอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไว้ในโครงสร้างการบริหารงานของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง

- ความพร้อมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ อาสาฉุกเฉินการแพทย์ และ อาสาฉุกเฉินชุมชน

- เป็นพื้นที่ที่สามารถทำงานกับภาคีความร่วมมือทุกระดับ ตั้งแต่ จิตอาสาฉุกเฉินในโรงเรียน ในชุมชน กลุ่ม องค์กรภาคประชาสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ่ง โรงพยาบาลสารภี และสถาบันการศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยพาร์อีสเตอร์น จังหวัดเชียงใหม่

#### 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1) **การพัฒนารูปแบบ** หมายถึง กระบวนการที่คณะผู้วิจัยสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ตามหลักการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีอยู่ 6 ขั้นตอน และนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบและประเมินผลหาคุณภาพของรูปแบบ ตลอดจนการทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผล จนได้รูปแบบที่ดีมีคุณภาพ และนำไปสู่สภาวะการณ์ที่ดีในการศึกษาวิจัย

2) **การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึงการจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มีความรวดเร็วทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งประกอบด้วย การจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ มีระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งและมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นภาวะฉุกเฉิน

3) **แบบบูรณาการเชิงพื้นที่** หมายถึง การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยมีการพิจารณาถึงการรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม กับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและพื้นฐานทางวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นเป็นหลัก ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดของทรัพยากร สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ตอบสนองปัญหาและความต้องการ สามารถปฏิบัติเหมาะสมแก่เวลาและโอกาสที่เป็นอยู่และที่ควรจะเป็นไปพร้อมกัน เพื่อให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จในการยกระดับการแก้ไขปัญหา ตามที่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ต้องการ

4) **ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการประเมินและคัดกรองสุขภาพ พบว่ามีความผิดปกติด้านร่างกายและหรือจิตใจ มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย หรือเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

5) **สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท** หมายถึง เป็นการผสมผสานกันระหว่างความเป็นเมืองกับชนบท แยกชุมชนออกเป็น 2 ลักษณะ คือชุมชนดั้งเดิมที่ยังคงวิถีชนบท ความเป็นอยู่แบบเอื้อ

อาหารช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กับชุมชนใหม่ที่ขยายเข้ามาและเปลี่ยนแปลงจากชุมชนดั้งเดิม ทำให้ดำเนินชีวิตแบบสังคมเมือง ลักษณะทางสังคมต่างคนต่างอยู่ ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมมีทั้งปัญหาพื้นฐานของสังคมและปัญหาด้านจิตใจของคนในสังคม

6) **กระบวนการมีส่วนร่วม** หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เป็นอิสระโดยสมัครใจ ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนกำหนดทิศทางการทำงาน ร่วมลงมือการปฏิบัติ ร่วมประเมินผลและรับผลประโยชน์

7) **หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่** หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพระดับพื้นที่ (Primary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์สาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ของไทย ได้แก่ ระดับสถานีอนามัยและ โรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับบุคคลและครัวเรือน หน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย หน่วยบริการดังนี้คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง โรงพยาบาลสารภี ศูนย์เครือข่ายนครพิงค์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

8) **กลุ่ม องค์กรชุมชนและประชาชน** หมายถึง กลุ่ม องค์กรชุมชนที่มาจากการรวมตัวด้วยความสมัครใจของประชาชนจำนวนหนึ่ง ที่มีวัตถุประสงค์และอุดมคติร่วมกัน มีมิตรภาพและความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่องในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ประชาชนในพื้นที่ที่มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดสวัสดิการสุขภาพชุมชน อย่างแท้จริง

2) องค์กรปกครองท้องถิ่นอื่น สามารถนำผลการศึกษากำหนดรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตนเองได้ ที่สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นนั้นๆ และเหมาะสมกับความเป็นจริงและความต้องการของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆในพื้นที่

3) ได้เครื่องมือที่ตอบสนองการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ เช่น โปรแกรมพัฒนาระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสามารถพัฒนาเพิ่มเติมไปถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ ฯลฯ

4) เสนอยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสวัสดิการสุขภาพชุมชนสำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ท้องถิ่น

5) เป็นรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีบริบทของท้องถิ่นคล้ายคลึงกัน นำรูปแบบไปดำเนินการ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีสภาพบริบทท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ก็สามารถนำเอารูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ตามที่ปัจจัย และเงื่อนไขเอื้ออำนวย

#### 1.6 ดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แสดงทั้งผลผลิตและผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เทศบาลตำบลหนองผึ้ง มีกระบวนการทำงานที่เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการการทำงานด้านอื่นๆในท้องที่ ท้องถิ่นต่อไป

2) ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้รับการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพ และเข้าถึงการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ และปรับใช้กับประชาชนกลุ่มอื่นๆได้

4) ภาวดีความร่วมมือของกลุ่ม องค์กรภาคประชาสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้าการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

5) จากการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สามารถเสนอรูปแบบนี้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และขยายผลต่อไป

6) เทศบาลตำบลหนองผึ้ง โดยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับพื้นที่ และตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแท้จริง



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท บนฐานการมีส่วนร่วม ของชุมชน ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เกิดการวางแผนการจัดบริการในพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนอย่างเสมอภาค และเท่าเทียมกัน ผู้ศึกษาวิจัยได้ใช้แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับ แนวคิดการพัฒนารูปแบบ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท เขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่

- 1) แนวคิดการพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยใช้รูปแบบ
- 2) แนวคิดเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 4) ทฤษฎีการสูงอายุ
- 5) แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 6) แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 7) เทคนิคกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วม(A-I-C)
- 8) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดการพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยใช้รูปแบบ

การวิจัยที่ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยแนวใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้น ทั้งนี้การวิจัยที่ใช้รูปแบบจะช่วยให้ได้ความรู้ที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นการวิจัยที่พัฒนาความรู้ มีความชัดเจนเป็นระบบ

ความหมายของคำว่ารูปแบบ

คำว่า “รูปแบบ (Model)” มีความหมายหลากหลายประการ

คัมภีร์ สุตแท้ (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้าง หรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

ปัญญา ทองนิล (2553) ได้กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นาเสนอในรูปของข้อความหรือแผนผัง

ทิตนา แชมมณี (2550) ได้กล่าวอธิบายความหมายของรูปแบบไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง เครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคาตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี หลักการต่างๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

บาร์โดและฮาร์ทแมน (Bardo and Hartman, 1982 หน้า 245) ได้กล่าวถึงรูปแบบในทางสังคมศาสตร์ไว้ว่า “เป็นชุดของข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เราสนใจ เพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะและ/ หรือ บรรยายคุณสมบัติต่างๆ” และยังอธิบายต่อไปว่า รูปแบบเป็นอะไรบางอย่างที่เราพัฒนาขึ้นมา เพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบจึงมิใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุม เพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนและยุ่งยากเกินไปในการที่จะทำความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป ส่วนการที่จัดระบบรูปแบบหนึ่งๆ จะต้องมียุทธศาสตร์เพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้นๆ ควรมียุทธศาสตร์ประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดเป็นการตายตัว ทั้งนี้ก็แล้วปรากฏการณ์แต่ละอย่างและวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆอย่างไร

ซึ่งในที่นี้รูปแบบหมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ผู้วิจัยสามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือระบบต่างๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

#### **วิธีการวิจัยโดยใช้รูปแบบ**

การวิจัยโดยใช้รูปแบบจำแนกออกได้เป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ขั้นที่สองเป็นการทดสอบความเที่ยงตรง(Validity)ของรูปแบบ

#### **การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ**

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบพบว่า การพัฒนารูปแบบนี้ อาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็นสองตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างรูปแบบ(Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ส่วน

รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิด ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้นๆ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ ได้แก่

การพัฒนารูปแบบซึ่งเป็นรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2535, หน้า 13) ซึ่งได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การพัฒนารูปแบบและการทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ ในส่วนการพัฒนารูปแบบนั้น ดำเนินการ โดยวิเคราะห์ลำดับในการทำวิทยานิพนธ์ หลักการเขียนรายงานการวิจัย จุดบกพร่องที่มักจะพบในการทำวิทยานิพนธ์ ฯลฯ แล้วนำองค์ประกอบเหล่านั้นมาสร้างรูปแบบการควบคุมวิทยานิพนธ์ ตามลำดับขั้นในการทำวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นจะเป็นขั้นตอนที่ 2 นำรูปแบบดังกล่าวไปทดสอบและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ

จากการศึกษาวิเคราะห์ในเรื่องนี้พอสรุปได้ว่าการสร้างรูปแบบ (Model) นั้นไม่มีข้อกำหนดที่ตายตัวแน่นอนว่าต้องการทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มต้นจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive Knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่เราจะสร้างรูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงหาสมมุติฐาน และหลักการของรูปแบบที่จะพัฒนาแล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้นและนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบและประเมินผลหาคุณภาพของรูปแบบ โดยสรุปแล้วการพัฒนารูปแบบมีการดำเนินการเป็นสองขั้นตอนใหญ่ คือ การสร้างรูปแบบและการหาคุณภาพของรูปแบบ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

### ความหมายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service = EMS) มีนักวิชาการและผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

วิทยา ขาดิบัญชาชัย (2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประกอบด้วย ระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และระบบการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ และผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลในเครือข่าย

จรัส ตฤณวุฒิพงษ์ (2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ทั้งครอบคลุมระบบการจัดการให้มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ ระบบประสานงาน สถานพยาบาล การลำเลียง และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ

ศุภยน์เรนทร (2545) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยจัดให้มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์

ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ ระบบประสานงานสถานพยาบาล การลำเลียง และส่งต่อผู้ป่วย ฉุกฉิน และผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างทันที

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548) การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง กระบวนการจัดการทรัพยากรภายในพื้นที่ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นทีในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ หน่วยให้บริการมีความพร้อมให้การรักษา ณ จุดเกิดเหตุภายในเวลาอันรวดเร็ว บุคลากรที่ปฏิบัติงานจะต้องมีความสามารถในการรับแจ้งเหตุเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

โดยสรุปการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยจัดให้มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ ระบบประสานงาน สถานพยาบาล การลำเลียง และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างทันที

### ปรัชญาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. มีขึ้นเพื่อสนองความต้องการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชน เมืองใหญ่ และทั้งประเทศ
2. ไม่จำเป็นต้องเป็นระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นอย่างหรรหาลงตัว แต่ต้องเป็นระบบที่ใช้ได้กับองค์ประกอบที่มีอยู่เดิมแล้ว
3. การจะเข้าไป “ควมคุม” ระบบที่เป็นอิสระ หลากหลาย เหล่านี้เป็นเรื่องที่ยากมากถ้าไม่สร้างระบบใหม่ขึ้นมาเลย ทางแก้คือ การใช้และการประสานงานทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด
4. ผู้ที่เป็นผู้จัดการระบบจึงต้องมีความสามารถในการจัดการงบประมาณ (funding) การทำสัญญาเจรจา (contract negotiations) และการให้บริการการแพทย์ (medical care) พร้อมๆไปกับการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเหล่านี้ให้เข้าสู่การกำหนดเป็นตัวบทกฎหมาย หรือ พ.ร.บ.แห่งชาติ

### วัตถุประสงค์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รัฐบาลไทยได้กำหนดพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ให้มีประสิทธิภาพ และอย่างทั่วถึงผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงที รวมถึงการปฐมพยาบาล การแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปฏิบัติการฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดหน่วยปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้าย รวมถึงการนำผู้ป่วยส่งมอบถึงสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย

2) เพื่อพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ทักษะและเจตคติตลอดจนมีความชำนาญและประสบการณ์อยู่ให้บริการ ประจําตลอดเวลา

3) เพื่อพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินให้พร้อมช่วยเหลือและดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม

4) เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนบุคลากร และระบบการเงินการคลังที่สามารถสนับสนุนระบบการแพทย์ ฉุกเฉินใหม่ประสิทธิภาพและยั่งยืน และ

5) เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพทุกระดับอย่างทั่วถึง

### ความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554)

1) คุ่มครองบุคคลที่ประสบภาวะอันตรายต่อชีวิตและอยู่ในสถานการณ์วิกฤตที่มีความสำคัญต่อโอกาสการรอดชีวิต หรือการรักษาการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตจากการไม่ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานอย่างทันท่วงทีโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสถานะที่ด้อยโอกาสให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่โอกาสการลดภาวะแทรกซ้อน และการรอดชีวิตที่สูงขึ้น โดยมีให้สิทธิการประกันและความสามารถในการจ่ายมาเป็นอุปสรรคในการได้รับการดูแล

2) คุ่มครองบุคคลที่ช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างสุจริต จากการถูกกล่าวหาว่า ปฏิบัติโดยมิชอบ

3) คุ้มครองสังคมให้มีการใช้ทรัพยากร (บุคลากร หน่วยบริการและเครื่องมือ) ของระบบร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตของแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันเวลาแล้ว อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นหรือเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร และเกิดความทุกข์ทรมาน และอาจจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการบาดเจ็บ และจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ดี ประกอบด้วยปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณา(ประเสริฐ วศินานุกร อ่างใน นิชชาภัทร ชันสาคร, 2559 หน้า 17 – 19) คือ

(1) บุคลากร (personnel) หมายถึง แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาล หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกให้สามารถทำการช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น (first aid) ความสามารถในการปฐมพยาบาลขั้นต้น

(2) การฝึกอบรม (training) การฝึกอบรมต้องเริ่มจากประชาชน พลเมือง การฝึกขอความช่วยเหลือ การปฐมพยาบาล การทำ CPR ผู้ทราบข่าวคนแรกที่จะติดต่อเจ้าหน้าที่และรถพยาบาลในประเทศไทยอาจฝึกอบรมกันนั้น ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อพพร.) ในชุมชน การฝึกบุคลากรให้ได้มาตรฐานของ EMT (Emergency medical technician)

(3) การสื่อสาร (Communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือ ต้องมีการรับประกันได้ว่าเมื่อได้รับข้อมูลจาก first responder แล้วข้อมูลคำตอบหรือคำแนะนำที่ให้กลับไปจะเหมาะสม ที่สุดและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้รับข้อมูลต้องมีความรู้เรื่องผู้ป่วย การให้การดูแลเบื้องต้นและการบริหารจัดการทางการส่งต่อผู้ป่วย

(4) การขนส่งผู้ป่วย (transportation) การจัดระบบรถฉุกเฉินมีความสำคัญมากที่จะทำให้การรับส่งผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว

(5) ความสามารถของโรงพยาบาลในด้านบริการ (facilities) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรเลือกโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมที่สุดที่จะรักษาผู้ป่วยนั้นๆและอยู่ใกล้ที่สุด หรือโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุควรเลือกส่งเข้าโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุ (trauma center) ซึ่งกำหนดโดย American College of Surgeons

(6) หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ (intensive care units หรือ tertiary care unit) การจัดระดับโรงพยาบาลขนาดปริมาณเตียงทั่วไป จำนวนเตียงในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ ควรมีปริมาณและอัตราส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน และไม่สิ้นเปลือง

(7) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย (public safety agency) ระบบ EMS ควรมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเป็นทีมกับตำรวจ พนักงานดับเพลิง ยาม เพราะส่วนใหญ่บุคลากร เหล่านี้อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุหรืออยู่ในที่เกิดเหตุ และควรมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน

(8) การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (consumer participation) ประชาชนและผู้ใช้บริการต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบ EMS ต้องมีตัวแทนประชาชนในองค์กรบริหารจัดการ เพราะประชาชนเป็นผู้ใช้บริการและจะมีส่วนร่วมรับรู้ถึงข้อดีและปัญหาที่เกิดขึ้น

(9) การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (access of care) ระบบ EMS เป็นช่องทางหนึ่งซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการบริการด้านสุขภาพ (health care system) ความสำเร็จของระบบ EMS ก็คือการที่จะรับรองว่าประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลจากระบบอย่างทั่วถึง

(10) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer of care) ระบบส่งต่อผู้ป่วยควรมีความปลอดภัย และสะดวกที่สุด ใช้เวลาน้อยที่สุด โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นหลัก

(11) ระบบเวชระเบียนที่มีมาตรฐาน แบบฟอร์มที่ใช้ควรเป็นแบบเดียวกันและ ควรออกแบบให้สะดวกในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ trauma registry ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ข้อมูลเกี่ยวกับ cardiac arrest และผลของการทำ CPR

(12) การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ประชาชน (public information and education) ประชาชนควรทราบข้อมูลของ EMS เป็นอย่างดี เพราะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์และเกี่ยวข้องโดยตรง

(13) คณะกรรมการประเมินผลจากบุคลากรภายนอกองค์กร (external auditor or independent review and evaluation) คณะกรรมการบริหารองค์กร EMS ต้องแน่ใจว่ากลุ่มบุคคลภายนอกขององค์กรได้ติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของระบบ EMS อย่างต่อเนื่อง และให้ ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อปรับปรุงและพัฒนา

(14) การเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติหมู่หรือชุมชน (disaster linkage) ควรมีการเตรียมความพร้อม การฝึกซ้อมร่วมกัน เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ควรแจ้งระบบ EMS ให้ทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับกรณีที่น่าจะเกิดเหตุภัยพิบัติหมู่ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินจะต้องประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย และระบบ EMS ด้วย

(15) การประสานกับระบบ EMS ของโรงพยาบาลและชุมชนใกล้เคียง เพื่อความช่วยเหลือร่วมกัน ในกรณีที่เกินขีดความสามารถของระบบ EMS ของชุมชนนั้นๆ (mutual agreement)

แนวคิดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปัจจุบันมาจากการพยายามจะต่อสู้กับความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรจากสถิติของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด พบว่า อุบัติเหตุที่เกิดจากการชนส่งพบมากที่สุดและเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล แต่ในประเทศพัฒนาที่แล้วการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสามารถป้องกันได้ 15-20% (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2549 หน้า 32) ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ต่อมาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมการเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่นๆ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและการส่งต่อ นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ถ้าหากวิธีการที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้ หรือได้รับความพิการและบาดเจ็บมากขึ้น เป็นการทำอันตรายซ้ำเติมต่อผู้ป่วยหากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่กับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพและนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามหลักวิชาการ หากได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ พบว่ามีอัตราการอยู่รอด 30 แต่ถ้าได้รับการรักษาหลัง 4 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุหากไม่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการตายถึงร้อยละ 90 (อดิศักดิ์ ผลิตผลผลิต, กิ่งแก้ว อุดมชัย และ จิราวรรณ กล่อมเมฆ, 2544 หน้า 56)

จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือเบื้องต้นและเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีผลต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่งโดยในขั้น ตอนการเตรียมนั้น จะต้องจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการให้ปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ (ภาณุเบศร์ มหาเรื่อนขวัญ, 2554) ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นการให้บริการเชิงรุกพร้อมกับความถูกต้องในการให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจึงเป็นแนวคิดให้การบริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานคิดมาจากความเชื่อที่ว่าบุคลากรไม่ว่าบุคลากรทางด้านวิชาชีพหรือ อาสาสมัครหรือประชาชน จำเป็นต้องมีการตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและยอมตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำไปส่งสถานพยาบาลได้ (อดิศักดิ์ ผลิตผลผลิต, กิ่งแก้ว อุดมชัย และ จิราวรรณ กล่อมเมฆ, 2544 หน้า 58) ได้แก่

1) การไม่เสียเวลาในที่เกิดเหตุ (Scoop and Run) เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินให้รวดเร็วที่สุดหรือเป็นรูปแบบของการดูแลฉุกเฉิน แองโกลออเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency) แนวความคิดนี้ได้มาจากการดูแล



ผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก โดยจะเน้นให้นำผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุและนำส่งให้เร็วที่สุดการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุทำให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

2) การดูแลรักษาในการที่เกิดเหตุ(Stay and Play) เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย หรือ เป็นตัวแบบการดูแลฉุกเฉินพหุโคเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care) แนวคิดนี้ได้มาจากแนวคิดในการดูแลบาดเจ็บที่มีอาการหนัก โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบ โดยจะเน้นการดูแลผู้ป่วยหนัก ณ จุดเกิดเหตุ เหมือนกับการใช้สถานพยาบาล การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการทำให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือ ผู้อยู่อาศัยพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (สมชาย กาญจนสุด, 2554) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ลดความพิการจากการบาดเจ็บ ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว และลดภาระของบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549 หน้า 26)

ดังนั้นการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรและโรงพยาบาลขอนแก่น, 2550 หน้า 84) ควรมีความครอบคลุมใน องค์ประกอบดังนี้

**1. ด้านปัจจัยนำเข้าเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนที่สำคัญ** ที่ทำให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขับเคลื่อนไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บาดเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงครอบคลุม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและการมีการถ่ายทอดนโยบายทั่วถึงนอกจากนั้น มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่คณะกรรมการอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการจัดการทรัพยากร การให้การสนับสนุนดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่งและหน่วยงานอื่นๆ ให้ได้มาตรฐานโดยมีการกำหนดมาตรฐานกลาง ซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการกำหนด มาตรฐานโดยคณะกรรมการของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการของท้องถิ่น ในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

1.2 ระบบการแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นการทำให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการเรียกใช้ดังนั้น แต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่ง่ายในพื้นที่ของตนเอง หรือหมายเลข 1669 ทั่วประเทศ โดยผู้แจ้งเหตุของพื้นที่นั้น ศูนย์จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ให้คำ แนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นไว้ประจำการและมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์สำหรับประชาชนทั่วไป ต้องมีความรู้เรื่องการแจ้งเหตุฉุกเฉินและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

1.3 ระบบการสื่อสาร ได้แก่การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระหว่างผู้ให้บริการและระบบควบคุมทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ซึ่งให้มีความสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ด้านบุคลากรบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่

1.4.1 แพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบควบคุมระบบและสั่งการเพื่อให้การรักษาพยาบาล มีความถูกต้อง เหมาะสมเหมือนกับที่แพทย์ได้ให้บริการเองนอกจากนั้นต้องมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบและการประเมินผลควรได้รับการอบรมเฉพาะด้าน เพิ่มเติม

1.4.2 พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการระดับสูง เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์เป็นผู้ บริหารหน่วยปฏิบัติการพยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ว่า ด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการจัดการการลำเลียงย้ายการสื่อสารและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

1.4.3 เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ซึ่งผ่านการอบรมจำนวน 110 ชั่วโมง และเวชกรฉุกเฉินชั้นกลาง เป็นการผลิตเวชกรฉุกเฉินเป็นหลักสูตร 2 ปีซึ่งบุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง

1.4.4 อาสาสมัครกู้ชีพ หมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและการบริการประชาชน ส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุควรมีความรู้พื้นฐานสามารถให้การประเมิน สภาพผู้ป่วยและบอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อย สามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่า

มีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน (หลักสูตรอบรม 20 ชั่วโมง เป็นอย่างต่ำ)

1.4.5 ประชาชนควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอรู้จักช่วยเหลือขั้นต้นแก่ผู้เจ็บป่วยไปก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะไปถึง

1.5 กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีการแยกบทบาทและหน้าที่ทุกระดับของหน่วยปฏิบัติการและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย และมีคู่มือในการปฏิบัติงาน

1.6 การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งงบประมาณ ได้จาก 2 ส่วน คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางได้จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณส่วนท้องถิ่น ได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์บุคลากรและระบบ

1.7 การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง ตามความจำเป็น มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

1.8 ระบบข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันเดียวกัน มีการกำหนดข้อมูลการบันทึกร่วมกันเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกันได้เป็นปัจจุบัน

1.9 การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำผู้ป่วยฉุกเฉินในกรณีต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับ หน่วยปฏิบัติการและสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ

1.10 การรับผิดชอบโดยควบคุมทางการแพทย์ และบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่การแพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษา จำเป็นต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการโดยผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ทางอ้อมโดยผ่านเอกสารมอบหมาย เป็นระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ เช่น เกณฑ์ที่ใช้แบ่งแยกผู้ป่วยในการนำส่งสถานพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในสถานที่เกิดเหตุในภาวะต่างๆ เป็นต้น

1.11 การประเมินผลการประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาล รวมทั้งสวัสดิการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

**2. ด้านกระบวนการเป็นขั้นตอนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน** เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นระยะดังนี้

2.1 การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ การมีผู้ที่มีความรู้ในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุที่จำเป็นมาก เพราะจะสามารถทำให้หน่วยกู้ชีพมาถึงได้รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

2.2 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีหลายเลขที่จำได้ง่ายเป็นสิ่งจำเป็นและผู้แจ้งเหตุจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสม ซึ่งปัจจุบันใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 สามารถที่เรียกใช้ได้ทั่วไปและศูนย์รับแจ้งเหตุต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้คอยให้คำแนะนำ การช่วยเหลือเบื้องต้น

2.3 การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรง หรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 ระดับ (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2550 หน้า 38 - 42) ดังนี้

ระดับที่ 1 หน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้น เป็นอาสาสมัครซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่บุคลากรเหล่านี้ได้รับการอบรมการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุฉุกเฉิน (หลักสูตรอาสากู้ชีพ อบรม 16 ชั่วโมง) สามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น เช่น การห้ามเลือด การตามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน เป็นต้น และออกปฏิบัติงาน จำนวน 2 - 3 คน

ระดับที่ 2 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นต้น เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐ หรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรจะต้องผ่านการอบรมโดยเฉพาะสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การห้ามเลือด การตามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน และขนย้ายผู้ป่วยได้ สามารถ

ให้ยากินบางอย่างได้ แต่การทำงานต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ในหน่วยงานบริการนั้น ๆ มีบุคลากรอยู่ประจำรพยบาลฉุกเฉิน 2 คน

ระดับที่ 3 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐ หรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรมีความสามารถเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรเฉพาะด้านที่ผ่านการอบรมเรื่องการช่วยชีวิตขั้นสูง สามารถให้การรักษาดูแลตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานกำหนดไว้และทำการขนย้ายผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล รพยบาลฉุกเฉินจะมีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูงครบถ้วนรวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงาน ยาและเวชภัณฑ์

2.4 การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (Scene Care) ผู้ปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อมเป็นอันดับแรกเพื่อความปลอดภัยของตน และคณะประเมินสภาพผู้เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจาก แพทย์ ผู้ควบคุมระบบโดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะเสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

2.5 การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดีขณะขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ

2.6 การนำส่งสถานพยาบาล(Transfer to Definitive Care)การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยมากการนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าสถานพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ เพราะถ้าส่งสถานที่ที่มีความสามารถที่ไม่ถึงและไม่พร้อมจะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาล การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรอนามัยโลกและของประเทศไทย เป็นการบริการเพื่อตอบสนองอย่างรวดเร็วทันที่ต่อภาวะฉุกเฉินมีหน่วยเคลื่อนที่ที่เร็ว เพื่อให้บริการ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุพร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงโดยประชาชนสามารถแจ้งเหตุและเป็นผู้กระตุ้นระบบ เพื่อลดความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน และภาวะการดูแลหลังการบาดเจ็บ โดยมีลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 6 ลักษณะ (ศุนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2548 หน้า 57) ดังนี้

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การส่งเสริมหรือจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจจะเป็นผู้เจ็บป่วยหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องจำเป็นมากเพราะว่าจะสามารถทำให้กระบวนการ

ช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้าหน้าที่ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องจำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่ การช่วยเหลือที่เป็นระบบแต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการ ตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทางโดยศูนย์รับแจ้งเหตุ จะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วยปฏิบัติการจะประเมิน สภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษา ตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุม กล่าวคือในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักสำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตาม ส่วนที่มีความสำคัญตามลำดับ เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive Care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็น การขีดชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยวิจิวว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่มิฉะนั้นแล้ว เวลาที่เสียไปกับความไม่สามารถและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

### 3. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่จะต้องจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการ

กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 รวมทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้รัฐจะต้องให้ความสำคัญ อิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสาธารณะ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำหนดว่าการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็น มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ชัดเจน สอดคล้องและเหมาะสมกับรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และเมืองพัทยา มีอำนาจหน้าที่ในเรื่องการสาธารณสุข การอนามัย ครอบครัว และการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 (19) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว จึงสามารถทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือภายนอกสถานพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ รวมทั้งการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาบังคับใช้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการตามหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางที่กำหนดในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งตามหลักเกณฑ์ที่ออกตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยการปกครองที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ย่อมรับรู้ถึงความเดือดร้อนของประชาชนในเขตพื้นที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาส การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นภาระหน้าที่ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมจัดตั้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) คอยให้บริการประชาชนในเขตปกครอง ในระยะแรกไม่ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 60 ได้จัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) คอยให้บริการประชาชนในพื้นที่ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 40 ยังคงรอรับการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพ เนื่องจากรอแนวทางการดำเนินงานที่สามารถใช้อ้างอิงกับหน่วยตรวจสอบได้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งมีผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเป็นคณะทำงานได้จัดทำ (ร่าง) แนวทางการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพพร้อมทั้งได้ตอบข้อหารือการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจึงได้ประสานงานขอความร่วมมือกับกรมส่งเสริมได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะสนับสนุนงบประมาณเป็นค่าวิทยากร ค่าเอกสาร ค่าอาหารเช้า และค่าดำเนินการให้โรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่จัดอบรม หลักสูตร “การช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเบื้องต้น” ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (มนปรียา สุดโต, 2553 หน้า 1)

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน ปัจจุบันพบว่าในแต่ละจังหวัดมีการบริหารจัดการค่อนข้างแตกต่างกัน ประกอบกับแนวโน้มของปริมาณงานจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลกระทบที่ประชาชนมีการรับรู้และแจ้งขอความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติทั่วไป และพื้นที่พิเศษ ที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2 โดยส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลนคร /เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/ อบต. ที่ผ่านมามีดังนี้

1. มีการจัดหา สนับสนุน ยานพาหนะหรืออุปกรณ์เพื่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่องค์กร หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล มูลนิธิเอกชน อบท.อื่นๆ เป็นต้น



2. มีการดำเนินการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้บริการประชาชนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
3. มีการจัดทำข้อตกลงกับองค์กรหน่วยงานอื่นให้มาจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
4. มีการสนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรอื่นๆ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่รวมทั้งสนับสนุนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

#### แนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน

แนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล(2556, หน้า 81 - 85) ได้เสนอบทบาทผู้นำควรมองเห็นไว้ว่า

- ความสำคัญของปัญหาและความจำเป็น หากผู้นำไม่เพิกเฉยต่อปัญหาและความจำเป็นในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ การเข้าถึงบริการจะถูกนำมาวิเคราะห์และนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบ
- การจัดการโครงสร้างแผนการทำงานรองรับการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ ปัญหางานฝาก งานไม่มีเจ้าของลดน้อยลง อีกทั้งช่วยลดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการเมื่อเกิดกรณีการถ่ายโอนอำนาจ
- ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะด้านงบประมาณและกำลังคน
- ระบบสวัสดิการแก่ผู้ปฏิบัติงาน การออกหน่วยปฏิบัติการเป็นงานที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต หากผู้นำเล็งเห็นปัญหาและช่วยเหลือสนับสนุนได้ย่อมเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการสร้างกำลังใจ และต่อยอดความรู้
- โอกาสในการทำงานเพื่อประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็น อบจ. เทศบาล หรือ อบต. ล้วนแล้วแต่ทำงานเพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือ เป็นอีกหนึ่งนโยบายที่ทำแล้วได้ใจประชาชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายการทำงานอย่างโดดเด่นย่อมก่อให้เกิดความสำเร็จได้ยาก การใช้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน หรือตัวบุคคล โดยการพูดคุยตกลงเพื่อสร้างประโยชน์ร่วมกันโดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด เช่น การร่วมเป็นกองทุนเพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือการร่วมสมทบจากภาคประชาชน ล้วนแล้วแต่เกิดจากการสร้างความเข้าใจและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน การดำเนินการต่างๆ ก็จะเป็นไปได้ง่ายขึ้นนอกจากนี้ การทำงานใน

รูปแบบเครือข่ายยังทำให้ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจาก “พี่เลี้ยง” ได้แก่ สสจ. โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน

### **องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพกรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

**ขั้นที่ 1 ปัญหาและความจำเป็น** ปัญหาและความจำเป็นของการได้รับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยอาศัยภาวะผู้นำที่ไม่เพิกเฉยต่อความเดือดร้อน ของประชาชน การที่ผู้นำมีแนวความคิดที่เปลี่ยนไปจากการมุ่งเน้นพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน มาเป็นการดูแลทุกข์สุขของประชาชนด้านอื่นๆ ทำให้การมองปัญหาของผู้นำท้องถิ่นกว้างขึ้น

**ขั้นที่ 2 ระดมสมอง** การจัดให้มีเวทีประชาคมหมู่บ้าน การรับฟังความคิดเห็นจากผู้นำ ชุมชน จะทำให้ได้มาซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง และนา ไปสู่การมอบหมายงานแก่บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสม

**ขั้นที่ 3 วิเคราะห์พื้นที่** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละระดับมีศักยภาพในการ สนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน การประเมินศักยภาพการสนับสนุนและ ทรัพยากรที่มีจะทำให้รู้จุดเด่น-จุดด้อยของตนเอง นอกจากนี้การวิเคราะห์ลักษณะของพื้นที่จะ ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ เช่น ในบางพื้นที่สามารถจัดทำแผนซึ่เข้าบ้าน ผู้รับบริการได้ ซึ่งเกิดจากความเข้าใจในบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี

**ขั้นที่ 4 ระดมภาคี** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นโครงสร้างที่คอยเชื่อมโยงประสาน ระหว่างภาครัฐที่อยู่ส่วนกลางและภาคประชาชน และยังทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียนบริษัทเอกชน เป็นต้น อบจ. บางจังหวัดสนับสนุนรถฉุกเฉินแก่เทศบาล และ อบต. ด้วยที่มีงบประมาณเอื้อต่อการสนับสนุน หรือการรวมตัวของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นกองทุนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีการดำเนินการ

**ขั้นที่ 5 ออกแบบระบบ** การวางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่เป็นสิ่งที้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกที่พึงกระทำได้ ในบางท้องถิ่นมีการจัดหน่วย บริการไว้หนึ่งหน่วยแต่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ท้องถิ่นใกล้เคียงได้ นอกเหนือจากการ ออกแบบระบบยังครอบคลุมไปถึงการจัดการฉุกเฉินและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วย ซึ่ง ท้องถิ่นที่จัดบริการต้องส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อให้มีศักยภาพเป็นไปตามมาตรฐาน ที่กำหนด

**ขั้นที่ 6 นำสู่การปฏิบัติ** การที่หน่วยปฏิบัติการจะออกปฏิบัติการได้นั้น บุคลากร ประจำ หน่วยปฏิบัติการจำเป็นต้องได้รับการขึ้นทะเบียนจาก สสจ. รถฉุกเฉินต้องเป็นไปตาม มาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด การเปิดใจยอมรับคำแนะนำ และ Feedback จากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเมื่อมีการนำส่งผู้ป่วยและเกิดการปฏิบัติหรือดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม จะนำมาซึ่ง

การพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา และประชาชนก็จะได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ EMS

### 3. ทฤษฎีการสูงอายุ

#### 1. ความหมาย

ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความของมติสมัชชาใหญ่ของโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา พ.ศ. 2525 หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยที่ประชุมองค์การอนามัยโลกที่เมือง KIEV ประเทศรัสเซีย ปี ค.ศ. 1963 ได้จัดประเภทการเป็นผู้สูงอายุ โดยยึดเอาความยืนยาวของชีวิตตามปีปฏิทิน ดังนี้ คือ

1.1 วัยสูงอายุ อายุระหว่าง 60 -74 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old) ยังสามารถทำกิจกรรมได้

1.2 วัยชรา มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Old-Old) ถือว่าเป็นผู้สูงวัยอย่างแท้จริง

ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2546 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548 หน้า 1) หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์และมีสัญชาติไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2532 หน้า 42) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของชราภาพ

จากความหมายดังกล่าวผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

#### 2. เกณฑ์การแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2532, หน้า 42) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The Young Old) เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปีมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก สามารถช่วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และพึ่งผ่านวัยที่มีประสบการณ์มาก จึงควรนำผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไปช่วยงานสร้างสรรค์ต่อวิชาการ และดูแลผู้สูงอายุวัยอื่น

2.2 ผู้สูงอายุระดับกลาง (The Middle Old) เป็นผู้มีอายุ 71-80 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความพร้อมในการดูแลตนเองเริ่มมีความจำเป็นหรือต้องการดูแลจากบุคคลอื่นในส่วนที่พร้อมไป

2.3 กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The Old Old) เป็นผู้สูงอายุ 81 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปอย่างเห็นชัดเจน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นในส่วนที่พร้อมไป

องค์การอนามัยโลกได้ยึดความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้นโดยได้กำหนดวัยสูงอายุมีอายุในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป แต่ในการประชุมสมัชชาโลกกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

### 3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

สำหรับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change) อวัยวะและระบบต่างๆของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเสื่อมทั่วร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายลดลงคือ

3.1.1 ผิวหนัง บาง แห้ง เหี่ยว ย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดน้อยลง ขาดความมันและความยืดหยุ่น สีเปลี่ยนไป เกิดจุดด่างขาว บางตอนมีสีม่วง เกิดตกกระ

3.1.2 ต่อมเหงื่อ จะลดน้อยลง ขับเหงื่อได้น้อย ทำให้การปรับอุณหภูมิของร่างกายไม่ดีทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอากาศไม่ดี

3.1.3 ผมหรือขน ร่วงมากเพราะรูขุมขนทำงานน้อย ผมเปลี่ยนสีเป็นสีขาวหรือหงอก

3.1.4 ความรู้สึกของประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ประสาทสัมผัสต่างๆ เหล่านี้รับรู้สึกช้าลง

3.1.5 กล้ามเนื้อ จะเหี่ยวเล็กและอ่อนกำลังลง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า และการทรงตัวไม่ดี

3.1.6 โครงกระดูก กระดูกจะบาง เปราะและหักง่าย แคลเซียมลดน้อยลง ข้อเสื่อม ปวดข้อง่าย

3.1.7 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย การย่อยไม่ดี เกิดท้องอืด การดูดซึมไม่ดี ภาวะการขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ง่ายลำไส้เคลื่อนไหวไม่ดี เกิดการท้องผูก

3.1.8 ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อมตามธรรมชาติ ความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำปัจจุบัน ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี

3.1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบต่อมไร้ท่อเสื่อม ตับมีขนาดเล็กลง ผลิตินซูลินได้น้อยลงเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

3.1.10 ระบบหายใจ ปอดเสื่อมลง ความยืดหยุ่นของปอดน้อยลงได้รับออกซิเจนน้อยลงทำให้หายใจเร็ว จึงเหนื่อยง่าย

3.1.11 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่

1) หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) มีความยืดหยุ่นลดลงร่วมกับมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือด เป็นผลให้มีความดันซิสโตลิกสูง ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดัน ไดแอสโตลิก เพียงเล็กน้อย

2) ลิ้นหัวใจ (Heart Valve) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งไฟโบรซิส (Fibrosis) และมีการสะสมของไขมัน การเสื่อมสลายของคอลลาเจนและมีแคลเซียมมาจับ ความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ลิ้นไมตรัล ไตรคัสปิด และพัลโมนารีมีน้อยกว่าเกิดขึ้นที่ลิ้นเอออร์ตา การเปลี่ยนแปลงที่ลิ้นหัวใจนี้มีขึ้นและเป็นผลทำให้เกิดซิสโตลิกเมอร์โต้

3) กล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้หลายอย่างรวมทั้งเซลล์ตายและบราวน์อะโทรฟี (Brown Atrophy) การสะสมของคอลลาเจนและไขมันเพิ่มมากขึ้น ที่ไฟเบอร์กล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial Fiber)

4) การสูบฉีดเลือดออกของหัวใจ ในผู้ใหญ่การสูบฉีดเลือดออกอย่างน้อย ครั้งละ 3 ลิตร และลดลงในวัยผู้สูงอายุเหลืออย่างน้อยครั้งละ 2 ลิตร ทำให้เกิดความดันเลือดสูงขึ้นและเพิ่มความต้านทานของระบบเลือดส่วนปลาย หัวใจมีระยะพักน้อยลง

5) การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดแดงหนาขึ้นและการยืดขยายออกได้น้อยลง ทำให้เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดในสมอง ความดันเลือดและความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย

6) ปริมาณเลือด มีการเปลี่ยนแปลงการกระจายเลือด เพื่อป้องกันการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญจึงมีการไหลเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะที่สำคัญมากขึ้นเช่นสมอง หัวใจและไต

7) เซลล์เลือด มีการผลิตเซลล์เลือดน้อยลง ในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดได้บ่อย คือ ความดันเลือดสูง โรคของหัวใจและหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่พอ หรือทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคลิ้นหัวใจ หลอดเลือดแข็ง หลอดเลือดแคบ หลอดเลือดในสมองฉีกขาดง่าย หลอดเลือดอุดตัน และหัวใจเต้นจังหวะผิดปกติ

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) ตามปกติเมื่อเข้าสู่วัยชราอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญได้แก่

3.2.1 องค์ประกอบภายในของแต่ละบุคคล (Internal Resources of the Individual) องค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและวิธีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ได้แก่ ปรัชญาการดำเนินชีวิต เจตคติที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ฯลฯ

3.2.2 ความรู้ ความเข้าใจ (Cognition) ความสามารถในการเรียนรู้จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น แรงกระตุ้นต่างๆ ช่วงของความสนใจ การแปลความหมาย อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุแต่ละคนกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ด้วยตนเอง

3.2.3 อัตมโนทัศน์ หรือความรู้สึกละตัวมีคุณค่า (Self – Concept, Self-Esteem) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายในผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ฯลฯ ความรู้สึกตนเองมีค่าจะมากขึ้นขึ้นอยู่กับการควบคุมดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน

3.2.4 ความเป็นอิสระแก่ตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุในสภาวะใดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัย คือ สภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกับผู้สูงอายุที่กล่าวมานี้ทำให้เกิดปัญหาที่มักพบได้บ่อยคือ

3.2.4.1 มีภาวะซึมเศร้า (Depression) จากการสูญเสียสิ่งต่างๆ ในวัยนี้ มีพฤติกรรมที่เป็นการทำร้ายตนเอง (Self-Destructive Behavior) เช่น ไม่ยอมรับประทานอาหารไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำใดๆ ทั้งสิ้น ฯลฯ มีปฏิกิริยาที่หวาดระแวง (Paranoid Reaction) ระแวงว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย ฯลฯ

3.2.4.2 กลุ่มอาการมีพยาธิสภาพในสมอง (Organic Brain Syndrome) เกิดการเหี่ยวฝ่อของเซลล์สมองและไขสันหลัง จะมีอาการจำคน เหตุการณ์และทรัพย์สินของตนเอง ไม่ได้ไถ่ถอนง่าย ฉุนเฉียว

3.2.4.3 เกิดสภาวะที่วุ่นวายหรือรบกวนผู้อื่น (Situational Disturbance) เช่น การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล เป็นต้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change) เช่น การมีบทบาททางสังคม การต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง สูญเสียบทบาทในฐานะผู้นำครอบครัว กลายเป็นผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตใหม่ ต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว และปรับตัว ปฏิกิริยาของสังคมมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุดังนี้

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคมเดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำได้รับการยอมรับนับถือ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทเหมือนสังคมเกษตรกรรม ทำให้ขาดการยอมรับจากสังคมและเกิดความว้าเหว่

3.3.2 ความคับข้องใจทางสังคม เกิดจากการปลดเกษียณต้องหยุดรับผิดชอบงานต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าหมดสมรรถภาพในการทำงาน แต่เนื่องจากสังคมกำหนดให้เป็นเช่นนั้น

3.3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชนเนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากผู้ที่มีมือกระทำต้องใช้ความคิด เป็นผู้ที่คอยให้คำปรึกษา การยอมรับมอบหมายงานของกลุ่มจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก

3.3.4 ขาดการยอมรับของครอบครัวในสภาพของสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ความกตัญญูที่พึงมีแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกับพ่อแม่จะเสื่อมลง บางครั้งเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องพึ่งพาสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้มีปัญหาจิตใจเกิดขึ้นได้

จากความเปลี่ยนแปลงอันเป็นสากลที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พอสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาที่สำคัญๆ 4 ประการคือปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาครอบครัว และปัญหาสังคม

#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กร เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญห และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนงานที่ดีที่สุด

##### ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการจัดกิจกรรมริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำ

ฝานองค์การ (organization) ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545 หน้า 5)

Erwin (อ้างอิงใน ยุพาพร รูปงาม, 2545 หน้า 6) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการ ปฏิบัติงานขององค์การและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

สรุปจากความหมายของการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า “การมีส่วนร่วม” หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการนั้น ให้แล้วเสร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

#### **ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม**

แอนดรูว์ และสตีเฟล (Andrew & Stiefel, 1980 อ้างถึงใน ทานตะวัน อินทร์จันทร์, 2546 หน้า 19) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในชั้นปฏิบัติการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

อิระวัชร จันทรประเสริฐ (2541 อ้างถึงใน ณรงค์ วาณิช, 2551 หน้า 6) กล่าวไว้คือ

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะตัวบุคคล ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลที่เข้ามามี ส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

2. การมีส่วนร่วมในลักษณะของกลุ่มขบวนการ ที่มุ่งสร้างพื้นฐานอำนาจจากการสร้างกลุ่มและโครงสร้างภายในหน่วยงาน

3. การมีส่วนร่วมในลักษณะโครงการ ให้ความสำคัญที่การจัดโครงการอันก่อให้เกิด 12 การมีส่วนร่วมที่ดี เน้นกลุ่มเป้าหมาย การถ่ายทอดระบบเทคนิค ความรู้ การกระจายอำนาจสู่ประชาชน

4. การมีส่วนร่วมในลักษณะสถาบัน ให้ความสำคัญในแง่ของการก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสถาบัน มีการถ่ายทอดหรือขยายโครงการสร้างอำนาจของกลุ่ม ผลประโยชน์และชนชั้นทางสังคม



5. การมีส่วนร่วมในลักษณะนโยบาย เน้นเรื่องหลักการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เสียเปรียบในสังคม และนำมากำหนดนโยบายและแผนงานระดับชาติ

#### **ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม**

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2528, หน้า 94 อ้างถึงใน ทานตะวัน อินทร์จันทร์, 2546 หน้า 20) ได้ให้ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางแผนหรือโครงการแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติการแก้ไขปัญหตามแผนและโครงการที่วางไว้
4. การรับประโยชน์จากโครงการ
5. การประเมินผลโครงการ

สอดคล้องกับ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527 หน้า 10) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

และ จอนห์ และอัฟฮอฟ (Jonh & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน ทานตะวัน อินทร์จันทร์, 2546 หน้า 21) ได้แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ว่าควรทำอะไร)
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุน ด้าน ทรัพยากรการบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

#### **หลักการสร้างการมีส่วนร่วม**

หลักการสร้างการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็น การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่

กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

## 5. แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้าด้วยกัน เพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยคณะวิจัย ชุมชนและแกนนำชาวบ้านมีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Development) และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Problem-Learning Process)

กมล สุดประเสริฐ (2540, หน้า 8) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คือ การวิจัย ค้นคว้า และหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์แบบเดิมๆ ต่างกันเพียงแต่ว่า PAR นั้นมีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา และเป็น

การวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมงาน รวมทั้งในกระบวนการวิจัย และในการมีหุ้นส่วนใช้ประโยชน์ของการวิจัย? ซึ่งสอดคล้องกับ สุภางค์ จันทวานิช (2547, หน้า 67) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง วิธีการที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม

### **หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม**

1. ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้าน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ
2. ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริม ยกย่องและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขา ให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง
3. ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขา และสามารถที่ทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม
4. สนใจปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน
5. ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดเห็นของตนอย่างเสรี

### **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สรุปได้ดังนี้**

1. ประชากรผู้ทำการวิจัย ได้เปลี่ยนจากผู้วิจัยภายนอก โดยให้ประชาชนในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมกันในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย
2. ขอบเขตของการมีส่วนร่วม จากเดิมที่การมีส่วนร่วมจะอยู่ในวงจำกัดเพียงบางขั้นตอนมาสู่การมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล
3. การเป็นประชาธิปไตย หลักของความเป็นประชาธิปไตยจะเพิ่มมากขึ้นใน PAR เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชนเอง ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ให้ประชาชนตัดสินใจร่วมกัน ชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

4. การสร้างองค์ความรู้ เนื่องจากเป็นการผสมผสานความรู้ของนักวิชาการกับความรู้พื้นบ้าน ให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน

5. ความรู้ที่ประชาชนได้รับ PAR เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่การเข้าใจเพียงอย่างเดียวด้วยการวิจัยที่ผ่านมา หากแต่ต้องลงมือกระทำให้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมออกมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและพัฒนาความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง

6. การวิจัยนำไปสู่การพัฒนา PAR เป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทั้งวิธีการวิจัยและการพัฒนามนุษย์

#### **ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม**

1. ชาวบ้าน ประชาชน จะตื่นตัว ได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง

2. ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา การจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

3. ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง

#### **6. เทคนิคกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C)**

เทคนิคกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคที่มีการระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ค้นพบความต้องการ ชัดจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ ผลที่ได้เกิดจากทุกคนมีส่วนร่วม คิดตัดสินใจและยอมรับซึ่งกันและกัน

A-I-C เป็นทั้งปรัชญาและรูปแบบของการปฏิบัติการในแง่มุมมองปรัชญา จะยึดหลักความสัมพันธ์ 3 ส่วน คือ พลังของการควบคุม (control) พลังของการยอมรับ (influence) และพลังของความเข้าใจ รู้คุณค่า (appreciation) เป็นหลักในกระบวนการจัดการ การประยุกต์ปรัชญา A-I-C มาใช้ในการบริหารจัดการการพัฒนา เช่น การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล

A-I-C ในแง่ของเทคนิคการปฏิบัติการใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ อีกทั้งเป็นพื้นฐานที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้พิจารณาปัจจัยทางสังคม การเมือง และวัฒนธรรม ไปพร้อมๆ กัน กับปัจจัยด้านวิชาการและเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจ เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ร่วมด้วยในแง่ของเทคนิค A-I-C จึงมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายให้
2. A-I-C จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนตระหนักถึงขอบเขตของตนว่ามีความเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างไร
3. ก่อให้เกิดโอกาสหรือเวทีที่เอื้อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน พยายามร่วมมือกัน หรือมีส่วนร่วมดำเนินการที่จะไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายนั้น

### ความเป็นมา

แนวคิดเพื่อการทำงานเพื่อแก้ปัญหา มีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับ ในยุคแรกผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้คิดและทำให้เป็นยุคที่คิดว่าคนด้อยพัฒนา ต่อมาเป็นยุคกำลังพัฒนาทุกคนต้องร่วมกันแก้ปัญหา พัฒนาการอีกขั้นคือ ผู้เชี่ยวชาญจัดระบบการแก้ปัญหาให้เท่าที่มีข้อมูลและประชาชนทำตาม ในปัจจุบันเป็นยุคที่ทุกคนมีส่วนร่วมสร้างระบบ เพราะคนจะพัฒนาได้ต้องจัดการให้คนมีความรู้ ประสบการณ์ อาศัยประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นในตนเอง(Human Entered) มาร่วมกันคิด เปลี่ยนการเรียนรู้จากการสอนให้จดจำและทำตามเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดและประสบการณ์ เพื่อวิเคราะห์ร่วมกันเลือกตัดสินใจได้เอง มีวุฒิภาวะ

ดังนั้นการทำงานจึงต้องเริ่มที่การประชุมร่วมกัน คิดสร้างสรรค์ เพื่อสร้างจุดมุ่งหมาย กลวิธี เขียนแผน และโครงการ มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น สำหรับรูปแบบของ A-I-C นั้น ธนาคารโลก (World Bank) ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ.2513 และนิยมใช้รูปแบบของ ดร.วิลเลียม อี สมิท (Dr. William E. Smith) และ นางทูริต ซาโตะ (Ms.Turid Sato) ผู้ก่อตั้งสถาบัน/ผู้ก่อตั้ง Organization for Development: Intersad Institute (ODII) ในประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย ได้นำมาทดลองในปี 2533 โดยร่วมกับกรมการพัฒนาชุมชน ปรับปรุง ทดลองนำไปปฏิบัติงานในหมู่บ้าน ตำบล และพบว่ากระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว มีพลังในการรวมกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการพัฒนา และทำให้นักพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าใจประชาชนมากขึ้น สามารถจัดโครงการสนับสนุนชุมชนได้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากขึ้น

### ความหมาย

A	=	Appreciation	เมตตาต่อกัน
I	=	Influence	คิดร่วมกัน
C	=	Control	ทำงานร่วมกัน

เกิดจากการให้ความสำคัญของแนวคิดและความเชื่อว่า บุคคล กลุ่มคน องค์กร ชุมชน และสังคม ล้วนมีพลังสร้างสรรค์แฝงอยู่มากมาย แต่มักถูกนำมาใช้น้อยหรือใช้พลังทำลายเสีย

มากกว่าทำให้เกิดความทุกข์ยาก อึดอัดขัดข้อง ขัดแย้ง เกิดความเสียหายนานาประการโดยไม่จำเป็น หากบุคคล กลุ่มคน องค์กรชุมชน และสังคม รู้จักใช้วิธีระดมพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่แล้ว โดยธรรมชาติจะเกิดเป็นพลังมหาศาล นำไปสู่การสร้างสรรค์สร้างความเจริญและสันติสุขให้แก่บุคคล กลุ่มคน องค์กรชุมชน และสังคมได้โดยไม่ยาก พลังที่สำคัญและเป็นประโยชน์ ได้แก่

1. พลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ (Appreciation) คือ การมีความรักความเมตตาปรารถนาดี เป็นมิตร ซาบซึ้งคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจต่อสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มคน องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัตถุ สิ่งของ ผลิตภัณฑ์ ปรากฏการณ์ เหตุการณ์ สถานการณ์ และอื่น ๆ

2. พลังความคิดและมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ (แยกแยะ) การสังเคราะห์ (รวบรวม) การใช้ปัญญา ทั้งนี้โดยเห็นการคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์กัน ผสมผสานกัน ด้วยความเป็นมิตร ความปรารถนาดี พร้อมทั้งให้เกียรติและให้ความเคารพซึ่งกันและกัน

3. พลังความพยายามและการควบคุมจัดการ (Control) คือการมีความมุ่งมั่นผูกพัน และรับผิดชอบที่จะปฏิบัติภารกิจ ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของตนเอง ให้ดำเนินการไปด้วยดี จนประสบความสำเร็จ รวมถึงการรู้จักวางแผน จัดระบบ จัดคน จัดทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ควบคุมการปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

#### กระบวนการ A-I-C

กระบวนการ A-I-C จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมกระทำในสิ่งต่อไปนี้

1. เกิดการยอมรับและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยผ่านกระบวนการฟังอย่างตั้งใจ (Appreciation Through Listening) ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจสภาพความเป็นจริงและความ เป็นไปได้ในสถานการณ์ต่างๆโดยมองสภาพความเป็นจริงของสถานการณ์ และสภาพความเป็นจริง ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

2. การได้รับประโยชน์จากกันและกันทางความคิด โดยผ่านกระบวนการ พูดคุย (Influence Through Dialogue) มีการคิดค้นและพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อ เป็นกลยุทธ์ ในการพัฒนา ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงความรู้สึกและคุณค่าของแต่ละคนในการ ตัดสินใจเลือกกลยุทธ์

3. การสร้างเงื่อนไขหรือพลังควบคุมที่จะผลักดันให้ทุกคนร่วมมือกันทำงานให้ บรรลุ วัตถุประสงค์โดยผ่านการลงมือปฏิบัติ (Control Through Action) จะทำให้ผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบที่จะเลือกแนวทางในการปฏิบัติอย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูล ที่ได้จากการร่วมประชุม การประชุมเชิงปฏิบัติการหรือการทำกิจกรรมร่วมกัน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีผู้ที่ได้ศึกษาไว้ ซึ่งการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยเฉพาะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันนับวันจะมีแนวโน้มที่มากขึ้น จะเห็นจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาประเด็นนี้ ผู้ศึกษาจึงขอจำแนกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ หรือระดับท้องถิ่นที่ได้มีการศึกษาถึงการจัดการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่เชื่อมโยงและอธิบายถึงการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

ชฎานิศ เขียวสดและคณะ(2553) ได้ทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยมีดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และการระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้เกณฑ์มาตรฐาน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- (1) มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- (2) มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ
- (3) มาตรฐานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- (4) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข
- (5) มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และ กลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) ของชุมชน

(6) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม และคู่มือการประเมินผล สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลการดำเนินงานด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น จากการประเมินรับรองมาตรฐาน ระดับเขต พบว่า ทุกพื้นที่สามารถนำเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้

เป็นแนวทางในการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการบริหารทรัพยากร ทั้งคน เงิน อุปกรณ์ วิธีการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผล การดำเนินงานมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและศักยภาพของแต่ละตำบล โดยจำแนกตาม ระดับคุณภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ดังนี้ ตำบลต้นแบบด้านการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ระดับดีเด่น 1 ตำบล ระดับดีมาก 3 ตำบล ระดับดี 3 ตำบล และ ต้อง พัฒนา 1 ตำบล ผลการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.57 มีความพึงพอใจ ระดับมาก และ ต้องการให้มีการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง ร้อยละ 98.86 ระดับมาก

ความสำเร็จของงานวิจัยนี้เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของผู้แทน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ดำเนินการวิจัยทั้ง 8 ตำบล ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เกิด มี นวัตกรรมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ซึ่ง สามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีสภาพการณ์ ผู้สูงอายุ วิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ที่ใกล้เคียงกันได้ต่อไป ดังนี้

(1) เกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

(2) ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการความ ร่วมมือของชุมชน จำนวน 7 ตำบล

ขณะที่ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการวิจัยปฏิบัติการ อย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การวิจัยนี้ ใช้เทคนิคการวิจัย ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ใน ชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำ ชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีม วิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐมและ กาญจนบุรี กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไก ต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง

2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย



3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน

4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ การออกแบบวิจัยโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีม สุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) ในแต่ละกลุ่มประมาณ 8-10 คน เพื่อหาปัญหา และ ความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่

ระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การตรวจสอบ ในกลุ่มระหว่างกลุ่ม จนกระทั่งได้รูปแบบบริการ นำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมี อาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน

และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจ ในบริการของผู้ดูแลไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ: ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิด ร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพ ของรูปแบบบริการนี้ต่อไป

ในส่วนทางด้าน ชูสิทธิ์ ด่านยุทธศิลป์ และสุรินธร กลัมพากร(2554) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน จากการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ควบคุมอาการของโรคและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นซึ่งมีความ ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ ดังนั้นการ ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการให้บริการสุขภาพในชุมชนในฐานะ เป็นผู้ให้บริการและหุ้นส่วนทางสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนจึงควร สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวหรือชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นการทำความเข้าใจแนวคิดการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์ประกอบของ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และบทบาทของเจ้าหน้าที่ด้าน สุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ จะช่วย ให้สามารถนำความรู้และทักษะลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะเจ็บป่วย เรื้อรังนั้นได้เป็นอย่างดี และช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถปรับตัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดำเนินชีวิต ได้ตามศักยภาพ มีความสุขอยู่ที่บ้านและในชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการและดูแลสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุที่ผ่านมา ด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการศึกษาวิจัยโดยที่ อรรถวิทย์ โส แพทย์ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในชุมชนตำบลหนองไทร อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สภาพปัญหาการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนารูปแบบอย่างมีส่วนร่วมภายในชุมชนของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลหนองไทร อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม จากกลุ่มของ ตัวอย่างที่ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัด อบต. สมาชิกสภา อบต. ผู้นำ

ชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้งอาสาสมัครตำบล รวมทั้งสิ้น 54 คน ด้วยการคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย และรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ยังใช้สถิติ Paired  $t$  - test เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ระบบบริการการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วม รวมทั้งใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อนำมาบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ขั้นตอนการพัฒนา 7 ขั้นตอนที่ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ 2) การพัฒนารูปแบบดำเนินงาน 3) สรุปรูปแบบข้อตกลงที่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) แผนยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการ 5) จัดอบรมให้ความรู้ และสร้างเครือข่าย 6) นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน และ 7) ถอดบทเรียนและค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยหลังจากการพัฒนาพบว่ากลุ่มของตัวอย่างมีความรู้ การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนนท์ ทังศิริ และคณะ(2551) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาได้ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา วางแผนรูปแบบทดลอง ทดลองปฏิบัติตามแผนดำเนินการ ประเมินผลเป็นระยะและนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับอำเภอศรีสะเกษ จากการศึกษาพบว่ารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอศรีสะเกษนั้น ต้องมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของ 3 ส่วนคือ 1) โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทหลัก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนต่างๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของ 3) ประชาชนในอำเภอ ซึ่งการประสานบทบาทและหน้าที่ของทั้ง 3 ส่วนนี้ทำให้อำเภอศรีสะเกษ มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำชุมชนอยู่ในทุกตำบลของอำเภอทั้ง 10 ตำบล ประสานกันเป็นเครือข่ายกู้ชีพประจำชุมชน ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอศรีสะเกษมีประสิทธิภาพ มั่นคง และสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ (2559) ได้ศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อ 1) อธิบายพฤติกรรมกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ 2) อธิบายการรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) อธิบายความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับ พฤติกรรมการใช้บริการ การรับรู้และความเข้าใจ และความต้องการของผู้สูงอายุต่อ

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) อธิบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุและ 6) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative data collection) และคุณภาพ (Qualitative data collection) โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลระบบการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยงาน

ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ระดับความพึงพอใจต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ เพศ โรคประจำตัว และความพิการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ใช้บริการ คือ อายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานที่หรือบุคคลรับแจ้งเหตุคือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ผู้ดูแลหลัก การประชาสัมพันธ์เรียกหน่วยกู้ชีพ เขตที่อาศัยอยู่ มีเพื่อนบ้านอยู่ใกล้เคียง ใกล้ชุมชน และใกล้ถนนสายหลัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับคือ ระดับการศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาพยาบาล ความพอเพียงของรายได้และเขตที่อยู่อาศัย

2. การรับรู้และความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครัวเรือน ความพอเพียงของรายได้ ผู้หารายได้หลักของครอบครัว สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือของชุมชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การประชาสัมพันธ์ เรียกหน่วยกู้ชีพ การมีเพื่อนบ้านอยู่ใกล้เคียง การอยู่ใกล้ถนนสายหลัก และการอยู่ใกล้สถานบริการ สุขภาพ (รพ.สต. /โรงพยาบาล)

3. ความต้องการของผู้สูงอายุต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความต้องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด ในประเด็นผู้ปฏิบัติงานต้องรู้จักเส้นทางและเข้าใจสภาพพื้นที่เกิดเหตุ ผู้รับแจ้งเหตุ ใช้ภาษาง่ายๆ คำพูดชัดเจน น้ำเสียงสุภาพ ประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 หรือช่องทางการแจ้งเหตุอื่นๆ ให้ทราบอย่างทั่วถึง

4. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ด้านนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ในทุกหน่วยงานยังไม่มีนโยบายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องถือปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Star of life) อย่างจริงจัง เช่น การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

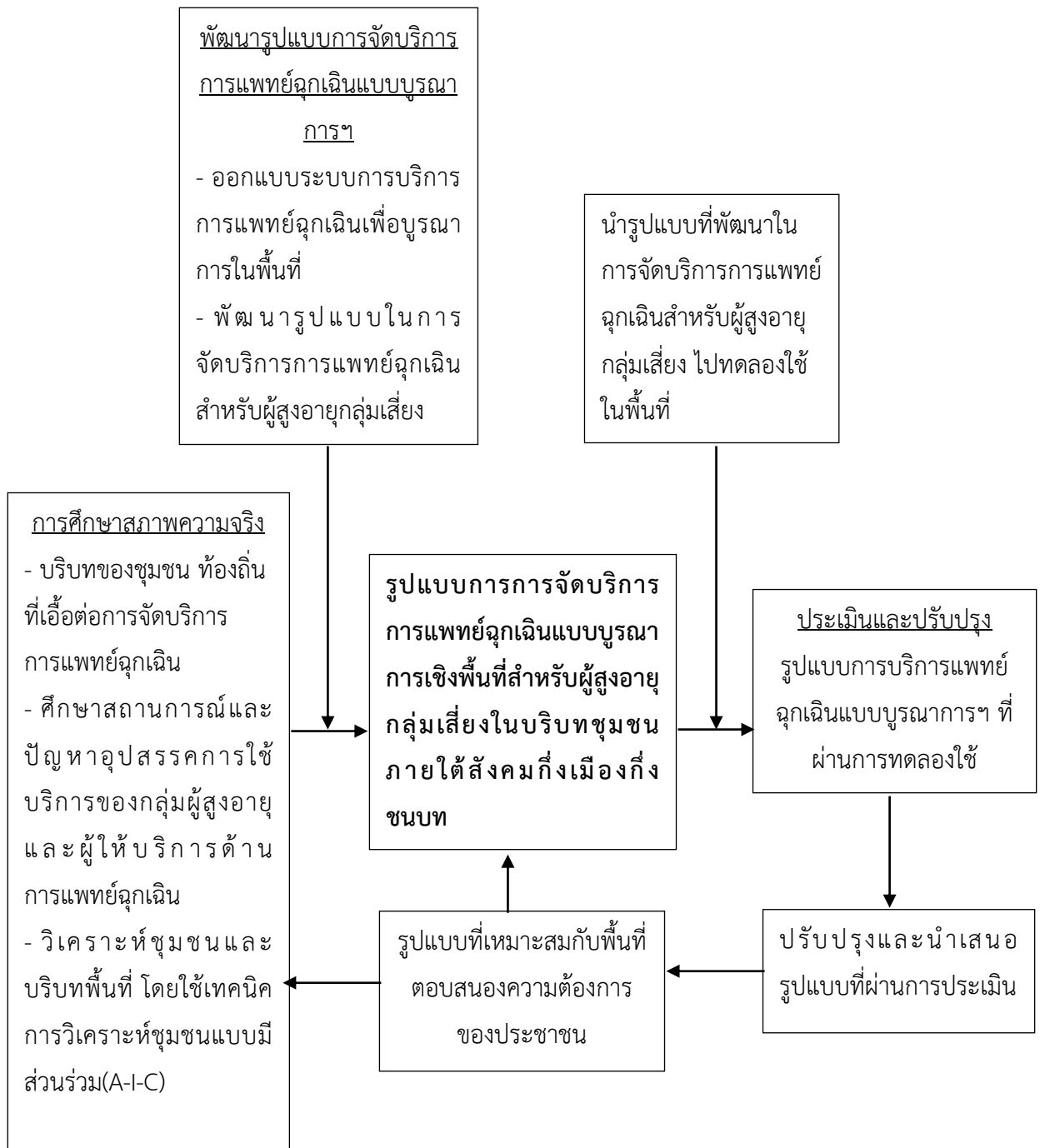
สำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มังกร ไกยแสง และ คุณ โทซันท์ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางพัฒนาระบบบริการของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการของหน่วยกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์การประชุมกลุ่มย่อยและการสังเกตการณ์แล้วนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน หน่วยกู้ชีพ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าแนวทางในการพัฒนาระบบบริการหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด ต้องพัฒนาปรับปรุง การจัดรูปแบบการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ การสร้างความเข้าใจระหว่างหน่วยกู้ชีพกับชุมชน การประสานงานองค์กรในพื้นที่และนำหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการของระบบบริการของหน่วยกู้ชีพ

เมธาวิณี ชุมทอง (2556) ได้ทำการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความพร้อมครบถ้วนของหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ศึกษาระดับการรับรู้การปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น จำแนกตามหน่วยบริการกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ในหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดสกลนคร ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลและ เทศบาลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 166 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบตรวจสอบรายการการรับรู้ความพร้อมครบถ้วนของหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น และแบบสอบถามระดับการรับรู้มาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติระหว่างหน่วยบริการที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลโดยใช้สถิติ Independent t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ผลการศึกษา พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น รับรู้ว่าหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีความพร้อมครบถ้วนมากที่สุดด้านผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ89.80) รับรู้การปฏิบัติตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $x = 4.38, SD = 0.45$ ) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านการรับแจ้งเหตุและคำสั่งปฏิบัติของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้นในหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

### กรอบการวิจัย

กรอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปโดยถอดองค์ความรู้และบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ ถึงแนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อประมวลและพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยใช้หลักคิดอยู่คือ โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Decentralization) และแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ ฯลฯ

ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ เพราะทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 ขั้นตอน มีความสอดคล้อง เหมาะสมกันหรือไม่? อย่างไร? ขณะเดียวกันสามารถได้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังแผนภาพ



แผนภูมิที่ 1 กรอบการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

## บทที่ 3

### วิธีวิจัยและการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง การพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยซึ่งอยู่ในพื้นที่ได้สัมผัสและเข้าใจกับวิถีชีวิตชุมชน และรู้ถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ในชุมชนด้วยตนเอง แต่เพื่อให้มองเห็นภาพโดยรวมของสภาพปัญหาต่างๆ ที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกัน ซึ่งสามารถนำสิ่งที่พบเห็นมาอธิบายถึงประเด็นที่ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาได้อย่างละเอียดและสมบูรณ์ และจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่และความต้องการของประชาชน ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการสร้างความเข้าใจและวิเคราะห์การออกแบบ กำหนดเป้าหมายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมทั้งถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี และการคืนข้อมูลที่สำคัญด้านการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การแก่ประชาชน และภาคีความร่วมมือ ซึ่งการดำเนินการศึกษาวิจัยของผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. แหล่งข้อมูล

##### 1.1 ข้อมูลเอกสาร

การดำเนินการครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนเชิงพื้นที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดกระบวนการแสวงหาทางเลือก ทางออกในการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนวิธีการเชื่อมโยงถึงแนวคิด นโยบายของผู้บริหารในการกระทำอันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน ในชุมชนท้องถิ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากเอกสาร ตำราวิชาการ ผลการศึกษาวิจัย การสรุปบทเรียนการทำงาน ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับ แนวคิดการพัฒนาการวิจัยโดยใช้รูปแบบ แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทฤษฎีการสูงอายุ แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และเทคนิคกระบวนการระดมสมองแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) นอกจากนี้ยังศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสรุปบทเรียนการทำงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้วิจัย การใช้เอกสารข้อมูลมือสอง การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ



สุขภาพของประชาชน การศึกษาเอกสารจึงช่วยให้ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด การศึกษาวิจัยการพัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมี 6 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมี ส่วนร่วม(A-I-C)

ขั้นตอนที่ 3 ทिमออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง

ขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบที่พัฒนาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง ไปทดลองใช้ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น

## 1.2. ข้อมูลจากบุคคลและหน่วยงาน

ศึกษาข้อมูลจากบุคคลในชุมชน ท้องถิ่น ถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าของปัญหา เป็นเจ้าของ ข้อมูลของชุมชน ท้องถิ่น และผู้ที่เข้าร่วมศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่

- 1) ข้อมูลสำหรับสถานการณ์ ปัญหา และวิเคราะห์บริบทชุมชน แหล่งข้อมูล คือแกน นำชุมชน และประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กลุ่มผู้นำชุมชน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มจิตอาสาฉุกเฉิน ชมรมผู้สูงอายุตำบล หนองผึ้ง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือญาติ และประชาชนทั่วไปที่สนใจและต้องการ พัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ดำเนินจัดบริการโดยเทศบาล
- 3) โรงพยาบาลสารภี ซึ่งเป็นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูงขึ้นไป เป็น สถานบริการที่รองรับการส่งต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากหน่วยบริการการแพทย์ ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งข้อมูลการ ให้บริการประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุในระดับอำเภอ และร่วมออกแบบรูปแบบการ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงใน บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

- 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง เป็นสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชน ท้องถิ่น ที่ทำงานร่วมกับงานบริการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เป็นแหล่งข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและตามสถานการณ์ของปัญหาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ Family folder ข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการในพื้นที่ และร่วมออกแบบรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชน ภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท
- 5) งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย ของเทศบาลใกล้เคียง 11 ตำบลในอำเภอสารภี เป็นการให้ข้อมูลแลกเปลี่ยน เรียนรู้ด้านประสบการณ์ บทเรียนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร่วมออกแบบรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชน ภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท

## 2. การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

### 2.1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยมีความตระหนักอยู่เสมอว่า การลงพื้นที่อย่างถูกต้องและความเหมาะสมของบทบาทนักวิจัยในภาคสนาม การสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นศรัทธาให้เกิดขึ้นในชุมชน เป็นเงื่อนไขสำคัญของการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะจะมีความสำคัญต่อการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การค้นหาสาเหตุ สถานการณ์ปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการ การร่วมดำเนินการและสรุปบทเรียนร่วมกัน นอกจากนั้นการสร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และลงมือกำหนดทางเลือกทางออกในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมตรงกับปัญหา จากการศึกษาที่เป็นพนักงานเทศบาล สังกัดกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และได้เข้าไปร่วมกิจกรรมการพัฒนาและจัดบริการด้านต่างๆ ของชุมชน จึงมีความสัมพันธ์กับชาวบ้านในชุมชนเป็นอย่างดี ในขณะที่ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ใกล้เคียง ก็จะเป็นการประสานความร่วมมือจากผู้บริหารท้องถิ่นด้วยตนเอง (พ.อ.อ.ปัญญา หล้าดวงดี นายกเทศมนตรีตำบลหนองผึ้ง)

สรุปแล้วการลงภาคสนามในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ การสร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคยจะต้องอาศัยทัศนคติที่ดีและเทคนิควิธีการในการสร้างความยอมรับ เช่น ทัศนคติให้เกียรติและเคารพซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้วิจัยกับประชาชน เปิดกว้างพร้อมที่จะรับรู้และ

เรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน การตรงต่อเวลาและมีความรับผิดชอบ เคารพในการตัดสินใจของประชาชน เป็นต้น และประการสำคัญในขั้นตอนการทดลองรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์และคุ้นเคยกับทุกกลุ่มในชุมชน ไม่เลือกสร้างความสัมพันธ์เฉพาะกับกลุ่มแกนนำชุมชนเท่านั้น ดังนั้นท่าทีและการวางตัวของผู้วิจัยในขณะที่ทำงานกับแกนนำชุมชนเป็นเป็นเรื่องที่สำคัญ

### เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและทีมวิจัยต่างเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้อุปกรณ์สำหรับการบันทึกเสียง การถ่ายภาพ และกระดาษสำหรับจดบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในการทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือและวิธีการของผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์สำหรับใช้เป็นเครื่องมือในการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้ข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างละเอียด แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาทดลองลงในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คือ “โปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล”

2) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามอย่างกว้างๆ สำหรับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือญาติ และผู้สูงอายุในโรงเรียนหนองผั่งอายุวัฒน์วิทยา จากการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

3) แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นแบบบันทึกปรากฏการณ์ และผลที่ได้รับจากการศึกษา และในการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน การบันทึกผู้วิจัยบันทึกทุกครั้งที่ลงภาคสนาม และมีกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้ใส่เลขรหัสกำกับเพื่อประโยชน์ในการจำแนกข้อมูลเพื่อตรวจสอบและการวิเคราะห์ แบบบันทึกช่วยให้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และสามารถที่จะเพิ่มเติมข้อมูลของชุมชนในส่วนที่ขาดหายไปได้ตลอดเวลา

3) เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่ทำกิจกรรมการประชุมการออกแบบรูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน และการสัมภาษณ์ที่ได้รับอนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์แล้ว การบันทึกเสียงก็เพื่อให้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการบันทึก และการได้ข้อมูลที่ไม่ละเอียด ซึ่งไม่สามารถบันทึกในขณะที่ทำกิจกรรมนั้นได้

4) กล้องถ่ายภาพสามารถเก็บภาพกิจกรรมขณะทำงานในภาคสนาม เป็นประโยชน์สำหรับใช้ป้อนกลับข้อมูลที่สำคัญให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และแกนนำชุมชน เป็นการสร้าง

ความสัมพันธ์ และเป็นการให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ชุมชน ได้ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนั้นยังใช้ในการประกอบรายงานวิจัย

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกต เป็นวิธีที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลในการลงสนาม

- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สังเกตในระดับกิจกรรมของแกนนำชุมชน ได้แก่ การร่วมประชุมในการวิเคราะห์และบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ในการร่วมแรงร่วมใจช่วยกันระดมพลังสมอง เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ่ง นอกจากนั้นการสังเกตจากกิจกรรมของกลุ่ม ผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน

- การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยพยายามไม่ให้ผู้ที่ถูกสังเกตรู้ตัว เพราะอาจจะทำให้เกิดกระทำที่ไม่ตรงกับสภาพของการกระทำที่แท้จริง เช่น สังเกตความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน ท้องถิ่น สังเกตพฤติกรรมความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ ที่เข้าร่วมเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. การสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ซึ่งการสัมภาษณ์วิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยมีอิสระในการตั้งคำถามภายใต้กรอบเนื้อหาที่ต้องการทราบ ผู้วิจัยได้ตั้งแนวคำถามไว้ก่อนล่วงหน้าและเป็นคำถามแบบกว้างๆ เพื่อให้มีจุดยืนประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ที่ชัดเจน วิธีการสัมภาษณ์เหมือนกับการพูดคุยที่เป็นธรรมชาติ ไม่ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกว่าการถูกซักถาม โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลจากการทดลองใช้รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างทำให้ข้อมูลที่ได้มีความละเอียดและเป็นจริง

การตรวจสอบข้อมูลในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็นของแต่ละคน เป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะผลจากการทดลองใช้รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องเป็นข้อมูลที่แท้จริง จึงจะสามารถนำมาสู่การนำรูปแบบไปจัดบริการให้แก่ประชาชน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการสัมภาษณ์เพียงแต่ละคนเพียงครั้งเดียวไม่สามารถที่จะสรุปได้ว่า เป็นข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ ผู้วิจัยและนำประเด็นคำถามเดิมหรือข้อมูลที่ได้อ่านบ้างแล้วมาตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จำนวน 100 ตัวอย่าง นอกจากจะทำให้มีการตรวจสอบข้อมูลแล้วยังสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล แต่ละประเด็นที่มีความคิดเห็นซ้ำๆกัน ร่วมกับวิธีอื่นด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาที่ให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นและทัศนคติในประเด็นที่กลุ่มเห็นว่า ควรทำความเข้าใจปัญหาในลักษณะเฉพาะเจาะจง เพื่อหาคำตอบที่มีคุณค่าแก้ปัญหาที่กลุ่มร่วมกันสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำชุมชน ผู้นำท้องที่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่กู้ชีพจากเทศบาลใกล้เคียง เพื่อให้เกิดความหลากหลาย โดยการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วม กลุ่มละประมาณ 10 – 12 คน เพื่อเปิดโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กล่าวพูดและซักถามอย่างเป็นกันเอง และนำไปสู่การตัดสินใจออกแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน

ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคสนทนากลุ่ม เพื่อการเก็บข้อมูลในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับออกแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการสนทนาผู้วิจัยกำหนดแนวคำถามและประเด็นปัญหาที่สนทนาเชื่อมกับศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) สำหรับร่วมกันออกแบบการบริการที่ตรงกับความต้องการของประชาชน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การประชุมกลุ่มสนทนาเพื่อออกแบบบริการได้ใช้เวลาอย่างมีคุณค่า ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 ถึง 3 ชั่วโมง โดยมีทีมวิจัยเป็นผู้บันทึกและบันทึกเสียง ผลของการสนทนากลุ่ม ทำให้สมาชิกสนทนาได้ออกแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเอง ขณะที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และประเด็นที่ตั้งไว้ บรรยากาศได้สร้างแรงจูงใจร่วมกันของกลุ่มสนทนา ที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และออกแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันในชุมชน ท้องถิ่น

#### 4. การศึกษาเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุ บนฐานการบูรณาการร่วมกันของภาคีความร่วมมือของกลุ่ม องค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ดูจาก Family folder สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลโรงพยาบาลสารภี ดูข้อมูลการบริการของผู้สูงอายุจากข้อมูลระบบ HOSXP ของฝ่ายแผนงาน เป็นข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจเช็คข้อมูล กับข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ทำให้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองผึ้งเพิ่มขึ้น

**ขั้นตอนที่ 2** วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) คณะผู้วิจัยได้จัดทำกระบวนการประชุมการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้แกนนำชุมชนที่เข้าร่วมประชุม ได้เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริงของงานแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการให้บริการประชาชน ร่วมสร้างสภาพที่คาดหวังในอนาคต และค้นหาวิถีและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวัง เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการออกแบบรูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง

**ขั้นตอนที่ 3** ทีมออกแบบรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่ ขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัย แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่กู้ชีพจากเทศบาลตำบลที่ใกล้เคียง ร่วมกันออกแบบรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยนำข้อสรุปจากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อสรุปการวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ รวมทั้งเอาประสบการณ์การปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่กู้ชีพมาเป็นข้อมูล ข้อสังเกตและข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองผึ้ง

**ขั้นตอนที่ 4** พัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อตรวจสอบรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง จากทีมออกแบบรูปแบบบริการ เข้าสู่ที่ประชุมชี้แจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบบูรณาการฯ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้ ร่วมเสนอแนะ การปรับปรุง แก้ไข ตามที่ผ่านการประเมินแบบมีส่วนร่วม ก่อนนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 5** นำรูปแบบที่พัฒนาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ขั้นตอนนี้สำคัญที่สุดของคณะผู้วิจัย เพราะรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง ไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะการบริการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่มันเกี่ยวข้องถึงระบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ตั้งแต่บุคลากร ข้อมูล การสื่อสาร การอบรม เทคโนโลยี และการมีส่วนร่วม ในการทดลองรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยต้องนำองค์ประกอบต่างๆดังกล่าวมาอธิบายเชื่อมโยงกัน

**ขั้นตอนที่ 6** ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการฯ ที่พัฒนาขึ้นและผ่านการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ประชุมสัมมนาแกนนำชุมชนที่ได้ร่วมกระบวนการในขั้นตอนต่างๆ เพื่อประเมิน นำเสนอผลการพัฒนาและนำรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ผ่านการทดลองใช้ในพื้นที่ ให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแกนนำชุมชน ทั้งให้ช่วยสะท้อนประเด็นนอกเหนือจากการบริการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะได้สรุปความเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ ที่สามารถนำมาอธิบายการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ให้ชัดเจนมากขึ้น

นอกจากการศึกษาผลการทดลองรูปแบบการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่นำไปใช้แล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติที่เคยใช้บริการ และผู้สูงอายุในโรงเรียนหนองผึ้งอายุวัฒนวิทยา(โรงเรียนผู้สูงอายุ) ทำให้ทราบผลจากการทดลองใช้รูปแบบบริการ ยังสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมกับพื้นที่ ตอบสนองความต้องการของประชาชน

#### การประมวลผล

การประมวลผลในส่วนของโครงสร้างทางสังคมและบริบทของพื้นที่ ลักษณะของข้อมูลจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่ศึกษาชุมชนจะแยกแยะข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ จนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล การประมวลข้อมูลตามข้อมูลที่ได้อาจเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้สามารถนำไปสู่ความเข้าใจการดำรงอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ การประมวลแต่ละครั้งจะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลเพื่อแสวงหาข้อสรุป ทั้งในส่วนของข้อมูลที่เหมือนกันและต่างกัน การตรวจสอบข้อมูลจะตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ จนกระทั่งได้ข้อมูลตรงกัน และเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้เป็นปรากฏการณ์ที่แท้จริงสำหรับรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่และเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนผู้สูงอายุในชุมชน ในขั้นตอนต่างๆ ที่วิจัยจะวิเคราะห์ขั้นตอน โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน และประชาชนผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งนำแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาอธิบายเพื่อหาข้อสรุปที่ทำให้เห็นรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเลือกรูปแบบบรรยายเชิงวิเคราะห์อย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบทครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตามประเด็นเนื้อหาของการวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งความเข้าใจของการดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอข้อมูลถึงลักษณะทั่วไปของพื้นที่ตำบลหนองผึ่ง เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของชุมชน อันที่จะสนับสนุนการศึกษาพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการศึกษาวิจัยเป็นหมวดหมู่ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. บริบทพื้นที่สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท (พื้นที่เขตเทศบาลตำบลหนองผึ่ง)
2. การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท
3. การนำรูปแบบไปทดลองใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท
4. ผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท

#### 1. บริบทพื้นที่สังกัดมกมกเมืองกึ่งชนบท (พื้นที่เขตเทศบาลตำบลหนองผึ่ง)

##### ประวัติความเป็นมาของตำบลหนองผึ่ง

ตำบลหนองผึ่งเดิมเป็นที่อยู่ของพวกลาวะ ตั้งขึ้นเมื่อประมาณ พ.ศ. 1836 กล่าวกันว่า ในอดีตกาลเป็นที่อยู่อาศัยทำกินของชนเผ่าลาวะ ซึ่งเป็นไทยเผ่าหนึ่ง มีฤาษี 4 คน ได้สร้างนครหรือภูเขย แล้วได้อัญเชิญพระธิดาท้าวรามราช เจ้าเมืองลพบุรี มีพระนามว่า พระนางจามเทวี มีศรัทธาเลื่อมใสในพระพุทธศาสนาเป็นอันมาก ในเวลาต่อมา มีพระเถระจำนวน 5 รูป ได้จาริกประกาศพระศาสนามาถึงหมู่บ้านที่มีพวก ลาวะอาศัยอยู่ พระเถระได้ประกาศพระรัตนตรัย จนพวกลาวะเกิดความเลื่อมใสศรัทธาในพระพุทธศาสนา ในบริเวณที่ซึ่งพระเถระมาหยุดพักอาศัยนั้น มีหนองน้ำใหญ่และริมหนองน้ำมีต้นมะขามใหญ่ต้นหนึ่ง ซึ่งบนต้นมีผิงทำรังอยู่ ชาวลาวะผู้หนึ่งเกิดมีจิตศรัทธาพระเถระเจ้ามาก



จึงได้ป็นขึ้นไปเอารังผึ้งที่ติดต้นไม้มะขามริมสระน้ำนั้น มาถวายแก่พระเถระเจ้าจำนวน 5 รูป แล้วพากันสร้างอารามขึ้นเพื่อถวายพระเถระเจ้าพรรษา ต่อมาพระเถระเจ้าได้ชักชวนพวกลัทธิทั้งหลาย ขุดหลุม เพื่อบรรจุพระธาตุใส่บอกล้อมแล้วนำไปบรรจุในผอบทองคำใหญ่ 5 กำมือเสร็จแล้วนำไปบรรจุในหลุม พวกลัทธิได้นำเอาทรัพย์สินมีค่าต่าง ๆ ใส่ลงในหลุมด้วยเป็นจำนวนมาก แล้วก่อพระเจดีย์สูง 5 ศอกครอบไว้ และตั้งอารามนี้ว่า “วัดหนองผึ้ง” ปี พ.ศ. 1836 พระเจ้ามังรายมหาราช ได้พาบริวารมาสร้างเมืองใหม่ขึ้นทางทิศเหนือของนครหริภุญชัย ระหว่างตำบลหนองผึ้งกับตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภีในปัจจุบัน และตั้งชื่อเมืองใหม่ว่า “นครกุ่มกามภีรารมณ” (เวียงกุ่มกาม) ในปีเดียวกันนั้นเองมีพระเถระเจ้า เศรษฐีและบริวารได้โยกย้ายมาจากเมืองเชียงใหม่ เชียงรายมาอาศัยอยู่ใกล้วัดหนองผึ้ง ได้ค้นพบเจดีย์เก่า พระมหาเถระและเศรษฐีเหล่านั้นจึงได้ช่วยกันบูรณะวัดขึ้นใหม่ จ้างทำอิฐเพื่อก่อสร้างพระนอนใหญ่ยาว 19 เมตร หันพระเศียรไปทางทิศตะวันออก พระบาทไปทางทิศตะวันตก หันพระพักตร์ขวามือเมืองกุ่มกาม ด้วยเหตุที่บริเวณที่สร้างวัดขึ้นนี้ เคยมีน้ำแม่ระมิงค์ (แม่น้ำปิง) ไหลผ่านมาก่อน จึงพากันขนานนามวัดว่า “วัดพุทธบ้านปิง พระนอนหนองผึ้ง” มาก่อนลงเหลือแต่ชื่อ “วัดพระนอนหนองผึ้ง” ต่อมาบ้านหนองผึ้งมีขนาดใหญ่ขึ้น ประกอบกับพื้นที่บริเวณนี้มีต้นไม้ใหญ่ขึ้นอยู่โดยทั่วไปเป็นจำนวนมาก และมีผึ้งมาสร้างรังผึ้งอยู่ตามต้นไม้ใหญ่ ต้นยาง ด้วยเหตุนี้จึงได้ตั้งชื่อเรียกตำบลนี้ว่า ตำบลหนองผึ้ง

ภายหลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ทำให้ตำบลหนองผึ้งมีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2538 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546 และมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเทศบาลตำบล ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา

**ที่ตั้ง** ตำบลหนองผึ้ง ตั้งอยู่ทางทิศเหนือที่ว่าการอำเภอสารภี และห่างจากที่ว่าการอำเภอสารภีประมาณ 2 กิโลเมตร ห่างจากอำเภอเมืองเชียงใหม่ มาทางทิศใต้ 3 กิโลเมตร

**เนื้อที่** (แสดงเนื้อที่โดยประมาณเป็นตารางกิโลเมตรและไร่) มีเนื้อที่ประมาณ 12.62 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,888 ไร่ เนื้อที่การเกษตร 2,008 ไร่ ที่อยู่อาศัย 5,880 ไร่

**ภูมิประเทศ** ลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่ม ไม่มีป่าไม้และภูเขา สภาพเดิมทั่วไปเป็นดินร่วนปนทราย เหมาะสำหรับการเกษตรกรรม

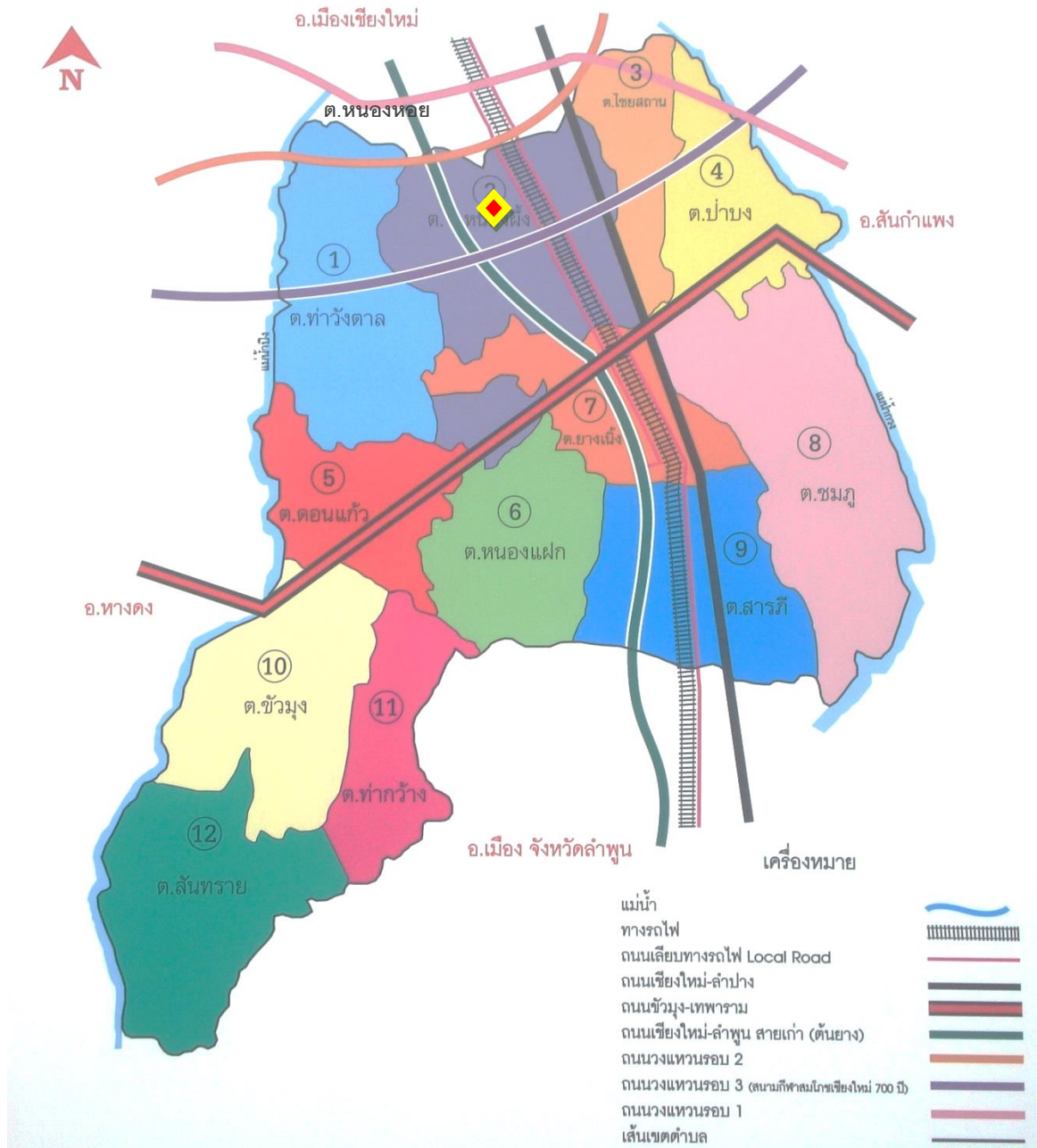
**อาณาเขตติดต่อ**

ทิศเหนือ	ติดกับ ต.หนองหอย อ. เมือง จ.เชียงใหม่
ทิศใต้	ติดกับ ต. ยางเนิ้ง และ ต. หนองแฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่
ทิศตะวันออก	ติดกับ ต.ไชยสถาน อ.สารภี จ.เชียงใหม่
ทิศตะวันตก	ติดกับ ต.ท่าวังตาล อ.สารภี จ.เชียงใหม่

จำนวนหมู่บ้านตามเขตปกครอง มีจำนวน 8 หมู่ ประกอบด้วย

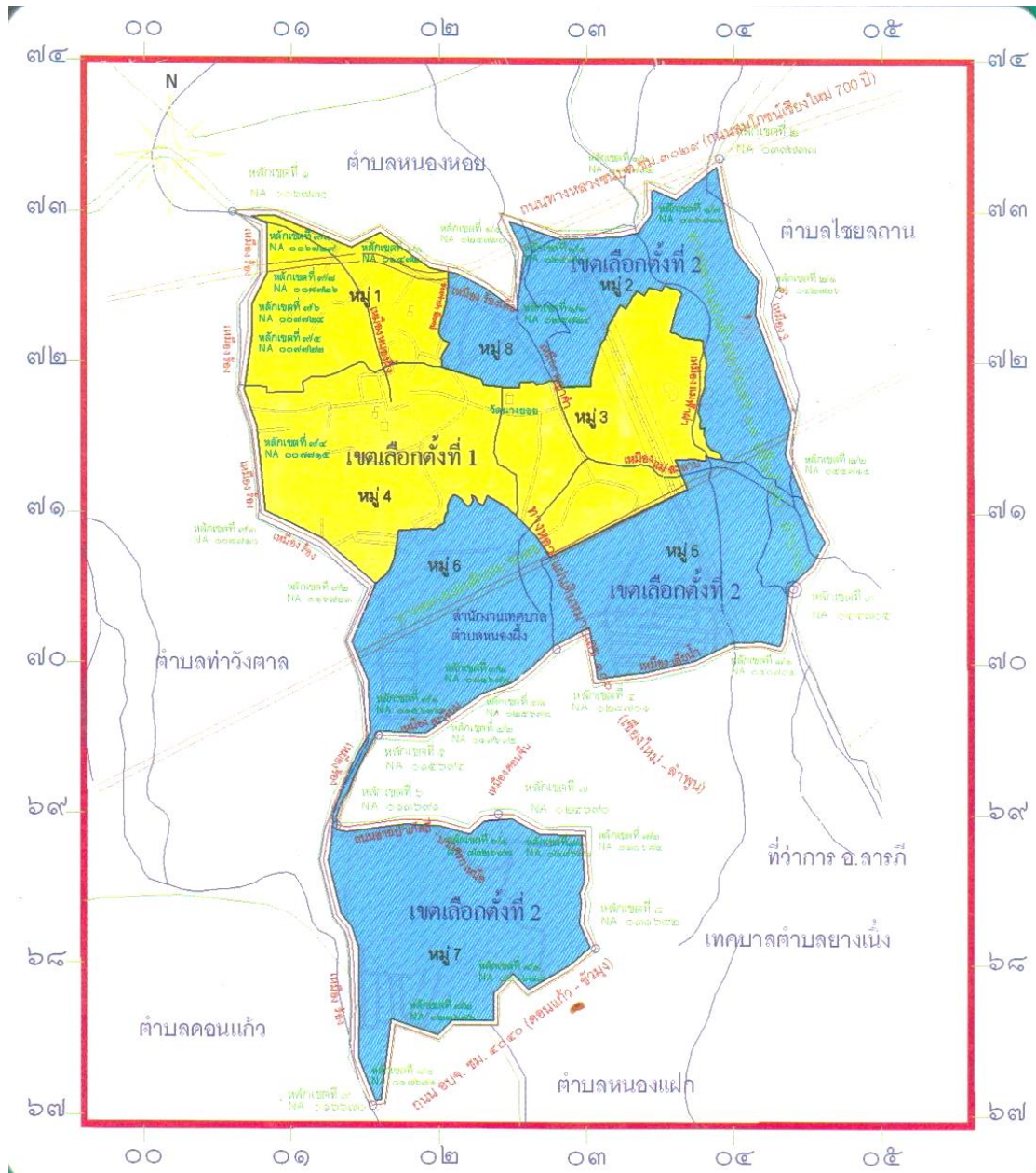
- หมู่ที่ 1 บ้านหนองผึ่งเหนือ
- หมู่ที่ 2 บ้านเชียงแสน
- หมู่ที่ 3 บ้านดอนจิ้น
- หมู่ที่ 4 บ้านหนองผึ่งใต้
- หมู่ที่ 5 บ้านป่าแคโยง
- หมู่ที่ 6 บ้านกองทราย
- หมู่ที่ 7 บ้านป่าเก็ดถึ
- หมู่ที่ 8 บ้านสันคือ

# แผนที่สังเขปของอำเภอสารภี



แผนภาพที่ 1 แสดงเขตเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่ของเทศบาลตำบลหนองผึ้งกับ เทศบาลตำบลใกล้เคียง ที่แสดงถึงสังคมเมืองกึ่งชนบท

## แผนที่สังเขปตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่



แผนภาพที่ 2 แสดงเขตเชื่อมต่อภายในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ของเทศบาลตำบลหนองผึ้งที่แสดงถึง สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท

### จำนวนและโครงสร้างประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น 13,238 คน แยกเป็นชาย 5,589 คน หญิง 6,339 คน  
จำนวนครัวเรือน รวม 5,514 ครัวเรือน

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนประชากรจำแนกรายหมู่บ้านของตำบลหนองผึ้ง

หมู่ที่	หมู่บ้าน	จำนวน ครัวเรือน	จำนวนประชากร		
			ชาย	หญิง	รวม
1	หนองผึ้งเหนือ	805	892	1,069	1,961
2	เชียงแสน	543	561	643	1,204
3	ดอนจิ้น	661	703	735	1,438
4	หนองผึ้งใต้	1,551	1,398	1,607	3,005
5	ป่าแคโยง	671	917	1,071	1,988
6	กองทราย	666	809	895	1,704
7	ป่าเกิดถี่	286	400	454	854
8	สันคือ	330	494	590	1,084
	<b>รวม 8 หมู่บ้าน</b>	<b>5,514</b>	<b>6,174</b>	<b>7,064</b>	<b>13,238</b>

ข้อมูลจากงานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ณ กรกฎาคม 2559

### สภาพทางเศรษฐกิจ

อาชีพ (แสดงอาชีพของประชากรในเขต เทศบาลตำบลหนองผึ้ง) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลากหลายอาชีพ บางคนมีสองอาชีพ แต่หากมีการกำหนดอาชีพหลัก ของประชาชนตำบลหนองผึ้ง สามารถจำแนกได้ดังนี้

อาชีพรับจ้าง	ร้อยละ	46
อาชีพค้าขาย	ร้อยละ	31
อาชีพด้านการเกษตร	ร้อยละ	6
อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ร้อยละ	13
อื่นๆ	ร้อยละ	4

ขนาดเศรษฐกิจการขยายตัว และโครงสร้างการผลิต มีการเจริญเติบโตขึ้นจากการพัฒนาประเทศที่พัฒนาด้านเศรษฐกิจของทางรัฐบาล จากการขยายตัวของสาขาอุตสาหกรรม ภาคเหนือตอนบน โครงสร้างการผลิตในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย โดยพึ่งพิงภาคอุตสาหกรรม และภาคการค้ามากกว่าภาคเกษตร และมีแนวโน้มเปลี่ยนสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น สาขาการผลิตภาคการเกษตรชะลอตัวลง และมีสัดส่วนในโครงสร้างเศรษฐกิจของท้องถิ่นลดลง สาเหตุหลัก ได้แก่ พื้นที่เหมาะสมสำหรับการเกษตรลดลง ทั้งจากการเปลี่ยนการใช้พื้นที่ชลประทานไปเป็นที่พักอาศัย เป็นโครงการบ้านจัดสรร อาคารพาณิชย์ พื้นดินเสื่อมโทรมจากการเข้ามาซื้อของแหล่งทุน และปล่อยให้เป็นที่ว่างเปล่า รวมทั้งผลตอบแทนจากการเกษตรต่ำเมื่อเทียบกับภาคการผลิตอื่นๆ ทำให้เกษตรกรเปลี่ยนอาชีพ

### การท่องเที่ยว

รายได้จากการท่องเที่ยวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่โครงสร้างรายได้หลักจากการจำหน่ายสินค้าชะลอตัว สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากรูปแบบผลิตภัณฑ์ไม่หลากหลาย ขาดการสร้างมูลค่าเพิ่มและสร้างสรรค์ให้สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว ตลาดนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นชาวไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติมีน้อยและเริ่มชะลอตัว การที่ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาพำนักเฉลี่ยลดลง ส่วนหนึ่งเป็นผลกระทบจากการเสื่อมโทรมลงของแหล่งท่องเที่ยวเดิม และการขาดจุดขายใหม่ๆ และสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของนักท่องเที่ยวชาวไทยที่มีค่าใช้จ่ายและระยะเวลาพำนักเฉลี่ยน้อยกว่าต่างชาติ แหล่งท่องเที่ยวในพื้นที่ขาดความหลากหลาย ไม่สามารถรองรับการท่องเที่ยวได้หลายรูปแบบ แต่การบริหารจัดการและการพัฒนาบุคลากรยังมีปัญหา ในภาพรวมแหล่งท่องเที่ยวต่างๆ ได้รับการอนุรักษ์ฟื้นฟูดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม น้อย/ล่าช้า การบริหารจัดการ การบริการและบุคลากรในธุรกิจท่องเที่ยวก็ยังไม่ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงในภาคธุรกิจการท่องเที่ยว

### รายได้เฉลี่ยต่อหัว

ประชากรในตำบลหนองผึ้งมีรายได้ต่อหัวเพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศ จากการสำรวจข้อมูลประกอบการทำแผนชุมชนในตำบลหนองผึ้งในปี 2554 รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรในตำบลหนองผึ้งเท่ากับ 52,969 บาทต่อปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศซึ่งเท่ากับ 119,825 บาทต่อปี

### หน่วยธุรกิจในเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

โรงแรม	5	แห่ง
ปั้มน้ำมันและก๊าซ	5	แห่ง
โรงงานอุตสาหกรรม	9	แห่ง
อู่ซ่อมรถ	59	แห่ง
สนามกอล์ฟ	1	แห่ง
ร้านอาหาร	52	ร้าน
ร้านค้าของชำ	44	ร้าน
หอพัก / ห้องเช่า	600	ยูนิต
ร้านเสริมสวย	17	ร้าน
ร้านตัดแต่งผมชาย	9	ร้าน
โรงสีข้าว	1	แห่ง
เต็นท์รถ	11	แห่ง
โรงเรียนเอกชน	2	แห่ง
โครงการบ้านจัดสรร	25	โครงการ

### สภาพทางสังคม

สภาพสังคมในตำบลหนองผึ้ง ในหน่วยของสถาบันครอบครัวลดความเข้มแข็ง โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนจากโครงสร้างจากครอบครัวขยาย มาเป็นครอบครัวเดี่ยว และมีขนาดเล็กลง โดยเฉพาะครอบครัวโดดเดี่ยวมีมากขึ้น จากการมีหมู่บ้านจัดสรรในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ผลจากที่โครงสร้างของสถาบันครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวและมีขนาดเล็กลง ประกอบกับมีการย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อในเขตเมืองหรือต่างจังหวัดของคนในครอบครัว และการหย่าร้างที่สูง ส่งผลทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอ และมีบทบาทลดลงในการให้การดูแลและปลูกฝังจริยธรรมให้กับสมาชิกของครอบครัว

### การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่สำคัญ ได้แก่ กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สำหรับตำบลหนองผึ้งมีโครงสร้างประชากรมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเริ่มปรากฏเด่นชัด แนวโน้มสังคมผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อในด้านบวก โดยเป็นโอกาสในการขยายตลาดสินค้าเพื่อสุขภาพ อาหารสุขภาพ และการ

ให้บริการสุขภาพต่างๆ รวมทั้งพัฒนาสถานที่ท่องเที่ยวและการพักผ่อนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ขณะที่ผลด้านลบจะทำให้เกิดขาดแคลนประชากรวัยแรงงาน และเป็นภาระด้านสวัสดิการสังคม สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยต้องใช้งบประมาณในการจัดสวัสดิการจากเทศบาลตำบลหนองผึ้งให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

### **ความสัมพันธ์ในครอบครัว**

ครอบครัว เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสังคมแห่งแรกที่เด็กที่เกิดมาจะได้รับความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัวบางครอบครัวมีสมาชิกเพียง 2 คน คืออยู่เฉพาะสามี ภรรยา (ถ้าไม่มีบุตร) บางครอบครัวมีสมาชิกตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป คือ มีบุตรอยู่ร่วมด้วยเรียกว่า ครอบครัวเดี่ยว และบางครอบครัวมีสมาชิกอยู่รวมกัน หลายครอบครัวในบ้านหลังเดียวกัน ประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติพี่น้อง เรียกว่า “ครอบครัวขยาย” ปัจจุบัน คู่สมรสในตำบลที่แต่งงานใหม่ นิยมที่จะแยกอยู่ลำพัง เป็นครอบครัวเดี่ยว มีอิสระ ไม่ต้องเป็นที่พึ่งเลี้ยงของญาติผู้ใหญ่ และคิดว่าสามารถจะปกครองชีวิตครอบครัวของตัวเองให้ประสบความสำเร็จได้ เมื่อมีลูกก็คิดว่าจะเลี้ยงด้วยตัวเอง เลี้ยงแบบสมัยใหม่ ในขณะที่คู่สมรสบางคู่ยังอยู่ในครอบครัวเดิมที่อบอุ่น มี ปู่ ย่า ตา ยาย ช่วยดูแลหลาน ๆ มีความเข้าใจกัน ในครอบครัวก็มี จากศึกษาชุมชนตำบลหนองผึ้งยังพบว่า ปัจจุบันมีครอบครัว “โดดเดี่ยว” (นิยามของผู้วิจัย) มีลักษณะคือคนต่างถิ่น นอกพื้นที่แล้วเช่าซื้อที่ดินแล้วปลูกบ้านอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองผึ้ง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับใครในชุมชนจึงอยู่อย่างโดดเดี่ยว นอกจากนั้นยังพบว่า เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์มาจากครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ในจำนวนใกล้เคียงกัน แต่เมื่อศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาเนื่องมาจากการสื่อสารในครอบครัวเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารที่แสดงถึงการตำหนิตีเตียน ความไม่พอใจ ซึ่งเป็นทางลบมากกว่าการแสดงออกทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ จะมีปัญหาด้านอารมณ์ ด้านการเรียน ด้านสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านการคบเพื่อน ด้านการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนตำบลหนองผึ้ง มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวแม้แต่ในเด็กประถม ซึ่งการไม่มีเวลาให้แก่กันของสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งในชุมชนตำบลหนองผึ้ง การแข่งขันเร่งรีบเป็นตัวลดเวลาในการพบกันของสมาชิกในครอบครัว

### **การเคลื่อนย้ายของคนอย่างเสรี**

จากแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือ และทักษะไปสู่สังคมที่มีผลตอบแทนสูงกว่า และการอพยพแรงงานสู่สังคมเมือง ประกอบกับการรวมตัวของกลุ่มเศรษฐกิจส่งเสริมให้มีการ



เคลื่อนย้ายแรงงาน และผู้ประกอบการเพื่อไปทำงานในเมืองนครเชียงใหม่ และนิคมอุตสาหกรรม ลำพูนได้สะดวกขึ้น จึงเป็นการสนับสนุนการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยเสรีทั้งในด้านแรงงานที่มีคุณภาพ ในท้องถิ่นที่จะเคลื่อนย้ายออกไป และแรงงานต่างชาติจะเดินทางเข้ามาทำงานในพื้นที่ตำบลหนองผึ่ง ในรูปของประชากรแฝงมากขึ้น

### สภาพด้านการศึกษา

ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7) ปัจจุบันชาวบ้านเห็นความสำคัญเรื่องการศึกษาเป็นอย่างมาก โดยจะส่งเสริมให้ลูกหลานเรียนหนังสือ ในระดับที่สูงขึ้น ตั้งแต่มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร (ปวช., ปวท., ปวส) อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท ซึ่งในชุมชนจะมีผู้ที่จบการศึกษาในรับต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ถ้าหากย้อนหลังไปประมาณ 10 ปี จะมีผู้จบการศึกษาระดับสูงสุด คือ ปริญญาตรี ซึ่งมีน้อยมาก

◆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(เทศบาลตำบลหนองผึ่ง)	2	ศูนย์
◆ โรงเรียนประถมศึกษา	2	แห่ง
- โรงเรียนวัดหนองผึ่ง		
- โรงเรียนวัดกองทราย		
◆ โรงเรียนมัธยมศึกษา(เอกชน)	2	แห่ง
- โรงเรียนช่องฟ้าซินเชิงวานิชบำรุง		
- โรงเรียนยุวทูตพัฒนา(นานาชาติ)		
◆ อนุบาล	2	แห่ง
- อนุบาลโรงเรียนวัดหนองผึ่ง		
- อนุบาลโรงเรียนวัดกองทราย		
◆ วิทยาลัยอาชีวศึกษา	1	แห่ง
- วิทยาลัยเทคนิคสารภี		
◆ ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน	5	แห่ง
◆ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนฯ	1	แห่ง

### สภาพด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

การศึกษาปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี 2554 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลหนองผึ้ง อันเนื่องมาจากปัจจุบันชีวิตของผู้คนในตำบลหนองผึ้ง เป็นวิถีชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีชีวิตที่เร่งรีบ มีการแข่งขันอย่างสูง รวมทั้ง ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ที่ทำงาน หรือ ญาติต่าง ๆ ซึ่งทำให้สุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้งย่ำแย่ลงไปทุกวัน โดยการศึกษาได้นำเสนอปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิด เพื่อที่ผู้ศึกษา และผู้บริหารเทศบาลตำบลหนองผึ้งจะได้ ระวัง ป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้น ส่งเสริมและรักษาสุขภาพจิต และ สุขภาพกายไว้ให้ตลอดเวลา ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปเนื้อหา รายละเอียดได้ดังนี้

1. ภาพการณ์เจ็บป่วยทางร่างกายของประชาชน ยังคงเจ็บป่วยสูงขึ้น ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.1 รองลงมาได้แก่ โรคกล้ามเนื้อเส้นเอ็น และกระดูก โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคต่อมไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 16.4, 8.7, 7.2 และ 3.1 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนตำบลหนองผึ้งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายของประชาชนในตำบลหนองผึ้ง มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในอำเภอสารภี เคยมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็น 10.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557

2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรชุมชนตำบลหนองผึ้ง จากการศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ของตำบลหนองผึ้ง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร ได้แก่

- 1) โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ
- 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง อุบัติเหตุ และความเครียด (กลุ่มผู้สูงอายุ)
- 3) กลุ่มโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ วัณโรค
- 4) ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การตั้งครุฑไม้พืง ประสงค์ การทำแท้ง
- 5) ปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนา การไม่มีเวลาออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด
- 6) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกาย ใจ สังคม

### ด้านสิ่งแวดล้อม

ชุมชนตำบลหนองผึ้งมีประชากรหนาแน่น ตามความเจริญของเมืองสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่นอากาศ น้ำ ดิน แสง เสียง สิ่งปฏิภูล เปลี่ยนแปลงไป ขาดความสมดุลตามธรรมชาติ เนื่องจากการสร้างตึก โรงงาน ถนน เครื่องจักร เครื่องยนต์ เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อประกอบการและอำนวยความสะดวกสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ด้วยสิ่งที่ประชาชนได้สร้างขึ้นมาแทน สิ่งแวดล้อมจึงเต็มไปด้วยตึก โรงงาน ที่ทำงานด้วยเครื่องจักรมีเสียงดังอีกทีกตลอดเวลา ฟันทมอกควัน อากาศเต็มไปด้วยฝุ่นละออง กลิ่นเหม็นจากสารเคมี ท่อไอเสียจากรถยนต์และเครื่องยนต์สิ่งมีชีวิต พืช สัตว์ อันเป็นสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพถูกทำลาย ทำให้ประชาชนต้องสูญเสียสิ่งช่วยสร้างสุขภาพและอนามัยของชุมชน บางส่วนไปและเกิดโทษตามมาแทนการดำรงชีพของชุมชนในตำบลหนองผึ้ง เปลี่ยนไปพึ่งอุตสาหกรรม เป็นหลักแทนการเกษตร สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้วิถีชีวิตของคนในชุมชน ต่างพึ่งตนเองต้องแข่งขันในทางเศรษฐกิจ ขาดความใกล้ชิดผูกพันกัน สิ่งแวดล้อมกำลังจะเต็มไปด้วยสิ่งมีพิษและอันตรายต่อชีวิต ขยะมูลฝอยในตำบลหนองผึ้งเป็นปัญหาที่นับวันจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะมีขยะเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี คือ 6.9 , 7.3 , 8.8 10.6 และ 13 ตันต่อวัน ตามลำดับ (เฉลี่ยเพิ่มปีละ 2 ตัน) โดยในภาพรวมมีอัตราการเกิดขยะ 0.9 กก./คน/วัน (ข้อมูลจากการศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ปี 2558)

ปัญหาน้ำเสีย คุณภาพของลำน้ำสายหลักลดลง สืบเนื่องจากการขยายตัวของเมืองมากขึ้น เนื่องจากการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม และฟิโคลิฟอร์มจากชุมชน ทั้งนี้รวมถึงการปนเปื้อนจากสารเคมีการเกษตรอากาศมีปัญหามลพิษและฝุ่นขนาดเล็กเกินมาตรฐานอย่างรุนแรง ซึ่งตำบลหนองผึ้งได้รับผลกระทบจากวิกฤติหมอกควัน เนื่องจากมีฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินมาตรฐาน (120 ไมโครกรัมต่อ ลบ.ม.) จากการเผาป่าทั้งในพื้นที่และประเทศเพื่อนบ้าน การเผาขยะครัวเรือน และวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร โดยเฉพาะในช่วงเดือน มีนาคม 2550 เชียงใหม่เคยวัดค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กได้สูงถึง 383 ไมโครกรัมต่อ ลบ.ม.

การเปลี่ยนแปลงด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาโลกร้อน จะทำให้เกิดภาวะภัยแล้งและน้ำท่วมซ้ำซากรุนแรงขึ้น เกิดสภาพอากาศแปรปรวนมากขึ้น นอกจากนี้ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ ดิน น้ำ ป่าไม้ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ รวมทั้งปัญหาจากการใช้สารเคมี/ยาฆ่าแมลงในการเกษตรเพิ่มมากขึ้น ขยะและสิ่งปฏิภูลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก่อผลกระทบต่อตำบลหนองผึ้งทั้งสิ้น

### สภาพการคมนาคม

การคมนาคมสายหลัก มีจำนวน 5 สาย คือ

- ถนนสายเชียงใหม่ - ลำปาง (ถนนลาดยาง)			
- ถนนสายเชียงใหม่ - ลำพูน (ถนนลาดยาง)			
- ถนนเลียบริมทางรถไฟเชียงใหม่ - ลำพูน (ถนนลาดยาง)			
- ถนนวงแหวนรอบนอก (ถนนลาดยาง)			
- ถนนวงแหวนรอบกลาง (ถนนลาดยาง)			
- ถนนแอสฟัลต์ติกคอนกรีต	20	สาย	5.2 กม.
- ถนนลาดยางแอสฟัลท์	54	สาย	9.2 กม.
- ถนนคอนกรีตเสริมเหล็ก	24	สาย	3.4 กม.
- ถนนลูกรังบดอัดแน่น	15	สาย	3.7 กม.
	รวม	113	สาย จำนวน 21.5 กม.

### การบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ได้กำหนดภารกิจงานให้งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สังกัดในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โดยมีคำสั่งจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน คำสั่งคณะทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน คำสั่งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องผ่านการอบรม ตามหลักสูตรมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) คำสั่งพนักงานขับรถยนต์ และคำสั่งการปฏิบัติงานประจำเดือน ทั้งนี้เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ได้บรรจุหรือแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง และบรรจุไว้ในเทศบัญญัติรายจ่ายประจำปีให้มี โครงการรองรับการบริการและพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน อีกด้วย

การพัฒนาด้านกำลังคนของหน่วยกู้ชีพเอ็งผึ้ง เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในระบบบริการฯ ดังนี้

1. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) ผ่านหลักสูตรปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน
2. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT) ผ่านหลักสูตรปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ที่ อศป. รับรอง จำนวน 3 คน

3. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (AEMT) ผ่านหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน อศป. รับรอง จำนวน 1 คน
4. อาสาฉุกเฉินชุมชน (Community Emergency Volunteer) จำนวน 5 คน

### การวิเคราะห์งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง โดยใช้เทคนิค SWOT

#### S : จุดแข็งของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ความมุ่งมั่นตั้งใจของบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินในควมมีจิตสาธารณะสูงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แม้ว่าระบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานยังไม่เอื้อต่อการทำงาน ก็ยังสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น Internet การพูดคุยร่วมกันในระหว่างผู้นำ ผู้ปฏิบัติงาน หรือจากการสอบถามจากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเรื่องการวินิจฉัยอาการต่างๆ หากมี ระบบการทำงานที่ดี ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ ก็จะนำไปสู่การพัฒนาการทำงานในระดับที่สูงขึ้น

- การส่งเสริมสนับสนุนของผู้บริหารเทศบาลและหน่วยงานในพื้นที่

- การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และยกระดับมาตรฐานการบริการ

- การซ้อมแผนบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่ที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมเหตุฉุกเฉินได้มีการซ้อม แผนทุกปี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการซักซ้อมแผน ฉุกเฉินร่วมกัน

- ความชำนาญในพื้นที่ของหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉิน การปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลมักได้รับความชื่นชมจากประชาชนในพื้นที่ อันเนื่องมาจากการเข้าถึงที่เกิดเหตุรวดเร็ว มีความสะดวก ในการแจ้งเหตุ เนื่องจากเป็นคนที่รู้จักกันในพื้นที่อยู่แล้ว และการให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่าง สม่ำเสมอ

- การประสานงานกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการระหว่างเครือข่ายในพื้นที่
- ศักยภาพและคุณภาพของบุคลากรสอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบ
- การเน้นดำเนินนโยบายแบบเชิงรุก ของงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ประชาชนเชื่อมั่นเชื่อใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- การส่งเสริมสนับสนุนของหน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน
- การให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

1) กำหนดเวลาในการออกรถ มีการให้บริการเชิงรับที่เข้มแข็ง สามารถให้บริการฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วมีมาตรฐานเวลาการออกรถภายใน 4 นาที (แต่ระยะเวลาถึงตัว ผู้ป่วย หรือจุดเกิดเหตุขึ้นอยู่กับระยะทาง)

2) มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องอาศัยความรวดเร็ว ว่องไว เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก จึงมีการเตรียมพร้อมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จัดทำ Check list สำหรับพนักงานรับแจ้ง เพื่อตรวจสอบประเภทอาการก่อนรับเคสทุกครั้ง โดยใช้เวลาในการสอบถามไม่นาน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นมาตรฐาน

3) ความพร้อมของยานพาหนะ บุคลากร EMT-B พร้อม ทำงานได้ทันที แสดงให้เห็นถึงจุดแข็งด้านความพร้อมของยานพาหนะในพื้นที่

- ความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน จากการประชาสัมพันธ์ที่ดีในพื้นที่ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดี ทำให้ระบบการให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะถ้าเกิดการเจ็บป่วยสามารถเรียกรถฉุกเฉินได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นอุบัติเหตุฉุกเฉินแต่เพียงเท่านั้น ซึ่งเหล่านี้เกิดจากการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง การอบรมญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเผยแพร่ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย การประสานงานกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ การประสานงานและเครือข่ายที่เข้มแข็งในพื้นที่ที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเคสหนัก รถฉุกเฉินไม่ว่าง ไม่พร้อม หรือไม่ชำนาญพื้นที่ ก็จะมีการแจ้งมาที่ศูนย์สั่งการ หรือผู้ประสานงานในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยใกล้เคียงออกปฏิบัติงานช่วยเหลือร่วมกัน

#### **W : จุดอ่อนของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**

- มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ
- ความไม่มีประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อ สนับสนุนการทำงาน
- ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอในทุกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

#### **O : อุปสรรคของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**

- ไม่มีระเบียบปฏิบัติและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบสำหรับหน่วยงานระดับท้องถิ่น
- ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## T : โอกาสของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- การพัฒนาและปรับปรุงกลยุทธ์ในการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ของหน่วยงานระดับท้องถิ่น
- การเพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้แก่ประชาชนในพื้นที่

## 2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

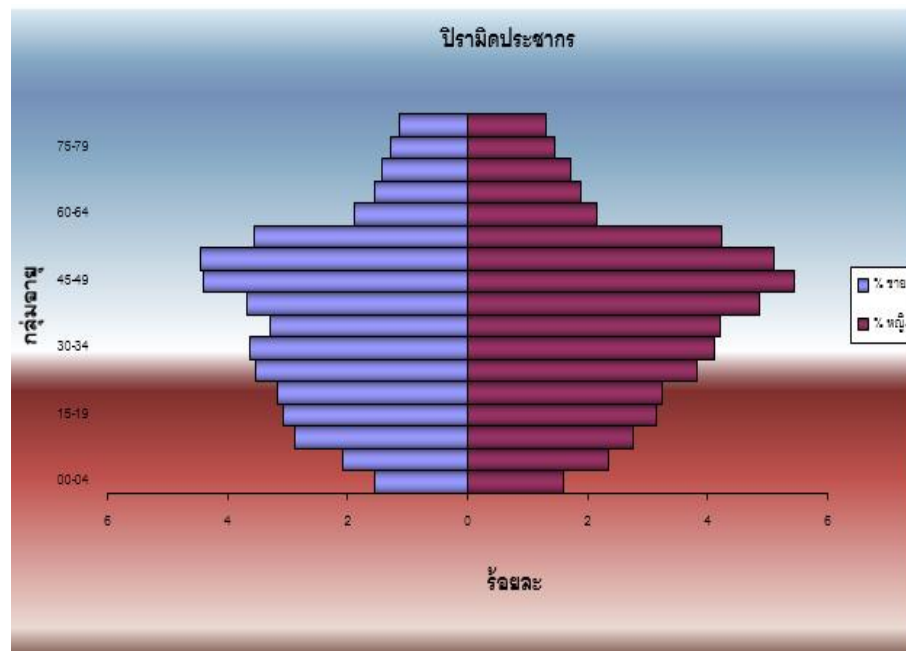
### 2.1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

การเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ของตำบลหนองผึ่งในระยะยาวจะเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก โดยนิยามของ “สังคมผู้สูงอายุ” ตามหลักการสากลทางองค์การสหประชาชาติ ระบุว่า สังคมใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าสังคมนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” หรือ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20

โครงสร้างประชากรของตำบลหนองผึ่ง โดยที่เมื่อสิ้นปี 2559 ที่ผ่านมา จำนวนประชากรตำบลหนองผึ่งอยู่ที่ 13,238 คน เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,230 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.85 ของประชากรทั้งหมด นั่นก็แปลว่า ท้องถิ่นตำบลหนองผึ่งก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และคาดการณ์ว่า ในปี 2564 พื้นที่เทศบาลตำบลหนองผึ่งจะเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เกิน 20% ของจำนวนประชากรทั้งหมด (งานทะเบียนราษฎร์ เทศบาลตำบลหนองผึ่ง , 2559)

กลุ่มอายุ	ชาย	หญิง	รวม	% ชาย	% หญิง
00-04	206	210	416	1.56	1.59
05-09	274	311	585	2.07	2.35
10-14	382	364	746	2.89	2.75
15-19	407	415	822	3.07	3.13
20-24	421	428	849	3.18	3.23
25-29	468	507	975	3.54	3.83
30-34	481	545	1,026	3.63	4.12
35-39	436	558	994	3.29	4.22
40-44	488	643	1,131	3.69	4.86
45-49	583	720	1,303	4.40	5.44
50-54	589	677	1,266	4.45	5.11
55-59	470	560	1,030	3.55	4.23
60-64	250	284	534	1.89	2.15
65-69	206	249	455	1.56	1.88
70-74	190	228	418	1.44	1.72
75-79	171	193	364	1.29	1.46
80+	152	172	324	1.15	1.30
<b>รวม</b>	<b>6,174</b>	<b>7,064</b>	<b>13,238</b>	<b>46.64</b>	<b>53.36</b>

แผนภาพที่ 3 โครงสร้างประชากรตำบลหนองผึ้ง จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ ประจำปี 2559



แผนภาพที่ 4 ปิรามิดประชากรตำบลหนองผึ้ง จำแนกตามกลุ่มอายุและจำแนกเพศ ประจำปี 2559



จากข้อมูลในแผนภาพที่ 3 - 4 ทำให้ในปัจจุบันตำบลหนองผึ้งมีสัดส่วนประชากร จำนวน คนวัยทำงาน 4 คนจะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน และในอนาคตสัดส่วนนี้จะมีค่าลดลงเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนคนวัยทำงานกลับลดลงเป็นอย่างมาก จากข้อมูลนี้บ่งบอกถึงผู้สูงอายุไม่อาจคาดหวังให้ลูกหลานมาเลี้ยงดูเราได้เหมือนในอดีต (คนแต่งงานช้าลง และมีลูกน้อยลง) และสวัสดิการจากรัฐก็อาจจะไม่เพียงพออีกต่อไป

### **สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ให้ข้อมูล**

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอย ของร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้นใน ผู้สูงอายุ โดยจะพบว่าอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเรื้อรัง ภาวะ ทุพพลภาพ โรคที่มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะและโรคสมองเสื่อมจะมีสัดส่วนสูงขึ้น จาก ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทำให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อ่อนแอและพิการรวมทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรค เรื้อรังต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ความต้องการด้านการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลระบบ HOSxP โรงพยาบาลสารภี ปีพ.ศ. 2559 พบว่ามี ผู้สูงอายุของตำบลหนองผึ้งมารับบริการจำนวน 1,192 ราย จากผู้รับบริการของประชาชนทุกกลุ่ม อายุของตำบลหนองผึ้งทั้งหมด 4,118 ราย คิดเป็นผู้ป่วยสูงอายुर้อยละ 28.95 ซึ่งแสดงให้เห็นถึง ผลกระทบสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นในอนาคตต่อบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง และศักยภาพของโรงพยาบาลในการรองรับผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 ข้อมูลสาเหตุการป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง ที่มารับบริการของโรงพยาบาล  
สารภี ประจำปี 2559

ลำดับ	วินิจฉัย	จำนวน (คน)	จำนวน (ครั้ง)
1	โรคความดันโลหิตสูง	219	646
2	โรคเบาหวาน	116	427
3	อาการเวียนศีรษะและเวียนหัว	80	130
4	โรคที่เกี่ยวข้องกับลม	66	220
5	อาการอาหารไม่ย่อย	65	106
6	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่น ๆ	64	233
7	โรคของติดเชื่อเยื่อ	64	87
8	ความผิดปกติอื่นของระบบทางเดินปัสสาวะ	50	87
9	โพรงจมูกอักเสบเฉียบพลัน โรคหวัด	42	47
10	ข้อเข่าอักเสบ	36	69
11	ไตวายเรื้อรัง	24	71
12	หัวใจล้มเหลว	20	45
13	ความผิดปกติของฟันและโครงสร้างฟัน	20	53
14	โรคหอบหืด	13	47
15	โรคและอาการของศีรษะ, สมอ และระบบ ประสาท	5	241

จากตารางที่ 2 แสดงถึงการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในตำบลหนองผึ้งที่เข้ารับบริการที่  
โรงพยาบาลสารภี ประเภทผู้ป่วยนอก ในปี 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุที่  
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนมาก โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้น  
เรื้อรังอื่น ๆ ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินของ

ผู้สูงอายุค่อนข้างสูง และงานบริการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ก็จะต้องรองรับการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

จากข้อมูลสถานการณ์และปัญหา อุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้เห็นว่าสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (COMPLETED AGED SOCIETY) จำนวนผู้สูงอายุที่อ่อนแอและพิการรวมทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆจะเพิ่มมากขึ้น อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศักยภาพของงานบริการการดูแลสุขภาพ และยังสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความซับซ้อนจากโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท รวมทั้งการบาดเจ็บจากการหกล้มสูงกว่าในวัยอื่นๆ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในระดับวิชาชีพ จึงจะสามารถรักษาชีวิตหรือป้องกันความพิการและเพิ่มอัตราการรอดชีพได้ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การลดลงของญาติใกล้ชิดที่จะดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ความตระหนักในสุขภาพของตนเอง ความคาดหวังและการรับรู้ต่อการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ ญาติและชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการให้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ดังจากข้อมูลการเข้ารับบริการของประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ประจำปี 2559

**ตารางที่ 3** ข้อมูลประชาชนที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ปี 2559

ประเภทผู้รับบริการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1. ผู้รับบริการทั่วไป	5,499	77.32	20,382	74.88
2. ผู้รับบริการผู้สูงอายุ(60 ปี ขึ้นไป)	1,613	22.68	6,839	25.12
<b>รวมผู้รับบริการทั้งหมด</b>	<b>7,112</b>	<b>100</b>	<b>27,221</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 3 พบว่ามีผู้สูงอายุของตำบลหนองผึ้งมารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง จำนวน 1,613 ราย จากผู้รับบริการของประชาชนทุกกลุ่มอายุของตำบลหนองผึ้งทั้งหมด 7,112 ราย คิดเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 22.68

นอกจากนี้หากดูข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง ปี 2559 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ผู้สูงอายุที่มีสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ ที่บ่งบอก ผู้สูงอายุที่อ่อนแอและพิการ รวมทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและศักยภาพของงานบริการการสุขภาพ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความซับซ้อนจาก โรคเรื้อรังมากขึ้น

**ตารางที่ 4** แสดงข้อมูลประชากรตำบลหนองผึ้งที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2559

ประเภทประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป	125	37.2
ผู้ป่วยผู้สูงอายุ	211	62.8
<b>รวม</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 5** แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกเพศ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2559

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	79	37.44
หญิง	132	62.56
<b>รวม</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 6** แสดงข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกกลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2559

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
60 - 70 ปี	112	53.08
70 - 80 ปี	69	32.7
80 - 90 ปี	25	11.85
90 ปีขึ้นไป	5	2.37
<b>รวม</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4 – 6 การเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 62.8 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงร้อยละ 62.56 หากจำแนกช่วงอายุก็จะอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี ร้อยละ 53.08

**ตารางที่ 7** แสดงข้อมูลประชากรตำบลหนองผึ้งที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2559

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยกลุ่มอื่น	73	37.06
ผู้ป่วยผู้สูงอายุ	124	62.94
<b>รวม</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 8** แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกเพศ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2559

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	39	31.45
หญิง	85	68.55
<b>รวม</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 9** แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกกลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2559

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
60 - 70 ปี	71	57.26
70 - 80 ปี	29	23.38
80 - 90 ปี	23	18.55
90 ปีขึ้นไป	1	0.81
<b>รวม</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 7 – 9 การเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 62.94 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพศหญิงร้อยละ 68.55 หากจำแนกช่วงอายุก็จะอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี ร้อยละ 57.26

ในขณะเดียวกันตำบลหนองผึ้งมีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 86 คน โดยจำแนกประเภท ติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 63.95) และ ติดเตียง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 36.05) และสาเหตุสำคัญของโรคที่ผู้สูงอายุติดเตียง เจ็บป่วยมีดังนี้

1. กระดูกหัก (แขนและขา)
2. มะเร็ง
3. ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
4. Stroke
5. CVA
6. โรคกระดูก

**ตารางที่ 10** ข้อมูลภาวะพิการของผู้สูงอายุในตำบลหนองผึ้ง มีความพิการในระดับต่างๆคือ

ลำดับ	ประเภทพิการ	จำนวน	ร้อยละ
1	มองเห็น	13	10.74
2	การได้ยิน	41	33.88
3	การเคลื่อนไหว	62	51.24
4	ทางจิตใจ	3	2.48
5	ทางสติปัญญา	2	1.65
<b>รวม</b>		121	100

จากตารางที่ 10 แสดงถึงผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีความพิการ และอาจเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุได้ พบว่า มีความพิการการเคลื่อนไหวสูงที่สุดถึงร้อยละ 51.24 รองลงมาเป็นการทาง การได้ยิน และพิการการมองเห็น ร้อยละ 33.88 และ 10.74 ตามลำดับ

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลหนองผึ้ง จะต้องแสวงหาความร่วมมือดำเนินงานจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยร่วมกับทุกภาคส่วน ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน/หมู่บ้าน อาสาสมัคร ผู้มีจิตอาสา และสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเอ็งผึ้ง) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง เป็นหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยมีรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2. วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม หรือกระบวนการ (A-I-C)

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยและคณะได้ประชุมวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม หรือกระบวนการ (A-I-C) ร่วมกับแกนนำชุมชน ในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง จำนวน 60 คน การเริ่มต้นการประชุม ผู้วิจัยได้คืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของผู้สูงอายุ ให้แกนนำชุมชนระดมสมองแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีการระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ค้นพบความต้องการ ขีดจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ ผลที่ได้เกิดจากทุกคนมีส่วนร่วม ตัดสินใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งการวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ทำให้แกนนำชุมชนได้เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริงของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ หลังจากนั้นแกนนำชุมชนช่วยกันสร้างสภาพที่คาดหวังในอนาคตของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ค้นหาวิถีและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวัง และกำหนดแนวทางการบริการแพทย์ฉุกเฉินและหาผู้รับผิดชอบ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปประเด็นในการประชุมวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ดังนี้

- 1) สถานการณ์ปัญหาด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองผึ้ง
  - 1.1 ข้อมูลการเจ็บป่วยของแต่ละครัวเรือนด้านสุขภาพ ยังไม่พร้อม = การค้นหาเอกสารที่ใช้ในการรักษาไม่เจอ หรือซ้ำ

- 1.2 ประชาชนในหมู่บ้านยังไม่ให้ความร่วมมือทางด้านการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ + ไม่มั่นใจในตัวจิตอาสา
  - 1.3 รถกู้ชีพมีอายุการใช้งานมาก ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ซ่อมบ่อย อยากให้เทศบาลจัดซื้อรถกู้ชีพใหม่
  - 1.4 อสม. บางคนไม่มีคุณภาพ มีเวลาให้กับประชาชนน้อย ไม่ทุ่มเทในการทำงาน ควรเปลี่ยนให้จิตอาสาทำได้
  - 1.5 ผู้ป่วยรอนาน ญาติวิตกกังวล
  - 1.6 บุคลากรไม่มีความรู้ (จิตอาสา) ความชำนาญในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ และยังขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆด้วย
  - 1.7 การประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ
  - 1.8 ขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน
  - 1.9 ขาดความเชื่อมั่นระหว่างบุคลากร (จิตอาสา) กับชุมชน
  - 1.10 สมาชิกในชุมชนยังขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง
  - 1.11 ขาดการวางแผน การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการกู้ชีพ
  - 1.12 ขาดการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล
  - 1.13 ขาดจิตสำนึกให้กับตนเองในการดูแลสุขภาพ
2. ความคาดหวังหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน
    - 2.1 ความรวดเร็ว ทันเวลา = ช่วยประชาชนได้ทันที
    - 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ
    - 2.3 กำหนดกลุ่มอายุในการดูแลชัดเจน
    - 2.4 ความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ + อุปกรณ์สะอาด ปลอดภัย ทันสมัย เช่น เครื่องตัดล่าง ยานพาหนะ ยางรถ น้ำมัน พร้อมใช้งาน
    - 2.5 ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เช่น ป้าย 1669 ใหญ่ขึ้น สติกเกอร์ชัดเจน
    - 2.6 มีแผนที่เดินดินถึงกลุ่มประชาชนเป้าหมายชัดเจน
    - 2.7 มีระบบสำรองการใช้รถกู้ชีพ = สามารถติดต่ออย่างรวดเร็ว/มีเบอร์สำรองให้



- 2.8 มีการสื่อสารที่รวดเร็ว ชัดเจน
- 2.9 มีสัญลักษณ์ผู้ป่วยประจำบ้าน
- 2.10 บุคลากรพูดจา น่ารัก มีร่างกายแข็งแรง = ให้การบริการด้วยความเต็มใจ รวดเร็ว นุ่มนวล เพียงพอต่อการให้บริการ
- 2.11 จัดอบรมให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- 2.12 มีการซ้อมแผนเตรียมพร้อม แผนกู้ชีพอย่างต่อเนื่อง ฝึกฝนการฟื้นคืนชีพอย่างสม่ำเสมอ
- 2.13 ได้รับความปลอดภัยในขณะที่ขับรถส่งต่อผู้ป่วย จากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.14 นำส่งสถานบริการตาม รพ.ที่ญาติต้องการนำส่ง
- 2.15 ดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย และญาติ
3. การจัดการความสำคัญการแพทย์ฉุกเฉินที่คาดหวัง(ในฝัน)
- 3.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ในส่วนของ อสม. และ รพ.สต. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีป้ายบอกตำแหน่งผู้ป่วย ซอย เบอร์ติดไว้ชัดเจนตามหมู่บ้านหรือซอยต่างๆ หรือติดไว้ทุกบ้าน
- 3.2 สมาชิกในครอบครัว แลผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น
- เตรียมหลักฐานผู้ป่วยยามฉุกเฉิน
  - ดูแลความปลอดภัยในบ้าน
  - รายละเอียดแผนผังที่บ้าน มีสัญลักษณ์บอกที่ตั้งของบ้าน
  - บ้านที่อยู่ใกล้กันควรดูแลกัน
- 3.3 มีความร่วมมือของผู้นำชุมชนและองค์กร = ประสานงานกันได้กับชุมชน
- 3.4 ความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน = ทีมอาสาสมัคร
- 3.5 ทรนรงค์ ส่งเสริมให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย
- 3.6 มีและสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนในชุมชน เช่น อสม. รพ.สต. จิตอาสาภาคประชาชน โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ
- 3.7 ค้นหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในชุมชน นอกจาก อสม.

- 3.8 แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างชัดเจน โดยมีผู้รับผิดชอบในชุมชน (ผู้ดูแลจัดตั้ง) หรือ เพื่อนดูแลเพื่อน
- 3.9 มีสัญญาณฉุกเฉินประจำครอบครัวผู้ป่วย หรือหมู่บ้าน
- 3.10 มีการพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน
- 3.11 ประชาชนในชุมชนดูแลสุขภาพตนเองให้ดี ป้องกันการเจ็บป่วยและลดการเจ็บป่วย
- 3.12 ประชาชนให้ความสำคัญกับรถฉุกเฉิน
4. กำหนดแนวทางการบริการแพทย์ฉุกเฉิน
- 4.1 บุคลากรขาดความรู้ = อบรมบุคลากรทางสุขภาพ โดย อสม./ รพ.สต./ กู้ชีพ/ชุมชน
- 4.2 ขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ = เพิ่มเครื่องมือ/จัดหาอุปกรณ์/ระดมทุน/เงินบริจาค โดย เทศบาล/เอกชน/ ประชาชน/ชุมชน
- 4.3 ขาดข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย = รวบรวมข้อมูล/ส่งข้อมูล/จัดลำดับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดย อสม./รพ.สต./ กลุ่มผู้ป่วย
- 4.4 ขาดประชาสัมพันธ์ = ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ทางสื่อ วิทยุชุมชน/สิ่งพิมพ์ ท้องถิ่น โดยองค์กรเทศบาล/กู้ชีพ/กำนันและผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.
- 4.5 ขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน =
- ประชาสัมพันธ์ ชี้แจง ปลุกจิตสำนึก หาแกนนำประชาชน
  - จัดทำกิจกรรมร่วมกันโดยชุมชน เช่น กีฬาชุมชน จัดแกนนำครอบครัว งานประเพณี จัด Buddy ครอบครัวโดยชุมชน
  - ค้นหาผู้ที่มีศักยภาพทางด้านสุขภาพในชุมชน
- 4.6 ขาดความรู้ของสมาชิกชุมชน = กระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ให้ความรู้ เยี่ยมบ้าน) เช่น พฤติกรรมการกินที่ดี / ออกกำลังกาย / การดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
- 4.7 รวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไว้ให้พร้อม (ครอบครัวแต่ละครอบครัว)
- 4.8 ประชาชนให้ข้อมูลด้านสุขภาพ(แต่ละครัวเรือน) เป็นการรวบรวมข้อมูล
- 4.9 ประชาสัมพันธ์ให้เกิดความสนใจและความเข้าใจในข้อมูลการดูแลสุขภาพ โดย สาธารณสุขเทศบาลจัดอบรม

- 4.10 เพิ่มจำนวนจิตอาสาและทำงานร่วมกับ อสม. เพื่อให้มีความเพียงพอต่อความต้องการ (รับสมัครจิตอาสาทุกหมู่บ้าน)
- 4.11 ให้จิตอาสาตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดการดูแล ด้วยใจ = เพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสม
- 4.12 อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยให้เข้าใจว่ามีเหตุจำเป็นที่จะต้องใช้เวลารอความช่วยเหลือ นาน จากหน่วยกู้ชีพ
- 4.13 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของตนเอง ให้มีวิถีการเฉพาะทาง
- การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม
  - ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
  - ทำสุขภาพจิตให้ร่าเริงแจ่มใส
  - ตรวจสุขภาพประจำปี
  - จัดสถานที่อยู่อาศัยให้ถูกตามสุขอนามัย
  - งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
  - ไม่เล่นการพนัน

2.3. ออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

การพัฒนา รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความสำคัญที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อให้ได้ รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสมกับสภาพปัญหา โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดหาแนวทาง และออกแบบการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการออกแบบการบริการอย่างมีส่วนร่วม เพราะเป็นวิธีการที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาโดยประชาชน ชุมชน โดยเฉพาะแกนนำชุมชน แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นตั้งแต่การได้รับการคืนข้อมูล จากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการเข้าร่วมวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ทำให้เห็นภาพรวมของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแล

ผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้เชิญเจ้าหน้าที่กึ่งชีพที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลต่างๆ ในอำเภอสารภี เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางการบริการร่วมกับแกนนำชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการพัฒนาคิดสำนึก อย่างมีวิจารณญาณ และเป็นองค์ความรู้ในการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่ให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ ครอบครัว เครือข่ายการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการร่วมกันคิดขึ้น นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นไปอย่างมีคุณภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเกิดความยั่งยืนในที่สุด จากการประชุมออกแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ทราบถึง ปัญหาและความต้องการของกลุ่มต่างๆ ภาพรวมของบริการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้งในปัจจุบัน พบว่า

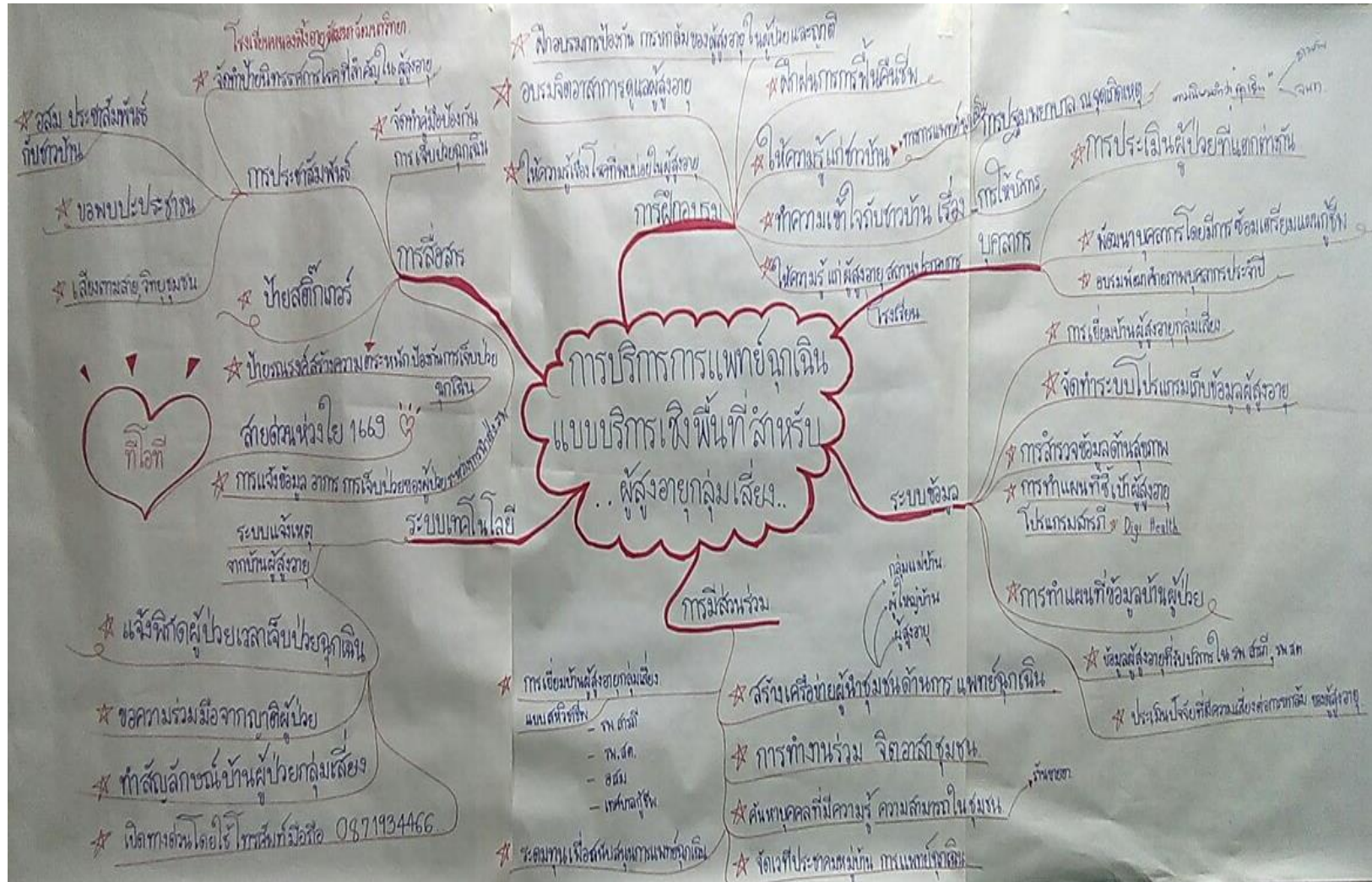
1) กลุ่มของผู้สูงอายุมีความต้องการ การดูแลจากเจ้าหน้าที่เทศบาล รพ.สต. อสม. ถึงบ้าน เพราะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีภาวะเสื่อมถอยและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพราะหากเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทางหน่วยแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลหนองผึ้งสามารถให้บริการโดยไม่ต้องรอนาน การส่งต่อถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วปลอดภัย ผู้สูงอายุต้องการให้อาสาสมัครและเพื่อนบ้านในชุมชนมาช่วยดูแล

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีความเครียดเกี่ยวกับการดูแล ขาดความรู้ในการดูแล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ขาดอุปกรณ์ในการดูแล มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน สายด่วนเรียกรับบริการเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องการให้หน่วยงานของรัฐช่วยในเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแล เช่น ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น ควรมีการให้ความรู้และสร้างเสริมศักยภาพในการดูแล และต้องการให้ชุมชนหรือ อสม. หรือเพื่อนบ้านช่วยดูแล เช่น เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ หรือช่วยอุ้มยกพยุงในขณะให้การดูแล

3) กลุ่มแกนนำชุมชน ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชน และตัวแทนของชมรมผู้สูงอายุ ให้ความเห็นว่ากลุ่มของตนเองต้องการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ยังขาดความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และขวัญกำลังใจใน การทำงาน เครือข่ายชุมชนแสดงความคิดเห็นว่า ควรมี การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายระหว่างบุคคลากรที่มสุขภาพและชุมชนครอบครัวมีส่วนร่วม แบ่งหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน

4) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า หลายเทศบาลยังขาดแคลนบุคลากร ไม่ได้ดำเนินการร่วมกับทาง รพ.สต. และ อสม. เข้าเยี่ยมบ้าน ขาดการประสานงานเยี่ยมบ้านในชุมชนที่มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ขาดแคลนอุปกรณ์ และงบประมาณในการสนับสนุน ดังนั้นหากจะให้ดำเนินการ จึงจะต้องยึดหลักการบูรณาการการทำงานร่วมกันในพื้นที่ และงานแพทย์ฉุกเฉินจะต้องกำหนดนโยบายจากผู้บริหาร จึงจะทำให้ระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ในบริบทของชุมชนนั้นอย่างแท้จริง

จากการออกแบบระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้สรุปแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 5 แสดงการออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่ และพัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2.4. พัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท ผู้วิจัยได้จัดการประชุมแกนนำชุมชนเพื่อ เสนอรูปแบบการบริการที่ทีมออกแบบรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้งานแพทย์ฉุกเฉินได้เข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัว มีการให้บริการแพทย์ ฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุในบริการ ถือได้ว่าเป็น บริการที่ควรจะได้รับการพัฒนา เพื่อให้การบริการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับ แกนนำชุมชนควรทำหน้าที่คอยช่วยเหลือ รูปแบบระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุและครอบครัว เนื่องจากทำให้มีการเข้าถึงบริการมากขึ้น

ผู้วิจัยได้สรุปการพัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทีมออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการในพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบท ชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท โดยได้รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญ 6 ด้าน คือ

- 1) บุคลากร
- 2) ระบบข้อมูล
- 3) การฝึกอบรม
- 4) การสื่อสาร
- 5) ระบบเทคโนโลยีการรับแจ้งเหตุ
- 6) การมีส่วนร่วม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### บุคลากร

- 1) การพัฒนาบุคลากรงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการเข้ารับการอบรมประจำปีทุกปี
- 2) สร้างความพร้อมของบุคลากรโดยมีการซ้อมแผนการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้ข้อมูลที่มีเหตุการณ์ บ่อยที่สุดมาเป็นพัฒนาความพร้อม
- 3) บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินมีความเชี่ยวชาญในการลดช่องว่าง ในความคิดของเจ้าหน้าที่กับ ของประชาชนสำหรับการประเมินการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้น้อยที่สุด

### ระบบข้อมูล

- 1) สํารวจข้อมูลด้านสุขภาพและทำแผนที่ชี้เป้าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม Saraphi Digi Health ที่มีการพัฒนาใช้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2) เก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกราย โดยพัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลได้
- 3) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม พร้อมทั้งการทำแผนที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 4) ประเมินปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

### การฝึกอบรม

- 1) การอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการให้บริการ
- 2) การให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่
- 3) การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มของคณาจารย์ในสถานประกอบการ และนักเรียน นักศึกษา
- 4) ทำหลักสูตรและอบรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 5) การอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ่ง “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ
- 6) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเรื่อง “การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ”

### การสื่อสาร

- 1) จัดทำคู่มือสุขภาพ “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ
- 2) จัดทำนิทรรศการเคลื่อนที่ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” สำหรับบูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น
- 3) อาสาสมัครให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 4) งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเบื้องต้น) บูรณาการกิจกรรมร่วมกับโครงการอื่น พบปะและให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะการแจ้งข้อมูลอาการ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนจะนำส่งโรงพยาบาล



- 5) การใช้เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครัวเรือนโดยเฉพาะที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย
- 6) ป้ายรณรงค์ สติกเกอร์ สร้างความตระหนักในการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

### ระบบเทคโนโลยี

- 1) พัฒนาระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 2) เทคโนโลยีที่สามารถแจ้งพิกัดของผู้ป่วย สัญญาณลักษณะที่ทำให้รู้จุดของการร้องขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) เปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
- 4) ใช้ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีไอที (มหาชน) จำกัด คือ “ระบบสายด่วนห่วงใย 1669”

### การมีส่วนร่วม

- 1) สร้างเครือข่ายผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชมรมกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรม อสม. กลุ่มสตรีแม่บ้าน สภาเด็กและเยาวชน ฯลฯ
- 2) บูรณาการงานร่วมกับจิตอาสาชุมชน
- 3) ค้นหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ร้านขายยาในพื้นที่ เป็นต้น
- 4) การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แบบสหวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลสารภี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ชมรม อสม. งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง
- 5) ระดมทุนสำหรับการสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

2.5. การนำรูปแบบไปทดลองใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

จากขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายความร่วมมือและประชาชนในตำบลหนองผึ้ง จนได้รูปแบบการบริการแพทย์

ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย บุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสารระบบ เทคโนโลยี และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงได้นำไปทดลองใช้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ระยะเวลาในการทดลองใช้ 3 เดือน จากการทดลองใช้สรุปแต่ละประเด็นดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้ และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

1.1) นอกจากการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการบริการแก่เจ้าหน้าที่ของแต่ละปีแล้ว เพื่อรองรับการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จึงให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมร่วมกับจิตอาสา และ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง และ ทีมหมอครอบครัว ให้เข้าใจสภาพจิตใจ สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ หากให้บริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุก็必将มีความเชี่ยวชาญ และลดช่องว่างในความคิดของเจ้าหน้าที่กับของประชาชน สำหรับการประเมินการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้น้อยที่สุด

1.2) การสร้างความพร้อมของบุคลากรโดยมีการซ้อมแผนการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทั้งรูปแบบซ้อมบนโต๊ะ และซ้อมลงพื้นที่จริง และโดยใช้ข้อมูลที่มีเหตุการณ์บ่อยที่สุดมาเป็นกรณีศึกษา เพราะแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันในความยากง่ายในการลงพื้นที่ การซ้อมการบริการทำให้เจ้าหน้าที่คุ้นเคยและชำนาญพื้นที่มากยิ่งขึ้น โดยทางเจ้าหน้าที่งานแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลหนองผึ้งได้คัดเลือก 8 ตัวอย่าง ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในการซ้อมแผนลงพื้นที่ โดยเลือกหมู่ละ 1 ราย ได้แก่

1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 62 ปี หมู่ที่ 1 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 70 ปี หมู่ที่ 2 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม กระดูกพรุน

3) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 67 ปี หมู่ที่ 3 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม และความจำเสื่อม

4) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 63 ปี หมู่ที่ 4 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

5) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 60 ปี หมู่ที่ 5 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

6) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 62 ปี หมู่ที่ 6 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

7) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 68 ปี หมู่ที่ 7 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ต่อมลูกหมากโต

8) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 75 ปี หมู่ที่ 8 ตำบลหนองผึ้ง โรคประจำตัวที่รักษา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

1.3) การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการบริการให้ผู้สูงอายุ โดยทีมหมอครอบครัว อำเภอสารภี ได้แก่เรื่อง

- โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
- การประเมินการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง
- การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุรวดเร็วปลอดภัย และ
- ใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสมไม่รับอันตรายเพิ่ม
- การแนะนำตัวเอง
- การให้ข้อมูลการเจ็บป่วย
- ปลอดภัย ให้กำลังใจแก่ญาติและผู้สูงอายุ

เนื้อหาการอบรมให้ความรู้เหล่านี้ ทำให้เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉินได้รับรู้ เข้าใจหลักการให้บริการของผู้เจ็บป่วย โดยเฉพาะความต้องการของผู้สูงอายุ และยังสามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่นที่ขอความช่วยเหลืออีกด้วย

2) การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับรองรับการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่

2.1) สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพและทำแผนที่ชี้เป้าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม Saraphi Digi Health ที่มีการพัฒนาใช้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อมูลจำแนกออกเป็นดังนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ตำแหน่งในชุมชน สิทธิทางการรักษา การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพ ประวัติการรักษาเป็นประจำ สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด และช่องทางการรับความด้านสุขภาพ

- ข้อมูลแหล่งทุนทางสังคม ได้แก่ ชื่อแหล่งทุนทางสังคม ชื่อสถานที่ ที่อยู่ และรายละเอียดของแหล่งทุน

- ข้อมูลสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อุบัติเหตุชายยนต์ อุบัติเหตุในครัวเรือน อุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรม ป่วยเฉียบพลัน และภัยพิบัติ ชื่อผู้แจ้ง และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับ

- รายงานการให้ข้อมูลโรค (โรคสัตว์) เป็นข้อมูลประเภทสัตว์ จำนวนสัตว์ การดำเนินการเบื้องต้น

- รายงานการให้ข้อมูลโรค (โรคคน) เป็นข้อมูลทั่วไป ที่มีข้อมูลอาการของโรค เช่น หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ ปวดท้อง เป็นต้น

จากการใช้โปรแกรม Saraphi Digi Health ที่มีการพัฒนาใช้ของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมทำให้พบว่า ยังขาดข้อมูลที่จำเป็นอีกมากสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่จะรองรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ่ง เพราะโปรแกรมจะใช้กับภาพรวมของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และก็พบว่า การเก็บข้อมูลทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความละเอียดพอที่จะใช้เป็นข้อมูล และสถิติที่จะนำไปพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ่งได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นมาเพื่อรองรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2.2) การพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาคือ โปรแกรม “เอื้องผึ่งโมเดล” สำหรับเก็บข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาสำหรับการเก็บข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกัน 3 ลักษณะ ได้แก่ การบริการประชาชน งานการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล ซึ่งได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (ใบสีชมพู) ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบสัมภาษณ์สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบการการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม พร้อมทั้งการทำแผนที่ชี้เป้าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และประเมินปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้เยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเก็บข้อมูล จำนวน 100 ราย เพื่อจะได้นำมาปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รายละเอียดของโปรแกรมนี้นี้

1) ข้อมูลการบริการประชาชน จะเป็นการเก็บข้อมูลรายละเอียด

- วัน เดือน ปี ที่บันทึก

- ชื่อ - นามสกุล อายุ เพศ

- เหตุการณ์ ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั่วไป เช่น ถูกทำร้าย สัตว์ทำร้าย ตกจากที่สูง เป็นต้น การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ อายุรกรรม สูติฯ เด็ก ศัลยกรรม อื่นๆ

- รายละเอียดอาการที่เจ็บป่วย
- การรับแจ้ง ได้แก่ ทางด่วนสายตรง โทรศัพท์สำนักงาน ศูนย์วิทยุเอื้องผึ้ง ตำรวจ 191 และ ศูนย์สั่งการ เวียงพิงค์ 1669
- เลขไมล์ออกรถ เลขไมล์ถึงฐาน เวลาถึงฐาน ผู้ใช้รถ
- ผลการสำรวจความพึงพอใจในการบริการ

ข้อมูลการบริการประชาชนนี้มีความสำคัญและมีประโยชน์มาก เพราะการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากจัดบริการบนฐานข้อมูลที่เป็นปัญหาชัดเจนของประชาชน เป็นความต้องการที่แท้จริงสิ่งตามมาคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น ในขณะเดียวกันการบริการประชาชน ยังเชื่อมกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เทศบาลจัดบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะข้อมูลประวัติบุคคล สุขภาพ สถานที่ ที่อยู่อาศัย ส่งผลต่อการบริการที่รวดเร็ว ส่งถึงโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชน



## ระบบจัดการข้อมูลเอื้องผึ้งโมเดล

หน้าหลัก
บริการประชาชน
การแพทย์ฉุกเฉิน
รายงาน

ข้อมูลหลัก
ออกจากระบบ

### ข้อมูลการบริการประชาชน

ช่วงวันที่:

คำสำคัญ:

ถึงวันที่:

+ เพิ่มข้อมูล

วันที่	ชื่อผู้ป่วย	เหตุการณ์	รับจาก	นำส่ง	ผลสำรวจความพึงพอใจ
02/07/2560	พระครูสิริจันทรสุนทรภุมมา สัมมาโรจิต	เจ็บป่วยฉุกเฉิน	วัดทองทราย	รพ. มหาราช	<input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>
01/05/2560	นายท่าพล มณี	เจ็บป่วยฉุกเฉิน	ม.2 ค.หนองผึ้ง อ.สารภี	รพ. สารภี	<input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>

<< Previous
Next >>

ระบบจัดการข้อมูลเอื้องผึ้งโมเดล เวอร์ชัน 1.0

แผนภาพที่ 6 แสดงข้อมูลบริการประชาชนของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอื้องผึ้งโมเดล

2) ข้อมูลบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล รายละเอียดข้อมูลได้เอามาจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (ใบสีชมพู) ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการข้อมูลตรงนี้ขึ้นมาเพราะว่า ทุกครั้งที่ออกบริการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ชุดปฏิบัติก็จะลงข้อมูลเพื่อรายงานให้กับศูนย์สั่งการ แต่ถ้าหากสอบถามถึงข้อมูลต่างๆจากเจ้าหน้าที่และมักจะไม่ มี แต่ถ้ามีก็ต้องมาจำแนกแยกแยะเองอีกที การติดตามผู้ป่วยก็มักจะไม่ มีข้อมูล ดังนั้นหากหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลจัดการกับข้อมูลนี้อย่างเป็นระบบ การนำเสนอการพัฒนางานต่อผู้บริหาร การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยมีฐานข้อมูลที่แสดงถึง ปัญหา การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีของเทศบาล สำหรับงานแพทย์ฉุกเฉินจะต้องได้รับการผลักดันในเชิงนโยบายของผู้บริหาร และสนับสนุนผู้ปฏิบัติได้อย่างสมเหตุผล

ระบบจัดการข้อมูลเบื้องต้นโมเดล





หน้าหลัก | การบริการประชาชน | การแพทย์ฉุกเฉิน | รายงาน

ข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน

ช่วงวันที่:  ถึงวันที่:

คำสำคัญ:  ค้นหา

เพิ่มข้อมูล

วันที่	ลำดับผู้ป่วย	เลขที่ผู้ป่วย	หน่วยบริการ	ปฏิบัติการที่	ชื่อผู้ป่วย
08/06/2560	2147483647	600650130525	ห้องส่ง 601	1203	รณศ พุกกระมาน  
05/06/2560	2147483647	600650130321	ห้องส่ง 601	761	เกรียงไกร กองสุข  

<< Previous Next >>

ระบบจัดการข้อมูลเบื้องต้นโมเดล เวอร์ชัน 1.0

แผนภาพที่ 7 แสดงข้อมูลบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล ของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเบื้องต้นโมเดล

3) ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำแบบสัมภาษณ์สำหรับเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบการการเยี่ยมบ้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประวัติบุคคลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำไปใช้ร่วมกับการบริการเจ็บป่วย

ฉุกเฉินของกลุ่มผู้สูงอายุ และจะขยายการจัดการข้อมูลกลุ่มอื่นที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ต่อไป



## ระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล

หน้าหลัก    การบริการประชาชน    + การแพทย์ฉุกเฉิน    รายงาน    ข้อมูลหลัก    ออกจากระบบ

### ข้อมูลทะเบียนราษฎร

เพศ:  ทั้งหมด  ชาย  หญิง    สถานะ:  ทั้งหมด  เจ้าของบ้าน  ผู้อยู่อาศัย    ช่วงอายุ:  ถึง

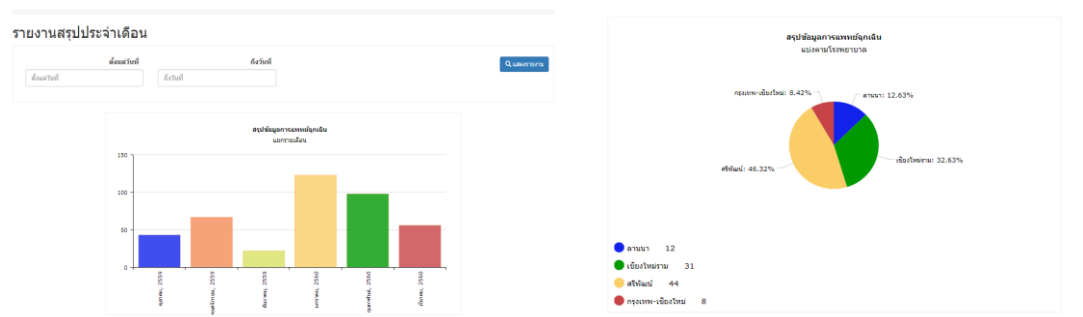
คำสำคัญ:

เพิ่มข้อมูล

เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	วันเกิด	อายุ	สัญชาติ	บ้านเลขที่	แก้ไขล่าสุด	แก้ไขโดย
		หญิง	30-11-0001				00:00, 30 Nov -1	<input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>
		หญิง	30-11-0001				00:00, 30 Nov -1	<input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>
1234132412343	นาง มยุรี อ่อนโยน	หญิง	01-03-2017	21	ไทย	123/456	11:12, 29 Mar 17	เจ้าหน้าที่ระบบ <input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>
5634872672364	นาง เดือนใจ ศีง	หญิง	22-03-2017	39	ไทย	1/2 หมู่ 6	11:12, 29 Mar 17	เจ้าหน้าที่ระบบ <input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>
3556677255362	นาย สมชาย ใจดี	ชาย	30-11-0001	58	ไทย	22/12 หมู่ 3 ต.หนองต๋อง อ.สารภี เชียงใหม่	11:12, 29 Mar 17	เจ้าหน้าที่ระบบ <input type="button" value="แก้ไข"/> <input type="button" value="ลบข้อมูล"/>

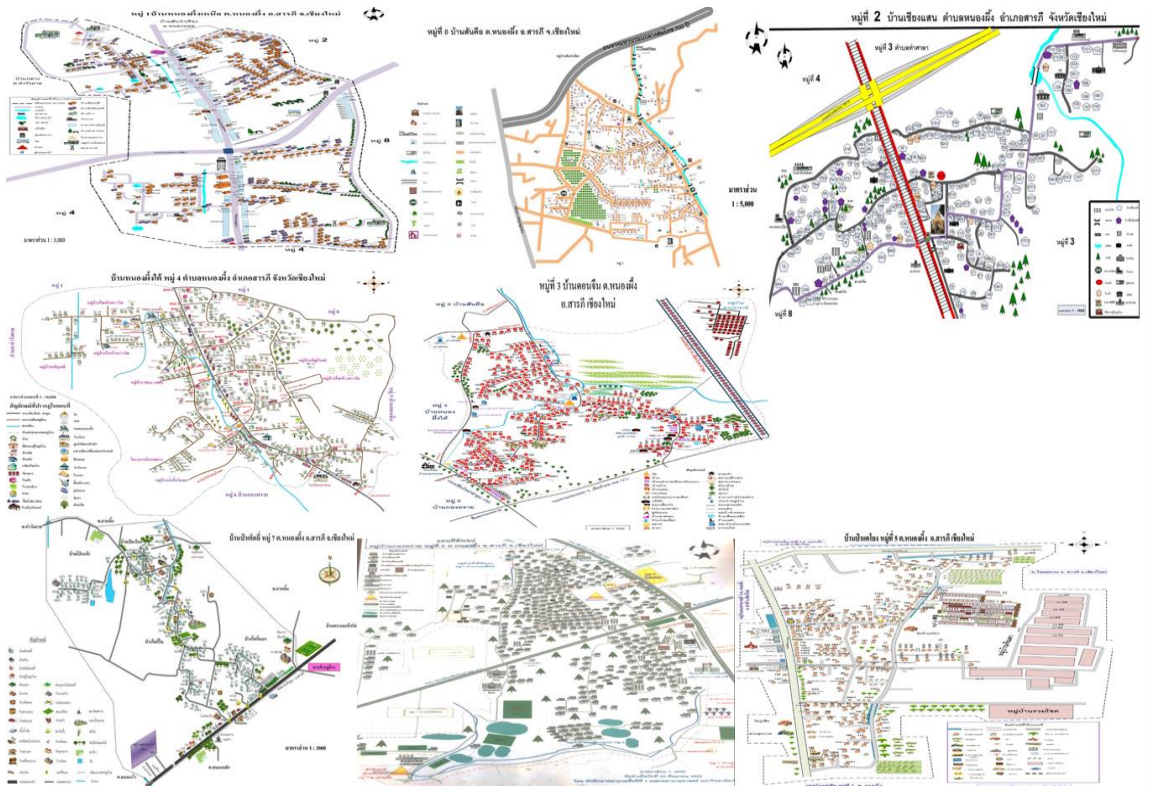
แผนภาพที่ 8 แสดงข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล

สำหรับการรายงานผลการปฏิบัติงานของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล ก็จะมีการประมวลผลรายงานออกมาเป็นข้อมูลรายละเอียดของโปรแกรม Excel และการแสดงข้อมูลออกมาในรูปของแผนภูมิ ดังตัวอย่าง



แผนภาพที่ 9 แสดงตัวอย่างแผนภูมิการรายงานผลจากการจัดการข้อมูลบริการ ของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล

2.3) แผนที่เดินดินของแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง เพื่อชี้เป้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ได้เห็นจุดของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน มีความพร้อมและเข้าถึง ผู้รับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลมือสองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองผึ้ง ซึ่งได้จัดทำแผนที่เดินดินในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง มาปรับประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใส่ข้อมูล ตำแหน่งที่อยู่ให้ชัดเจน



แผนภาพที่ 10 แสดงข้อมูลแผนที่เดินดินประกอบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองผึ้ง

3) การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับรองรับการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ประสานงานในพื้นที่ เพื่อที่จะบูรณาการการทำงานร่วมกันในการอบรมประชาชนเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้



- งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่ และการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มของนักเรียน นักศึกษา และบุคลากรในโรงเรียน ได้แก่

- 1) โรงเรียนวัดพระนอนหนองผึ้ง
- 2) โรงเรียนวัดกองทราย
- 3) วิทยาลัยเทคนิคสารภี
- 4) โรงเรียนยุวทูตศึกษาพัฒนา
- 5) โรงเรียนช่องฟ้าซินเชิงวานิชบำรุง

ในสถานประกอบการ ในกลุ่มของแรงงาน ได้แก่ โรงงานย้อมผ้าแม่ปิงลอนดิก โรงงานน้ำมันงา 315 บริษัทอิชูจุจำกัด ห้างบุญถาวร เป็นต้น

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง และทีมหมอครอบครัว ได้ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันสูงและโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลหนองผึ้ง โดยอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย และป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ”

- ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองผึ้ง ดำเนินโครงการอบรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลหนองผึ้ง สำหรับอบรมสมาชิกชมรม อสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตัวเองอย่างใกล้ชิด รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

- โรงเรียนหนองผึ้งอายุวัฒนะวิทยา (โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง) ได้จัดหลักสูตรโดยให้งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหลักสูตรหนึ่งที่มีการเรียน การสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัว และในชุมชน สร้างประเมินความเสี่ยงการเจ็บป่วยฉุกเฉินของตนเองได้เป็นอย่างดี

#### 4) การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสื่อสารภายในชุมชน ท้องถิ่นถือว่ามีค่ามาก เพราะการแพทย์ฉุกเฉินคือ งานบริการสาธารณะที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น สามารถจัดให้กับประชาชน เป็นการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ผู้วิจัยได้บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ชมรม อสม.ตำบลหนองผึ้ง ผู้นำชุมชนส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ เกิดการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเอ็งผึ้ง) บูรณาการ กิจกรรมร่วมกับโครงการอื่น เช่น

- งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเอ็งผึ้ง) บูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลที่ รับการส่งต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ให้ข้อมูลและแจ้งข้อมูลอาการเจ็บป่วย ระหว่างการนำส่งโรงพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อขอช่องทางด่วนในการบริการที่รวดเร็ว
- การจัดนิทรรศการงานการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในโรงเรียนหนองผึ้ง อายุวัฒนวิทยา (โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง) การจัดกิจกรรมเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยา เสพติด ของชมรมทูปีนัมเบอร์วัน ตำบลหนองผึ้ง เป็นต้น
- คู่มือสุขภาพ “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” สำหรับผู้สูงอายุ สำหรับแจก ให้กับนักเรียนโรงเรียนหนองผึ้งอายุวัฒนวิทยา (โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง) และ ประชาชนทั่วไปที่มาติดต่อและรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง
- ผู้วิจัยและงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง จัดทำป้ายรณรงค์ และสติคเกอร์ของงานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ประชาชนรู้ช่องทางในการขอรับบริการได้ โดย ร่วมกับอาสาสมัครในการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- ผู้นำชุมชนส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ได้ใช้สื่อที่มีอยู่ใน ชุมชน ท้องถิ่น ได้แก่ การใช้เสียงตามสาย หอกระจายข่าว โดยงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ได้ทำหนังสือขอความร่วมมือและบทความเกี่ยวกับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน สำหรับ วิฑูยชุมชน ผู้วิจัยได้ประสานความร่วมมือกับวิฑูยชุมชน คลื่น “วิฑูยล้ำนา” 105.50 เมกะเฮิร์ต ในการออกอากาศสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในการดูแล สุขภาพตนเอง สมาชิกในครัวเรือนโดยเฉพาะที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย

5) ระบบเทคโนโลยีรับแจ้งเจ็บป่วยฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การพัฒนาาระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งเน้นพัฒนาระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็ว เพื่อให้เจ้าหน้าที่ไปถึงจุดเป้าหมายคือผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเวลาเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยและงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง มีการดำเนินการดังนี้

1) เทคโนโลยีที่สามารถแจ้งพิกัดของผู้ป่วย นอกจากการให้เบอร์โทรของศูนย์สั่งการ 1669 แล้ว ยังเปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยใช้โทรศัพท์มือถือที่มีหมายเลขเบอร์ที่สามารถติดต่อโดยตรง 087-1934466 สร้างความสะดวกให้กับประชาชน และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เวลาเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

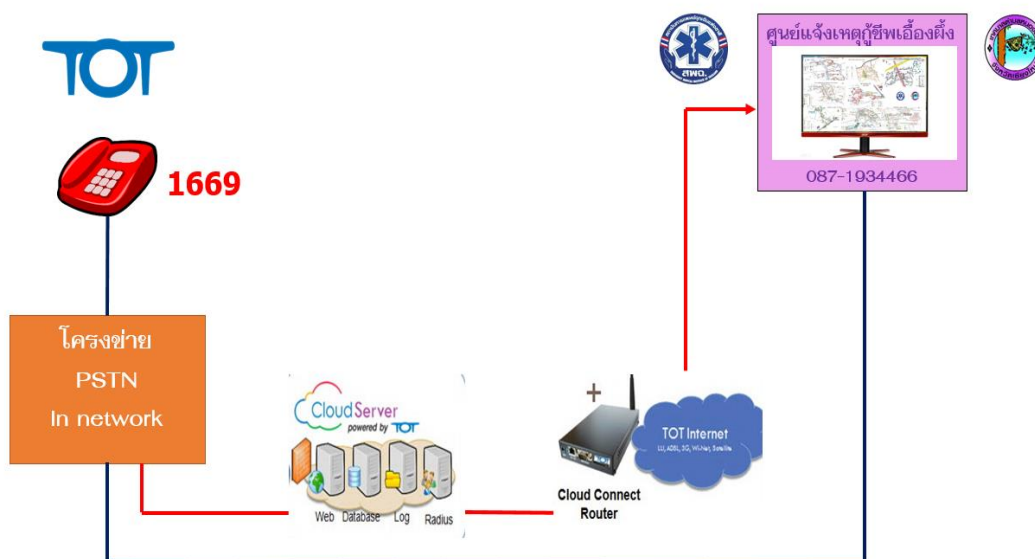
2) ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) เทศบาลตำบลหนองผึ้งจะบูรณาการการทำงานร่วมกับโครงการ “สายด่วนห่วงใย TOT 1669” ซึ่งทาง บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) ได้พัฒนาวางรากฐานนวัตกรรม “TOT Help Call Center” ที่พัฒนาร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่รองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ที่ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ที่มีอยู่บ้านตามลำพัง อยู่กับเด็กหรือผู้สูงอายุด้วยกัน (ส่วนบริการลูกค้าจังหวัด เชียงใหม่ บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน), 2560)

TOT Help Call Center คือ ระบบรับแจ้งเหตุแสดงผลอัตโนมัติสำหรับดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง เวลาเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีคุณสมบัติ คือ

- เป็นระบบ Call Center ที่สามารถแสดงผลข้อมูลต่างๆได้
- สามารถใช้กับโทรศัพท์บ้านและโทรศัพท์เคลื่อนที่ 3G ของ TOT เป็นเครื่องอำนวยความสะดวก แจ้งขอความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากบ้านพักอาศัย
- วิธีการกดปุ่มฉุกเฉินเพียงปุ่มเดียวที่เครื่องโทรศัพท์ มายังศูนย์รับเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของงานการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองผึ้ง
- ระบบจะแสดงข้อมูลของผู้แจ้ง เช่น ประวัติส่วนตัว ข้อมูลสุขภาพ และตำแหน่งของบ้านพักอาศัยบนแผนที่ดาวเทียม
- สร้างความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติศูนย์รับแจ้ง ใช้เป็นข้อมูลเข้าช่วยเหลือผู้แจ้งที่บ้านพักอาศัยได้อย่างรวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

ขั้นตอนการทำงานแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

1. ผู้สูงอายุ ญาติที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน กดปุ่ม 1669 บนตัวโทรศัพท์บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือ
2. ระบบ TOT Help Call Center จะส่งสัญญาณโทรศัพท์และสัญญาณภาพเพื่อส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่ขอความช่วยเหลือ ไปยังงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือศูนย์กู้ชีพเอื้องผึ้ง เทศบาลตำบลหนองผึ้ง
3. ศูนย์กู้ชีพเอื้องผึ้ง เทศบาลตำบลหนองผึ้ง
  - รับแจ้งสอบถามอาการป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น
  - ตรวจสอบพิกัดของบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุที่ขอความช่วยเหลือจากจอภาพ
  - เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติการศูนย์กู้ชีพเอื้องผึ้ง เทศบาลตำบลหนองผึ้ง จัดรถเข้าช่วยเหลือและส่งสถานพยาบาลอย่างรวดเร็ว ตามแผนที่ดาวเทียมที่แสดงตลอด 24 ชั่วโมง



แผนภาพที่ 11 แสดงตัวอย่างผังระบบ TOT Help Call Center บริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองผึ้ง

#### 6) การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน

1) เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ได้ดำเนินการและสนับสนุนให้ งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นของชุมชน ท้องถิ่นที่สามารถจับต้องได้ โดยสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชน และบูรณาการทำงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้นำท้องที่ กำนันและผู้ใหญ่บ้าน องค์กรภาคประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชมรม อสม., กลุ่มสตรีแม่บ้าน ฯลฯ สำหรับจัดบริการสาธารณะ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2) จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่ม/องค์กรของงานจิตอาสา พบว่าตำบลหนองผึ้งมีกลุ่มองค์กรประเภทจิตอาสาต่างๆจำนวนมาก ที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง สามารถเข้าไปบูรณาการงานร่วมกับจิตอาสาชุมชน ได้แก่

- จิตอาสาฉุกเฉินชุมชน (อสช.)
- กลุ่มหนองผึ้งหอมฮัก (การส่งเสริมสุขภาพแม่วัยใส)
- กลุ่มสุขแค่อ้อม (ส่งเสริมสุขภาพทางเพศ)
- กลุ่มดูแลสุขภาพองค์กรรวม
- กลุ่มประชาคมตำบลหนองผึ้ง
- ชมรมอนุรักษ์ฟื้นฟูวัฒนธรรมล้านนาเชียงใหม่
- สภาวัฒนธรรมตำบลหนองผึ้ง
- สภาเด็กและเยาวชน
- ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน
- สมัชชาเกษตรกรอินทร์

3) สำหรับการค้นหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ฉุกเฉิน สู่ชุมชน ท้องถิ่นนั้น จากการรวบรวมกลุ่ม/องค์กรของงานจิตอาสาแล้ว หากบุคคลใดที่สนใจ และเห็นความสำคัญในการอาสาเข้าร่วมดำเนินงานแพทย์ฉุกเฉินแล้ว สามารถเข้ามาเป็นจิตอาสาฉุกเฉินได้

4) การสร้างการมีส่วนร่วมของงานการแพทย์ฉุกเฉิน การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว, โรงพยาบาลสารภี, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง, ชมรม อสม.ตำบลหนองผึ้ง, งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง เพราะผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง คือเป้าหมายเดียวกันของการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยคนอื่นๆเดียวกัน กลุ่ม

เดียวกัน ซึ่งจะส่งผลถึงการจ้ดระบบบริการสุขภาพโดยรวมของประชาชน และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของท้องถิ่นให้หนุนเสริมในการบริการสุขภาพของประชาชน

5) ระดมทุนสำหรับการสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ การสร้างการมีส่วนร่วมในการระดมทุนสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในการบริหารจัดการของเทศบาล ตำบลหนองผึ้ง ที่มีศักยภาพสามารถจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการ และการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชนได้ การปรับเปลี่ยนการระดมทุนทางการเงิน มาเป็นวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส สามารถมาขอยืมไปใช้ได้หากมีการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้ เช่น เตียงผู้ป่วย รถวิลแชร์ เบาะกันแผลกดทับ ถังออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น ได้เห็นความสำคัญก็จะให้การสนับสนุน นอกจากนี้ยังมีการระดมทุนการช่วยเหลือผู้ป่วยยากจน ด้อยโอกาสที่เสียชีวิต ก็จะมีกองทุนโรงศพ มอบให้กับผู้ที่เสียชีวิต



แผนภาพที่ 12 แสดงรูปแบบจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

2.6. การประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท

การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท ที่ได้พัฒนาขึ้นแบบมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาใช้ในบริบทชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท อย่างพื้นที่ตำบลหนองผึ่ง จากการดำเนินการทดลองรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท มีการดำเนินการ 2 แบบ คือ

1. การจัดเวทีประชุมสัมมนาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนร่วม เพื่อประเมินผลการพัฒนาและนำรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนนี้แกนนำชุมชนและชุมชนมีบทบาทสำคัญที่จะร่วมดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นกระบวนการประเมินผลจะช่วยให้ชุมชน และผู้วิจัยได้วิเคราะห์และประเมินรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่เหมาะสม

วิธีการประเมินโดยการจัดเวทีประชุมสัมมนาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนร่วม พุดคุยถึงผลงานการดำเนินการนำรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไปทดลองใช้ และซักถามแกนนำชุมชนถึงสิ่งที่ได้รับ จากการร่วมกันทำงานด้านการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประชุมผู้วิจัยให้แกนนำชุมชนแสดงความคิดเห็นและอธิบายว่า เขาได้เรียนรู้อะไรจากการทำงาน ได้รับประโยชน์อย่างไรบ้าง ซึ่งผู้วิจัยสรุปเนื้อหาได้ดังนี้

1. แกนนำชุมชนและชุมชนได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะได้ร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ได้รู้ว่าการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ท้องถิ่นอย่างไร จากการร่วมกันวิเคราะห์ผลกระทบ และจัดลำดับความสำคัญ

3. แกนนำชุมชนทุกคนได้ร่วมคิดและร่วมตัดสินใจว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็นปัญหาของท้องถิ่นและให้ชุมชนมองเห็นปัญหานี้ด้วยกัน เนื่องจากในชุมชนมีทั้งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปที่อาจจะเกิดขึ้นกับใครก็ได้

4. แกนนำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กำหนดความต้องการในการบริการ ตลอดจนการร่วมกันวิเคราะห์บทบาทของแกนนำชุมชนที่มีความพร้อมในการสร้างเครือข่าย



การทำงาน โดยแกนนำชุมชนสามารถดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในงานบริการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

จากการที่ร่วมกันสรุปบทเรียนของผู้วิจัยและแกนนำชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงการรูปแบบ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ จะสำเร็จหรือไม่ อยู่ที่จุดเริ่มต้นของกระบวนการทำงานร่วมกัน การทำให้ผู้นำและแกนนำชุมชนได้เห็นข้อเท็จจริง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทราบผลกระทบที่จะมีต่อชุมชนร่วมรับรู้ ตระหนัก และสนใจในปัญหา แสดงถึงความเป็นเจ้าของ ทำให้รู้ถึงความต้องการและแก้ปัญหาตรงกับความต้องการของชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพของชาวบ้าน อีกด้วย

ผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท จากนำเสนอการศึกษา แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นในเวทีประชุมสัมมนาผลของการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัย ได้สรุปจากการประชุมครั้งนี้ ได้เน้นการพิจารณาในระดับท้องถิ่น โดยอธิบายได้ 3 ส่วน คือ

1. ปัจจัยนำเข้าต่างๆ เช่น ศักยภาพความพร้อม และการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น
2. กระบวนการบริหารจัดการที่ประกอบด้วยการเรียนรู้ปัญหา การประสานพลัง
3. ผลของการดำเนินโครงการและผลกระทบต่อชุมชน ได้แก่ ทูตทางสังคมที่ใช้ในการ

พัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ปัจจัยนำเข้า (Input)

#### 1.1 สถานการณ์ปัญหา

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และสถานะสุขภาพของประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง โดยทั่วไปเกิดจากแรงกระตุ้นที่ได้ประสบปัญหาใกล้ตัว ซึ่งมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว และเคยเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงทำให้เห็นความสำคัญต่องาน การแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากได้รับประสบการณ์ที่บุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว ได้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และได้รับบริการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง จึงได้หยิบประเด็นนี้ไปรณรงค์ แนะนำให้กับประชาชน

## 1.2 ผู้ริเริ่มการพัฒนาารูปแบบบริการและวิสัยทัศน์

ผู้ริเริ่มแรกสุดเป็นผู้บริหารระดับท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี) ที่เห็นการเจ็บป่วยของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มักจะเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนมาก สำหรับประชาชนโดยทั่วไปแม้จะรับทราบถึงการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลอยู่แล้วก็ตาม แต่ความตระหนักรู้คุณค่าต่อการบริการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดขึ้นเมื่อปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของตัวเอง จนทำให้ผู้ที่เคยได้รับบริการช่วยเหลือ ไม่อาจนิ่งดูตายและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล การบริการในช่วงที่ผ่านมา มองว่าการบริการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบทบาทของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงมาจัดบริการให้แก่ประชาชน แต่มักจะมีปัญหาจากการให้บริการ เช่น การล่าช้า การไปไม่ถูกเส้นทาง การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ฯลฯ กลับทำให้การให้บริการไม่เป็นที่พึงพอใจ และมีความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนมีมากขึ้น สุดท้ายการแก้ปัญหาด้วยการให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่น เข้ามากำหนดรูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลตำบลหนองผึ้งแบบมีส่วนร่วมของประชาชน จากการศึกษาเห็นได้ชัดว่าแม้ชุมชน ท้องถิ่นส่วนใหญ่จะมองเห็นปัญหา ทว่าการริเริ่มการพัฒนามักเกิดขึ้นจากผู้นำคนใดคนหนึ่งก่อน แล้วพัฒนาไปสู่กลุ่มผู้นำชุมชน กระทั่งขยายความร่วมมือไปยังสมาชิกส่วนใหญ่ของชุมชน ท้องถิ่น โดยมีทางเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เป็นผู้จัดบริการแพทย์ฉุกเฉินและให้การสนับสนุนงบประมาณ

## 1.3 สถาบันทางสังคมที่สนับสนุนการพัฒนางานแพทย์ฉุกเฉิน

ทุกชุมชน ท้องถิ่นล้วนมีต้นทุนทางสังคม ซึ่งเข้ามามีส่วนและมีบทบาทสำคัญในการรับมือกับปัญหา ได้แก่ องค์กรทางสังคม เช่น หน่วยงานของรัฐในระดับตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. กลุ่มและชมรมแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้อาวุโส ระบบเครือญาติ และสถาบันศาสนา เป็นต้น ด้านการประชาสัมพันธ์รูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน การรับการอบรมการปฐมพยาบาล และช่วยฟื้นคืนชีพ การอบรมจิตอาสาฉุกเฉินชุมชน แสวงหาการสนับสนุนจากภายนอกชุมชน ท้องถิ่นได้พยายามระดมทุนในหลายรูปแบบ ทั้งระดมทุนจากภายในชุมชน เช่น กองทุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ช่วยเหลือผู้ยากไร้ด้วยโอกาส เป็นต้น

## 2. กระบวนการเรียนรู้ปัญหา การประสานพลัง

### 2.1 กระบวนการเรียนรู้ปัญหา

โดยทั่วไปผู้คนในชุมชนได้รับรู้ถึงการบริการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อต่าง ๆ อยู่บ่อยมาก จึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานการแพทย์ฉุกเฉินที่แท้จริง การลุกขึ้นมาเข้ามาพัฒนารูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง เกิดจากสาเหตุหลัก คือ

1) ในชุมชนมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเกิดผลกระทบรุนแรงจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดสมาชิกในครอบครัว ทำให้ง่ายที่จะสร้างความร่วมมือ

2) ชุมชนมีผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำตามธรรมชาติ มองเห็นปัญหาและมีวิสัยทัศน์ จึงทำโครงการที่เน้นการพัฒนาการบริการ การขยายงบประมาณงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ขึ้นมาด้วยการเสนอเข้าไปสู่คณะกรรมการหมู่บ้าน และมีการรณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจในงานการแพทย์ฉุกเฉิน

ไม่ว่าการเรียนรู้ปัญหาในเบื้องต้นจะเกิดขึ้นจากแบบใด แต่พื้นที่เทศบาลตำบลหนองผึ้งพยายามสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น ทั้งด้วยวิธีการพูดคุยในคณะกรรมการหมู่บ้าน การเปิดเวทีชาวบ้าน การขับเคลื่อนภาคประชาสังคมในหมู่บ้าน เพื่อผลของความตระหนักทั้งสิ้น จึงมองเห็นความจำเป็นของกระบวนการเรียนรู้นี้ ดังสะท้อนอยู่ในรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ทั้งนี้เพราะว่าชุมชนได้มองเห็นความสำคัญและมีความเข้าใจในกระบวนการทำงาน

### 2.2 การประสานพลัง

การประสานพลังในระดับหมู่บ้าน ของเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉิน เหตุผลคือการลงพื้นที่ของผู้วิจัย และการบริการของเจ้าหน้าที่ การเยี่ยมบ้านของภาคีเครือข่ายบริการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้ประชาชนมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ ทั้งรู้จักขั้นตอนของการบริการแพทย์ฉุกเฉิน การประสานพลังประชาชนในชุมชน ทำให้ง่ายที่จะชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม

3. ผลการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

3.1 ทูทางสังคมที่พัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง พบว่า ผู้นำที่เป็นทางการและแกนนำที่ไม่เป็นทางการ ได้เกิดการเรียนรู้จากการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างแกนนำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความสามัคคีของคนในชุมชนเอง ส่วนมากมองว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ เป็นปัญหาของชุมชนโดยรวมที่จะต้องร่วมมือกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งก็พบว่าการพัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป คือทางเลือก ทางออกที่สำคัญ

3.2 การเชื่อมโยงกิจกรรมกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ท้องถิ่น มีวิธีการที่หลากหลายและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จิตอาสาและผู้สูงอายุ ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ได้ออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ การรู้สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จากการร่วมกันประเมินผล สะท้อนออกมาว่าเป็นสิ่งที่ดี ประชาชนเห็นด้วยที่เอาประเด็นการบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกิจกรรมที่หลากหลายจะส่งผลต่อการบริการที่ดี มีประสิทธิภาพ

รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับแกนนำชุมชนของตำบลหนองผึ้ง สรุปประเด็นได้ดังนี้

1) การเกิดแนวคิดเรื่องการเคลื่อนไหวภาคประชาชน จากเดิมที่ประชาชนคิดว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นภารกิจของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ที่ต้องเข้ามาจัดบริการให้ฝ่ายเดียว กลายมาเป็นการจัดบริการของชุมชนที่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไข และพัฒนาารูปแบบ ตั้งแต่การเข้าร่วมกำหนดปัญหาในชุมชน ออกแบบรูปแบบบริการ พัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการสรุปบทเรียนที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า หากงานวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง แกนนำชุมชนที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัย และประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง จะสามารถให้ข้อเสนอและร่วมกันพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพราะผ่านการฝึกกระบวนการคิดและ การพัฒนาารูปแบบบริการ ดังนั้นการเน้นศักยภาพของชุมชน การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้คิดริเริ่มการแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่าง

สร้างสรรค์ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการในการแก้ปัญหา นั้นจะส่งผลให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ในชุมชน ท้องถิ่น ตามความพร้อมที่มีอยู่ เป็นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพของชุมชนในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาของชุมชนและชุมชนมั่นใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา

2) การเกิดทัศนคติบวกต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และประชาชน เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และประชาชน ผลของกิจกรรมทำให้เกิดความเข้าใจในรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การอยู่ร่วมกันในชุมชน การให้การช่วยเหลือตามสภาพทุนทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ทำให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาล กลุ่ม/องค์กรในชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

2. ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง โดยตั้งคำถามปลายเปิดให้ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์สามารถตอบตามที่ได้รับบริการและที่เห็นการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อย่างเต็มที่ กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และญาติที่เคยรับบริการงานการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง และกลุ่มนักเรียนโรงเรียนหนองผึ้งอายุวัฒนวิทยา (โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทั้งสอง จำนวน 100 คน เพื่อประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท หากมีข้อปรับปรุงแก้ไขใด ให้ได้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ก็จะดำเนินการให้ได้รูปแบบบริการที่ประชาชนต้องการ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน ท้องถิ่น ซึ่งสรุปได้ดังนี้

**ตารางที่ 11** แสดงความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บริการจากผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
1	<b>การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้ และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง</b>	
1.1	การพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยการรับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	
	1) เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ มีทักษะ สามารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกต้อง รวดเร็ว	45
	2) ได้รับองค์ความรู้ใหม่ สำหรับบริการให้ผู้สูงอายุ	20
	3) เพิ่มพูนความรู้ สร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการบริการ	10
	4) การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่บริการแก่ผู้สูงอายุดีขึ้น	10
1.2	สร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการซ้อมแผนบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	
	1) ผู้สูงอายุเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วขึ้น ไม่รีบร้อน ปลอดภัย	30
	2) เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญการบริการขึ้น มีความพร้อมบริการ เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุ	30
	3) เจ้าหน้าที่สามารถเข้าใจพื้นที่มากขึ้น เพราะลักษณะของพื้นที่แต่ละหมู่บ้าน มีความต่างกัน	25
	4) รองรับการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีปัญหาสุขภาพได้เป็นอย่างดี	5
1.3	การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลในการบริการให้ผู้สูงอายุ	
	1) ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการทราบขั้นตอนการบริการและช่วยเหลือผู้สูงอายุถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย	35
	2) เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการบริการ ให้บริการอย่างปลอดภัย และใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสม	25

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
1.4	3) การบริการแพทย์ฉุกเฉินไม่ใช่แค่ส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจการบริการ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องสื่อสารกัน เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประสานโรงพยาบาลกำหนดช่องทางด่วนให้ ผู้สูงอายุ	20
2	1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว เพราะโรงพยาบาล ได้รับการประสานเบื้องต้น	55
2.1	2) มีการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลที่รองรับบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง <b>การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับรองรับการให้บริการ แพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่</b>	25
2.1	การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	
1)	การรู้ประวัติการเจ็บป่วยทำให้การรักษารวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย	35
2)	เจ้าหน้าที่จะถึงจุดรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	15
3)	ลดขั้นตอน ลดเวลาในการซักถามประวัติทำให้การบริการและให้การรักษา ได้อย่างรวดเร็ว	15
4)	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีภาวะความจำเสื่อม หากซักถามจะล่าช้า การมีข้อมูล ไว้จะเป็นประโยชน์ในการบริการมาก	10
2.2	ทำแผนที่บ้านหรือที่อยู่(ซีเป้า)ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	
1)	แผนที่บ้านทำให้รู้พิกัดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการถึง จุดหมายได้อย่างรวดเร็ว	45
2)	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปฏิบัติงานได้สะดวกยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการ รวดเร็ว	40
2.3	การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของหน่วยบริการ	
1)	การแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลงานการแพทย์ฉุกเฉิน ควรเป็นโปรแกรมที่ เทศบาลพัฒนาขึ้นเอง จึงจะเหมาะสมกับการบริการและเป็นหลักฐานการ ทำงานที่ชัดเจน	30

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
	2) ประวัติข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใช้ประกอบการบริการ การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ รพ.สต. และ อสม.	30
2.4	3) ข้อมูลดังกล่าวสามารถเอื้อประโยชน์ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ใช้เป็นข้อมูลเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม	20
	1) ได้ข้อมูลที่แท้จริง ถึงสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมสำหรับรองรับการบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ	30
	2) ง่ายต่อการติดต่อ และเข้าให้บริการเพราะเจ้าหน้าที่มีข้อมูลอยู่แล้ว บริการผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว	25
	3) สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้สูงอายุ เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	15
	4) ให้คำแนะนำผู้สูงอายุ และญาติในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ลดการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉินได้	10
3	<b>การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับรองรับการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่</b>	
3.1	เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน จัดการอบรมหรือทำเอกสารชุดความรู้แก่ประชาชนในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	
	1) ประชาชนและผู้สูงอายุเข้าใจขั้นตอนการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	45
	2) ผู้สูงอายุ ญาติมีความรู้ เข้าใจในการปฏิบัติตนเวลาเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะรอเจ้าหน้าที่เข้าช่วยเหลือ	35
	3) เป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว	10
3.2	เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่	
	1) หากเกิดเหตุประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้าช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันที	25
	2) บางพื้นที่ในชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้ายาก ต้องใช้เวลา ประชาชนในพื้นที่สามารถช่วยเหลือปฐมพยาบาลได้	25



ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
	3) สร้างประสบการณ์ให้ตนเองและนำไปใช้หรือเผยแพร่ความรู้และทักษะได้	20
3.3	4) การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องรู้ มีทักษะไว้ เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่ม ของคณงานในสถานประกอบการ และนักเรียน นักศึกษา	15
	1) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ลดการ เจ็บป่วยได้	50
	2) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเป็นสร้างความรัก ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว	15
3.4	3) ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวและ ผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน ทำหลักสูตรและอบรมจิตอาสาฉุกเฉินดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน	5
	1) สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กรณีที่ลูกหลานต้องทำงานไม่สามารถ ดูแลได้	40
	2) การทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานแพทย์ฉุกเฉินกับจิตอาสาในการ ดูแลผู้สูงอายุ	20
3.5	3) สร้างความรู้การบริการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้อื่น เกิดความสามัคคีในชุมชน การอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองผึ้ง	15
	1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ ทราบวิธีการป้องกัน ดูแลตนเองเพื่อลดการเจ็บป่วย อย่างถูกต้อง	40
	2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติมีความรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เจ็บป่วย และรู้ วิธีการขอความช่วยเหลือหากเจ็บป่วยฉุกเฉิน	30
	3) การทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน แพทย์ฉุกเฉิน และ รพ.สต. รู้สึกอุ่นใจ	5

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
3.6	<p>การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเรื่อง “การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ”</p> <p>1) ผู้สูงอายุและญาติสามารถประเมินความเสี่ยงและป้องกันการหกล้ม ลดอัตราการเจ็บป่วย</p> <p>2) ผู้สูงอายุและญาติ ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและถูกต้อง</p> <p>3) หากมีการหกล้มก็สามารถปฏิบัติตนช่วยเหลือ และเรียกบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกต้อง</p>	55 20 10
<b>4</b>	<b>การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</b>	
4.1	<p>จัดทำคู่มือสุขภาพ “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ</p> <p>1) เป็นช่องทางที่สามารถสื่อสารให้ผู้สูงอายุ ญาติเข้าใจในการดูแลตนเองและการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>2) สื่อจะต้องทำให้ผู้สูงอายุ ญาติ ได้เรียนรู้ เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้</p> <p>3) การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงลดลง</p>	50 20 15
4.2	<p>จัดทำนิทรรศการเคลื่อนที่ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” สำหรับบูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น</p> <p>1) งานบริการแพทย์ฉุกเฉินเข้าถึงชุมชนได้ง่ายขึ้น จากการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในท้องถิ่นอย่างทั่วถึง</p> <p>2) ทำให้ประชาชน ชุมชน เข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและการบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างกว้างขวาง</p> <p>3) การได้รับข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง</p>	30 25 10
4.3	<p>อาสาสมัครหรือจิตอาสาให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง</p> <p>1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติ เข้าใจถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จัดบริการให้</p> <p>2) การดูแลอาสาสมัครและจิตอาสา มีทั่วถึงชุมชน สร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	35 30

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
4.4	งานการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเบื้องต้น) ให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน ในการแจ้งข้อมูลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนจะนำส่งโรงพยาบาล	
	1) ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยชัดเจน การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินก็จะรวดเร็ว	30
	2) ประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ป้องกันการเสียชีวิตและพิการของผู้สูงอายุ	25
	3) งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเรื่องส่วนรวมที่คนในชุมชน ท้องถิ่นต้องรู้ และขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	15
4.5	การใช้เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน สร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกผู้สูงอายุในครัวเรือน	
	1) ประชาชนได้ทราบข้อมูลอย่างทั่วถึงในการดูแลสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์ลดการเจ็บป่วย	45
	2) เป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย ในการบริการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่ต้องทำให้ต่อเนื่อง	30
4.6	การจัดทำป้ายรณรงค์ สติกเกอร์ สร้างความตระหนักป้องกันการเจ็บป่วยและการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	
	1) ประชาชนมีความรู้ดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บป่วยและรู้วิธีการขอรับบริการหากเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง	30
	2) คอยเตือนการปฏิบัติตัวของประชาชนและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	20
	3) เนื้อหาจะต้องชัดเจน เข้าใจง่าย น่าจดจำและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน	15
5	<b>ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</b>	
5.1	ระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ถึงงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง	
	1) เจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว	45
	2) เทคโนโลยีที่ใช้ง่ายต่อการปฏิบัติและนำไปใช้ เหมาะสมกับประชาชน	20
	3) สร้างความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแพทย์ฉุกเฉิน	10

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
5.2	เปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง	
	1) ไม่ต้องเสียเวลาโต้ตอบซักถามมากเวลาเรียกใช้ และสามารถสอบถามรายละเอียดต่างๆขณะส่งผู้ป่วยจากญาติ	45
	2) ผู้สูงอายุและญาติสามารถโทรติดต่อโดยตรง รวดเร็วเพราะเจ้าหน้าที่รู้พื้นที่	30
5.3	ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที (มหาชน) จำกัดมาใช้ร่วมกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “ระบบสายด่วนหัวใจ 1669”	
	1) ระบบนี้มีประโยชน์ในการร้องขอรับบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่ติดเตียง พร้อมญาติหรือผู้ดูแล	30
	2) การแจ้งเหตุในระบบนี้สร้างความสะดวก รวดเร็ว และความสบายใจของลูกหลานหลายผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วย	20
	3) เจ้าหน้าที่มีเครื่องมือที่สามารถให้บริการผู้สูงอายุอย่างทันเวลา การตอบรับที่ดีในการบริการจากประชาชน	20
<b>6</b>	<b>การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน</b>	
6.1	สร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	1) กลุ่ม/องค์กรชุมชน จะเชื่อมกันในชุมชน สามารถที่จะเข้าใจ เข้าถึง พัฒนา งานแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างดี	30
	2) เกิดการให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการให้ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขการบริการแพทย์ฉุกเฉิน	25
	3) การจัดระบบบริการงานแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่นควรเป็นในท้องถิ่นมากกว่าเป็นคนนอกฝ่ายเดียว	5
6.2	บูรณาการงานแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับจิตอาสาชุมชน	
	1) การทำงานร่วมกันดีมากเพราะจิตอาสาจะดูแลผู้สูงอายุปกติอยู่แล้ว หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรับบริการพร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์	40
	2) เรียนรู้การทำงานร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการบริการประชาชนด้วยจิตสาธารณะ	30

ลำดับ	ประเด็น/เนื้อหาความคิดเห็น	ร้อยละ
6.3	การค้นหาคูคณที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ ฉุกเฉิน	
	1) ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนมาเป็นจิตอาสาจะดีกว่าเพราะการทำงาน แบบนี้ต้องทำด้วยใจจริงๆ	35
	2) การสร้างเครือข่ายจิตอาสาฉุกเฉินชุมชนตอนนี้ก็ได้อยู่แล้ว	25
6.4	การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แบบสหวิชาชีพ ของหน่วยงานและหน่วย บริการในพื้นที่และกลุ่ม/องค์กรชุมชน	
	1) จะได้ช่วยดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จากการเห็นสภาพความเป็นอยู่และรู้ ปัญหาที่แท้จริง เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการหากเจ็บป่วย	35
	2) สร้างความรัก ความอบอุ่นให้กับผู้สูงอายุและญาติ ที่เจ็บป่วยอยู่บ้านหรือติด เตียง	20
	3) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีจำนวนมาก ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันดูแลใน พื้นที่หนองผึ้ง	15
6.5	ระดมทุนสำหรับการสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบล หนองผึ้ง ในการให้บริการประชาชนทั่วถึง	
	1) การระดมทุนเป็นเรื่องที่ดีแต่ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าเพื่ออะไร เช่น บางเรื่องที่เทศบาลไม่สามารถสนับสนุนหรือจัดหาให้ได้ เป็นต้น	30
	2) การรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่น การ ระดมทุนก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ทุกคนเป็นเจ้าของ	25
	3) ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาสการระดมทุนเพื่อ รองรับกลุ่มนี้ในอนาคต	20

จากตารางที่ 11 ได้แสดงผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบ  
บูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดเมืองกิ่งชนบท ที่  
ประชาชนได้รับ พบว่า

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้ และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่มีความรู้ มีทักษะ สามารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ร้อยละ 45 การสร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการซ่อมแผนบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินได้ รวดเร็วขึ้น ไม่รีบร้อน ปลอดภัย ร้อยละ 30 การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล ในการบริการให้ผู้สูงอายุทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการทราบขั้นตอนการบริการและช่วยเหลือผู้สูงอายุถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ร้อยละ 35 และ เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประสานโรงพยาบาลกำหนดช่องทางด่วนให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว เพราะโรงพยาบาลได้รับการประสานเบื้องต้น ร้อยละ 55

การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับรองรับการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การรู้ประวัติการเจ็บป่วยทำให้การรักษารวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ร้อยละ 35 แผนที่บ้านหรือที่อยู่(ซึ่เป่า)ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้รู้พิกัดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการถึงจุดหมายได้อย่างรวดเร็ว ร้อยละ 45 ในการเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง โปรแกรมการเก็บข้อมูลควรเป็นโปรแกรมที่เทศบาลพัฒนาขึ้นเอง จึงจะเหมาะสมกับการบริการและเป็นหลักฐานการทำงานที่ชัดเจน ร้อยละ 30 และ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม ได้ข้อมูลที่แท้จริง รองรับบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ ร้อยละ 30

การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับรองรับการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉินจัดการอบรมหรือทำเอกสารชุดความรู้แก่ประชาชนในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ประชาชนและผู้สูงอายุเข้าใจขั้นตอนการบริการแพทย์ฉุกเฉินและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 45 การให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่ หากเกิดเหตุประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้าช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันที ร้อยละ 25 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มของคณงานในสถานประกอบการ และนักเรียน นักศึกษา ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ลดการเจ็บป่วยได้ ร้อยละ 50 การอบรมจิตอาสาฉุกเฉินดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กรณีที่ถูกหลานต้องทำงานไม่สามารถดูแลได้ ร้อยละ 40 การอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ ทราบวิธีการป้องกัน ดูแลตนเอง

เพื่อลดการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ร้อยละ 40 และการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเรื่อง “การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ” ผู้สูงอายุและญาติสามารถประเมินความเสี่ยงและป้องกันการหกล้มลดอัตราการเจ็บป่วยได้ ร้อยละ 55

การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดทำคู่มือสุขภาพ “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ เป็นช่องทางที่สามารถสื่อสารให้ผู้สูงอายุ ญาติ เข้าใจในการดูแลตนเองและการช่วยเหลือเบื้องต้น ร้อยละ 50 การจัดทำนิตรรศการเคลื่อนที่ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” สำหรับบูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น งานการแพทย์ฉุกเฉินเข้าถึงชุมชนได้ง่ายขึ้น จากการร่วมกิจกรรมต่างๆในท้องถิ่นอย่างทั่วถึง ร้อยละ 30 อาสาสมัครหรือจิตอาสาให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทำให้เข้าใจถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดบริการให้ ร้อยละ 30 การให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน ในการแจ้งข้อมูลอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนจะนำส่งโรงพยาบาล หากข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยชัดเจน การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินก็จะรวดเร็ว ร้อยละ 30 การสื่อสารในชุมชนโดยใช้เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกผู้สูงอายุในครัวเรือน ข้อมูลในการดูแลสุขภาพทั่วถึงทันต่อเหตุการณ์ ลดการเจ็บป่วย ร้อยละ 45 การจัดทำป้ายรณรงค์ สติกเกอร์ สร้างความตระหนักป้องกันการเจ็บป่วยและการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ประชาชนมีความรู้ดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บป่วยและรู้วิธีการขอรับบริการหากเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง ร้อยละ 30

ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ถึงงานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว ร้อยละ 45 การเปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาติดต่อซักถามมากเวลาเรียกใช้ และสามารถสอบถามรายละเอียดต่างๆขณะส่งผู้ป่วยจากญาติ ร้อยละ 45 และหากใช้ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที (มหาชน) จำกัดมาใช้ร่วมกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “ระบบสายด่วนห่วงใย 1669” ระบบนี้มีประโยชน์ในการร้องขอรับบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่ติดเตียง พร้อมญาติหรือผู้ดูแลได้ ร้อยละ 30

การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชน กลุ่ม/องค์กรชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงใยสัมพันธ์กันในชุมชน ทำให้ชุมชนเข้าใจ เข้าถึง พัฒนางาน แพทย์ฉุกเฉินได้อย่างดี ร้อยละ 30 การบูรณาการงานแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับจิตอาสาชุมชน เกิดการทำงานร่วมกัน เพราะจิตอาสาจะดูแลผู้สูงอายุปกติอยู่แล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรับบริการพร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ ร้อยละ 40 สำหรับการค้นหาบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนมาเป็นจิตอาสาจะดีกว่าเพราะการทำงานแบบนี้ต้องทำด้วยใจจริงๆ ร้อยละ 35 การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง แบบสหวิชาชีพ ของหน่วยงานและหน่วยบริการในพื้นที่และกลุ่ม/องค์กรชุมชน ทำให้เห็นสภาพความเป็นอยู่และรู้ปัญหาที่แท้จริง เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการหากเจ็บป่วย ร้อยละ 35 และ การระดมทุนสำหรับการสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการให้บริการประชาชนนั้น ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าเพื่ออะไร มีเหตุผลในการระดมทุน เช่น เรื่องที่เทศบาลไม่สามารถสนับสนุนหรือจัดหาให้ได้ เป็นต้น ร้อยละ 30



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ กลุ่ม องค์กรชุมชนและประชาชนในพื้นที่สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท การศึกษาคั้งนี้จึงเริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง ฯลฯ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การนำรูปแบบไปทดลองใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ และผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท โดยหวังว่าการวิจัยครั้งนี้ จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมั่นใจกับรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชน ท้องถิ่น ภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท (พื้นที่เขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง) พบว่า ด้านสังคมการขยายตัวความเป็นเมืองเข้าสู่ชุมชน ท้องถิ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนอย่างรวดเร็ว มีประชาชนเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน โดยเฉพาะกลุ่มวัยแรงงาน ทั้งเป็นคนไทยและชาวต่างด้าว ทำให้ประชากรในพื้นที่มีทั้งประชากรจริง และประชากรแฝง นอกจากนั้นก็ยังเป็นกลุ่มข้าราชการ พ่อค้า ผู้ประกอบการ ซึ่งเข้าทำงาน และค้าขายในพื้นที่ และตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ การย้ายเข้ามาในลักษณะการเข้ามาซื้อบ้านจัดสรรในโครงการต่างๆ ทำให้มีโครงการหมู่บ้านจัดสรรเพิ่มขึ้นในตำบลหนองผึ้ง รวมทั้งหอพัก ห้องแถวสำหรับเช่า อาคารพาณิชย์ โรงงาน โรงแรม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้มีความหลากหลายความต้องการของประชาชน จึงเป็นภารกิจของทางเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องหาแนวทางหรือทางเลือกทางออกที่จะ

ดำเนินการแก้ไขปัญหา หรือจัดบริการต่างๆที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า โครงสร้างเศรษฐกิจของเทศบาลตำบลหนองผึ้งที่สำคัญคือ พาณิชยกรรม มีอาคารพาณิชย์ขยายพื้นที่มากขึ้น สถานประกอบการ โรงงาน หมู่บ้านจัดสรรในโครงการต่างๆ ทั้งตลาดสดในพื้นที่เทศบาลใกล้เคียง ได้แก่เทศบาลตำบลหนองหอย และเทศบาลตำบลยางเนิ้ง ประชาชนทั้งในเขตเทศบาลตำบลหนองผึ้ง และพื้นที่ข้างเคียงได้เปลี่ยนอาชีพจากอาชีพเกษตรกรรม ก็เปลี่ยนมาเป็นขายแรงงาน และค้าขาย สิ่งที่มาคือสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ปล่อยให้สมาชิกวัยสูงอายุอยู่บ้าน ขณะที่เส้นทางสัญจรที่สะดวก และตัดผ่านในพื้นที่หลายเส้นทางของผู้เดินทาง นักท่องเที่ยว ที่เข้ามาซื้อสินค้าและมาพักรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจรเพิ่มขึ้นจำนวนมาก

ด้านการปกครอง พบว่าจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครอง ภารกิจงานจำนวนมาก ถูกถ่ายโอนมาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่ของเทศบาล ในขณะที่ส่วนของการปกครองท้องถิ่นก็จะมีกำนัน และผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่ด้านการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้กับประชาชน และการพัฒนาชุมชนร่วมกับเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ทุกด้านที่เป็นปัญหาของชุมชน ท้องถิ่น และตอบสนองความต้องการของประชาชน

2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

2.1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

การเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ของตำบลหนองผึ้ง โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 16.45 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2564 ตำบลหนองผึ้งจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี เกิน 20% ของจำนวนประชากรทั้งหมด (งานทะเบียนราษฎร เทศบาลตำบลหนองผึ้ง, 2559) นั่นก็หมายความว่าตำบลหนองผึ้งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้น โดยจะพบว่าความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจ ภาวะทุพพลภาพ

และยังพบว่าผู้สูงอายุของตำบลหนองผึ้งมารับบริการด้านสุขภาพ จากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จำนวนเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 28.95 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับการรักษาพยาบาล ประจำปี 2559 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นในอนาคตต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง และศักยภาพของโรงพยาบาลในการรองรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่อ่อนแอและพิการจากความซับซ้อนจากโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บจากการหกล้ม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากญาติ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การลดลงของญาติใกล้ชิดที่จะดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ความตระหนักในสุขภาพของตนเอง ความคาดหวังและการรับรู้ต่อการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ ญาติและชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

2.2. การวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมหรือกระบวนการ (A-I-C) ร่วมกับแกนนำชุมชน เป็นการคืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของผู้สูงอายุ ให้แกนนำชุมชนระดมสมองแบบมีส่วนร่วม การระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ค้นพบความต้องการ ชีตจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ผลที่ได้เกิดจากทุกคนมีส่วนร่วม คิดตัดสินใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้ชุมชนได้เข้าใจสถานการณ์สภาพความเป็นจริงของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ความคาดหวังในอนาคตของการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และค้นหาวิถีและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวัง และรูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

2.3. การออกแบบระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความสำคัญที่จะต้องมีการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสมกับสภาพปัญหา การที่มีทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้าร่วมคิดหาแนวทาง และออกแบบการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของตนเอง ถือว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม เพราะเป็นกระบวนการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อพัฒนา ออกแบบการบริการโดยประชาชน โดยนำเอาผลการศึกษาศักยภาพและปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการวิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มาประกอบการออกแบบบริการ ทำให้เห็นภาพรวมของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ การเติมเต็มข้อมูลจากเจ้าหน้าที่กู้ชีพที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลต่างๆ ในอำเภอสารภี ที่ร่วมเสนอแนวทางการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สำหรับผู้สูงอายุ ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีคุณภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ตอบสนองความต้องการ และการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เทศบาล, รพ.สต., อสม. ถึงบ้าน ส่งผลต่อการบริการโดยไม่ต้องรอนาน การส่งต่อถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เปิดสายด่วนเรียกบริการเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการช่วยเหลือในเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งให้ความรู้และสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลของญาติ จิตอาสา หรือ อสม. หรือเพื่อนบ้านช่วยดูแล ตลอดจนกลุ่มแกนนำชุมชน ต้องการที่จะให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเครือข่ายระหว่างบุคคลากร ทีมสุขภาพและชุมชนครอบครัวมีส่วนร่วม ยึดหลักการบูรณาการการทำงานร่วมกันในพื้นที่ และงานแพทย์ฉุกเฉินจะต้องกำหนดนโยบายจากผู้บริหาร จึงจะทำให้ระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ในบริบทของชุมชนนั้นอย่างแท้จริง

2.4. การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นการนำรูปแบบที่ทางทีมออกแบบรูปแบบการบริการ มาเสนอให้แกนนำชุมชนเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อให้งานแพทย์ฉุกเฉินได้เข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัว มีการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุในบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมออกแบบรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างบูรณาการในพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขของการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคลากร เป็นการพัฒนาศักยภาพงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการเข้ารับการอบรมประจำปีทุกปี สร้างความพร้อมของบุคลากรโดยมีการซ้อมแผนการแพทย์ฉุกเฉิน และมีความเชี่ยวชาญในการลดช่องว่าง ในความคิดของเจ้าหน้าที่กับของประชาชน

2. ด้านระบบข้อมูล การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพและทำแผนที่ชี้เป้าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม Saraphi Digi Health ที่มีการพัฒนาใช้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกราย โดยใช้ร่วมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ “ระบบจัดการข้อมูลเบื้องต้นโมเดล” ที่สามารถใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และ

สภาพแวดล้อม ประเมินปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ควบคู่กับการทำแผนที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

3. การฝึกอบรม ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการให้บริการ ให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนใน ในกลุ่มของคณงานในสถานประกอบการ และนักเรียน นักศึกษา อบรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ทั้งให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และญาติเรื่อง “การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ”

4. การสื่อสาร จากคู่มือสุขภาพ นิทรรศการเคลื่อนที่ การโดยบูรณาการงานแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น ทั้งให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉิน ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่จะนำผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลการแจ้งอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อน และระหว่างนำส่งโรงพยาบาล การรณรงค์ ป้าย สติกเกอร์ สร้างความตระหนักในการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนการใช้เครื่องสื่อสารในชุมชน ได้แก่ เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน สำหรับสร้างความรู้ ความเข้าใจ การดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินของตนเอง สมาชิกในครัวเรือน และชุมชน

5. ระบบเทคโนโลยีรับแจ้งเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อการบริการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็วปลอดภัย โดยใช้ระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เทคโนโลยีที่สามารถแจ้งพิกัดของผู้ป่วย สัญญาณลักษณะที่ทำให้รู้จุดของการร้องขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ และใช้ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที (มหาชน) จำกัด คือ “ระบบสายด่วนหัวใจ 1669” ร่วมกับการบริการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง

6. การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชมรมกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรม อสม. กลุ่มสตรีแม่บ้าน สภาคเด็กและเยาวชน ฯลฯ ในชุมชน การทำงานแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับจิตอาสาชุมชนบูรณาการ และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แบบสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลสารภี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง ชมรม อสม. งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง

2.5. จากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้

บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งการนำรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้ และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการบริการแก่เจ้าหน้าที่ของแต่ละปี เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมร่วมกับจิตอาสา และ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง และทีมหมอครอบครัว ให้เข้าใจสภาพจิตใจ สภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การสร้างความพร้อมของบุคลากรโดยมีการซ้อมแผนการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทั้งรูปแบบซ้อมบนโต๊ะ และซ้อมลงพื้นที่จริง และโดยใช้ข้อมูลที่มีเหตุการณ์บ่อยที่สุดมาเป็นกรณีศึกษา เพราะแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันในความยากง่ายในการลงพื้นที่ การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการบริการให้ผู้สูงอายุ โดยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลอำเภอสารภี ในเรื่องต่างๆตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉินได้รับรู้ เข้าใจหลักการให้บริการของผู้เจ็บป่วย โดยเฉพาะความต้องการของผู้สูงอายุ และยังสามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่นที่ขอความช่วยเหลืออีกด้วย

2) การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพและทำแผนที่ชี้เป้าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม Saraphi Digi Health ที่มีการพัฒนาสำหรับใช้เก็บข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังมีข้อมูลที่จำเป็นอีกมากสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ใช้ประกอบกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เพราะโปรแกรมดังกล่าวใช้เก็บข้อมูลภาพรวมของประชาชนทุกกลุ่มอายุ สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความละเอียดพอที่จะใช้เป็นข้อมูลและสถิติ ที่จะนำไปพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้งจึงได้พัฒนาโปรแกรม “ระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล” สำหรับเก็บข้อมูลการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนทั่วไป และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การเก็บข้อมูลมี 3 ลักษณะ ได้แก่ การบริการประชาชนงานการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล และข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การรายงานผลการปฏิบัติงานของโปรแกรมระบบจัดการข้อมูลเอ็งผั่งโมเดล การประมวลผลรายงานออกมาเป็นข้อมูลรายละเอียดของโปรแกรม Excel และการแสดงข้อมูลออกมาในรูปของแผนภูมิกราฟ ประกอบกับแผนที่เดินดินของแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง เพื่อชี้เป้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ได้เห็นจุดของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน มีความพร้อมและเข้าถึงผู้รับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3) การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันในการอบรมประชาชนเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่ และการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มของนักเรียน นักศึกษา บุคลากรในสถานศึกษา และสถานประกอบการในพื้นที่ ในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ่ง และทีมหมอครอบครัว ได้ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันสูงและโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรัง ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองผึ่ง ดำเนินโครงการอบรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โรงเรียนหนองผึ่งอายุวัฒนวิทยา (โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองผึ่ง) ได้จัดหลักสูตรโดยให้งานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหลักสูตรหนึ่งที่มีการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างเครือข่ายการทำงานกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหนองผึ่ง

4) การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่น เกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน จากการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ่ง ชมรม อสม.ตำบลหนองผึ่ง ผู้นำชุมชนส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสื่อสารกับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ให้ข้อมูลและแจ้งข้อมูลอาการการเจ็บป่วยก่อนและระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล พร้อมขอช่องทางด่วนในการบริการที่รวดเร็ว นอกจากนี้ก็จะเป็นกิจกรรมประเภท จัดนิทรรศการงานการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในโรงเรียนหนองผึ่งอายุวัฒนวิทยา คู่มือสุขภาพ ป้ายรณรงค์ และสติ๊กเกอร์งานการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับสื่อบุคคล ได้แก่ ผู้นำชุมชนส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ สื่อที่มีอยู่ในชุมชน ท้องถิ่น ได้แก่ เสียงตามสาย หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน สำหรับประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในพื้นที่

5) ระบบเทคโนโลยีงานการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งเน้นระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็ว เพื่อให้เจ้าหน้าที่ไปถึงจุดเป้าหมายคือผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเวลาเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เทคโนโลยีที่สามารถแจ้งพิกัดของผู้ป่วย นอกจากการให้เบอร์โทรของศูนย์สั่งการ 1669 แล้ว ยังเปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยใช้โทรศัพท์มือถือที่มีหมายเลขเบอร์ที่สามารถติดต่อโดยตรง 087-1934466 สร้างความสะดวกให้กับประชาชน การใช้ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) โดยเข้าร่วมกับโครงการ “สายด่วนห่วงใย TOT 1669” ซึ่งทาง บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) ได้พัฒนาวางรากฐานนวัตกรรม “TOT Help Call Center” ที่พัฒนาร่วมกับสถาบัน

การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่รองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ที่ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง

6) การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชน และบูรณาการทำงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้นำท้องที่ กำนันและผู้ใหญ่บ้าน องค์กรภาคประชาชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชมรม อสม., กลุ่มสตรีแม่บ้าน ฯลฯ ในการบริการสาธารณะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในด้านการบูรณาการงานร่วมกับจิตอาสาชุมชน สำหรับการค้นหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อความเหมาะสม ควรเข้ามาในรูปจิตอาสาฉุกเฉิน สำหรับการมีส่วนร่วมโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบสหวิชาชีพ เพราะกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลหนองผึ้งเช่นเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลถึงการจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมของประชาชน และหนุนเสริมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน ท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมในรูปแบบการระดมทุน งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการระดมทุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส สามารถมาขอหรือยืมใช้ได้ เช่น เตียงผู้ป่วย รถวิลแชร์ เบาะกันแผลกดทับ ถังอ็อกซิเจน เป็นต้น รวมไปถึงการระดมทุนการช่วยเหลือผู้ป่วยยากจน ด้อยโอกาสที่เสียชีวิตโดยมีกองทุนโรงพยาบาลให้กับผู้ที่เสียชีวิต

2.6. การประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ได้พัฒนาขึ้นแบบมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาใช้ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทอย่างพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง จากการดำเนินการทดลองรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งสรุปได้ดังนี้

การจัดเวทีประชุมสัมมนาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนร่วม เป็นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์และประเมินรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสม ทำให้เกิดเรียนรู้จากการทำงาน ได้รับประโยชน์จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เหมาะสมกับประชาชน ครอบครัว และชุมชน ท้องถิ่น การร่วมคิดและร่วมตัดสินใจว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นปัญหาของท้องถิ่นและให้ชุมชน จึงทำให้เกิดการวางแผนและพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กำหนดความต้องการ



ในการบริการ ตลอดจนการร่วมกันวิเคราะห์บทบาทของแกนนำชุมชนที่มีความพร้อมในการสร้างเครือข่ายการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินงานตามรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ให้สำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับการเริ่มต้นของกระบวนการทำงานร่วมกัน การทำให้ผู้นำและแกนนำชุมชนได้เห็นข้อเท็จจริง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทราบผลกระทบที่จะมีต่อชุมชนร่วมรับรู้ ตระหนัก และสนใจในปัญหา แสดงถึงความเป็นเจ้าของ ทำให้รู้ถึงความเหมาะสมในการแก้ปัญหา ตรงกับความต้องการของชุมชน

ผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จากนำเสนอการศึกษาแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นในเวทีประชุมสัมมนาผลของการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบสามารถสรุปจากการประชุมครั้งนี้ ได้เน้นการพิจารณาในระดับท้องถิ่น โดยอธิบายได้ 3 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าต่างๆ เช่น สถานการณ์ปัญหา ศักยภาพความพร้อม และการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น กระบวนการบริหารจัดการที่ประกอบด้วยการเรียนรู้ปัญหา การประสานพลัง และผลของการดำเนินโครงการและผลกระทบต่อชุมชน ได้แก่ ทุนทางสังคมที่ใช้ในการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน การเชื่อมโยงกิจกรรมกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ท้องถิ่น การศึกษารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทครั้งนี้ ทำให้เกิดแนวคิดเรื่องการเคลื่อนไหวภาคประชาชน โดยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขและพัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การเข้าร่วมกำหนดปัญหาในชุมชน ออกแบบรูปแบบบริการ พัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการสรุปบทเรียนที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ทำให้เกิดการรวมกลุ่มที่จะให้ข้อเสนอและร่วมกันพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เป็นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพของชุมชนในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาของชุมชนและสร้างความมั่นใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา สำหรับในพื้นที่ได้เกิดทัศนคติบวกต่อผู้ที่เกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และประชาชน เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ญาติ และประชาชน ผลของกิจกรรมทำให้เกิดความเข้าใจในรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การอยู่ร่วมกันในชุมชน การให้การช่วยเหลือตามสภาพทุนทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น ทำให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาล กลุ่ม/องค์กรในชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

สำหรับผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จากความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติที่ได้รับบริการ จากรูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ประชาชนต้องการ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน ท้องถิ่น ซึ่งสรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่มีความรู้ มีทักษะ สามารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ด้านการจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้การรักษารวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย แผนที่บ้านหรือที่อยู่ (ซีเป้า) ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้รู้พิกัดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการถึงจุดหมายได้อย่างรวดเร็ว สำหรับการจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ประชาชนและผู้สูงอายุเข้าใจ ขั้นตอนการบริการแพทย์ฉุกเฉินและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และความรู้ด้านการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่ หากเกิดเหตุประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้าช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันที การสื่อสารในชุมชนเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากคู่มือสุขภาพ การจัดนิทรรศการเคลื่อนที่ การบูรณาการร่วมกับกิจกรรมโครงการอื่น การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารในชุมชน และการจัดทำป้ายรณรงค์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่ายขึ้น การใช้เทคโนโลยีในการแจ้งเหตุ ทำให้เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉินเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาโต้ตอบซักถามมาก เวลาเรียกใช้และสามารถสอบถามรายละเอียดต่างๆ ณะส่งผู้ป่วยจากญาติ การมีส่วนร่วมในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน มุ่งสร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้นำชุมชน กลุ่ม/องค์กรชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในชุมชน ทำให้ชุมชนเข้าใจ เข้าถึง พัฒนางานแพทย์ฉุกเฉินได้ดี การบูรณาการงานแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับจิตอาสาชุมชน เกิดการทำงานร่วมกัน เพราะจิตอาสาจะดูแลผู้สูงอายุปกติอยู่แล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเรียกรับบริการพร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ สำหรับการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแบบสหวิชาชีพของหน่วยงานและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และกลุ่ม/องค์กรชุมชน ทำให้เห็นสภาพความเป็นอยู่และรู้ปัญหาที่แท้จริง เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการหากเกิดเจ็บป่วย สำหรับการระดมทุนเพื่อสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการให้บริการประชาชน ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนและมีเหตุผลในการระดมทุน

## อภิปรายผล

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นการเรียนรู้และทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและแกนนำชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะการพัฒนารูปแบบมันบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆหรือตัวแปรต่างๆที่ปรากฏอยู่ในระบบ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการอธิบายความหมายรูปแบบของ ทิศนา แคมมณี (2550) ซึ่งการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งนี้ ได้พัฒนารูปแบบโดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ขั้นตอนสำคัญคือการพัฒนารูปแบบและการทดลองใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชม ศรีสะอาด (2535, หน้า 13) สำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสังคมปัจจุบัน ต้องถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและทุกคนต้องได้รับการเรียนรู้ เนื่องจากการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบการบริการสาธารณะ ที่ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยจัดให้มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ระบบแจ้งเหตุ การประสานงานสถานพยาบาล การลำเลียง และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลในเครือข่าย เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของศุภยรัตน์เรนทร (2545) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และรอดจากความพิการสูงขึ้น จากความสำคัญของการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยที่ทุกฝ่ายจะเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะแกนนำชุมชน ดังนั้นกระบวนการ PAR สามารถกระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของชุมชน และความต้องการของประชาชนในพื้นที่

ในขณะที่ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะสังคมเมือง หรือสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทพบว่าจำนวนประชากรวัยผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกระบวนการชรา (Aging process) ที่มีความซับซ้อน และมีความแตกต่างกันในแต่ละคนซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิต ความเครียด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการชราภาพนั้น ถือเป็นารเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เราไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขได้ อย่างไรก็ตามมักเกิดความเข้าใจผิดบ่อยๆ โดยคิดว่าการเปลี่ยนของร่างกาย

ตามกระบวนการชราภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เพื่อให้สามารถแยกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการชราภาพออกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดพยาธิสภาพของโรค ซึ่งสอดคล้องกับ Matteson (อ้างใน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557 หน้า 3)

การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงทำให้มีปัญหาเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคเรื้อรังหรือ โรคประจำตัว อันเกิดจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือ พันธุกรรม หรือ ความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย จากการคาดประมาณแนวโน้มประชากรทำให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อ่อนแอ และพิการ รวมทั้งผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ความต้องการบริการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตามจำนวนของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McConnel และ Wilson, Lowthian JA et al. (อ้างใน ณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ, 2559 หน้า 1) การรองรับกับปัญหาการเจ็บป่วยของสังคมผู้สูงอายุดังกล่าว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือว่าเป็นหน่วยงานของรัฐที่อยู่ในท้องถิ่น มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และมีหน้าที่จะต้องจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้เทศบาลตำบลมีอำนาจหน้าที่ในเรื่องการสาธารณสุข การอนามัย ครอบครัว และการรักษาพยาบาล ประกอบกับการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เห็นว่าเทศบาลตำบลย่อมรู้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นภาระหน้าที่ที่เทศบาลตำบลจะต้องจัดให้กับประชาชน

เพื่อรองรับกับสถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยของสังคมผู้สูงอายุ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการบริการแพทย์ฉุกเฉินที่หลากหลาย แต่การจัดบริการที่สอดคล้องกับสภาพบริบทของชุมชน ท้องถิ่นนั้น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนา ดังนั้นการแสวงหารูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น จะต้องมีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ตั้งแต่ เทศบาลตำบล แกนนำชุมชน กลุ่ม องค์กรต่างๆ และเกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันกับหน่วยงาน และสถานบริการของรัฐที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ เพราะการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเกิดความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการแสดงความคิดเห็น เมื่อมีผู้นำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาก็มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และจะเป็นพลังในการเข้า

มาพัฒนารูปแบบการบริการที่ดีที่สุด การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้ดำเนินการให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน 6 ขั้นตอน ตั้งแต่

- 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ
- 2) วิเคราะห์ชุมชนและบริบทพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ (A-I-C)
- 3) ออกแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 4) พัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 5) การนำรูปแบบไปทดลองใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 6) การประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

จากกระบวนการ 6 ขั้นตอน สอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (อ้างใน ทานตะวัน อินทร์จันทร์, 2546 หน้า 20) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วม เริ่มจากการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา การรับประโยชน์จากการดำเนินการ และการประเมินผลเมื่อเสร็จสิ้น และยังสอดคล้องกับ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557) ในการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม สอดคล้องกับ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ในการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสอดคล้องกับ อรรถวิทย์ โสแพทย์ และคณะ (2557) ในการศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตำบลหนองไทร อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งจากกระบวนการพัฒนาดังกล่าวจึงได้รูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าวมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งความรู้ และทักษะความชำนาญในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 2) การจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับรองรับการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่
- 3) การจัดฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับรองรับการบริการผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

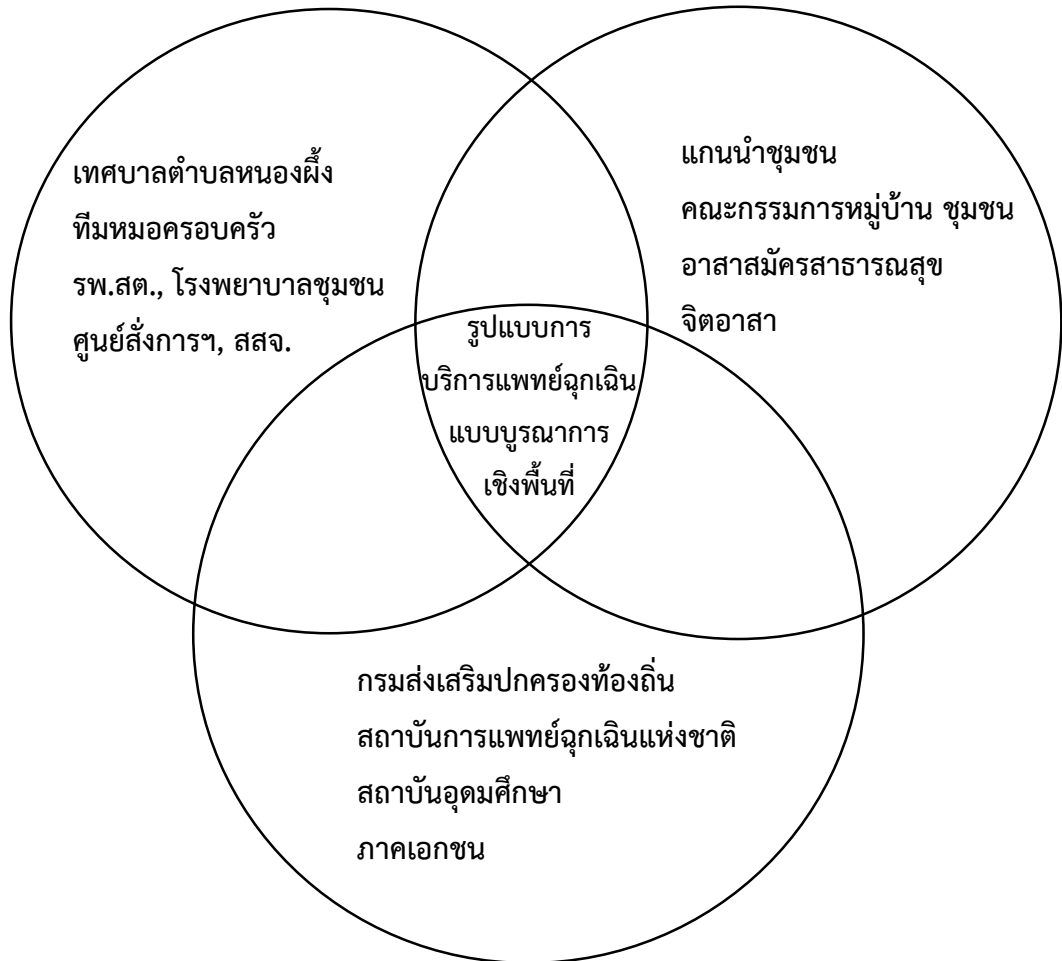
- 4) การสื่อสารในชุมชน ท้องถิ่นเกี่ยวกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 5) ระบบเทคโนโลยีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 6) การมีส่วนร่วมในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ซึ่งสอดคล้องกับ ประเสริฐ วศินานุกร (อ้างใน ณิชชาภัทร ชั้นสาคร, 2559 หน้า 17 – 19) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ถ้าระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ดี จะประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวที่ควรพิจารณา

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้เสริมสร้างการเรียนรู้ที่เน้นการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ข้อมูล เปิดโอกาสให้มีการระดมความคิดเห็นร่วมกับเพื่อที่จะทำให้ได้รูปแบบการบริการ โดยการมีส่วนร่วมและกระบวนการเชื่อมโยงสมาชิกในชุมชน เป็นการสร้างเครือข่ายที่จะช่วยรวมพลังขับเคลื่อนให้ชุมชน ให้งานการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลก้าวหน้าไปพร้อมๆ กับชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาและพัฒนา จนในที่สุดชุมชนท้องถิ่น ได้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ท้องถิ่นเอง

กระบวนการ PAR โดยใช้แกนนำชุมชน คณะกรรมการชุมชนหมู่บ้าน อาสาสมัคร จิตอาสา ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมกับยอมรับแนวความคิดหรือวิทยาการใหม่ ๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของคนเรามักจะยึดถือและปฏิบัติตามบรรทัดฐานของกลุ่ม ถ้าหากแกนนำชุมชนหรือคนที่เขายกย่องนับถือ ยอมรับว่าอะไรดี อะไรเป็นการกระทำที่สมควร เขาก็ล้าที่จะปฏิบัติตาม การใช้ PAR ในการพัฒนารูปแบบบริการจึงเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ประชาชนในชุมชนให้เขาเรียนรู้การทำงาน ในขณะที่เทศบาลตำบล เป็นหน่วยงานของรัฐในระดับท้องถิ่น ก็จะนำรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปหนุนเสริมการบริการประชาชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ทีมหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ศูนย์สั่งการจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ทำงานอย่างบูรณาการในพื้นที่ โดยมีกรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันอุดมศึกษา และภาคเอกชน ในการสนับสนุนทั้งทางด้านหลักคิด วิชาการ กฎระเบียบทางราชการงบประมาณ ฯลฯ ส่วนต่างๆที่กล่าวมาถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งมีบทบาทของหน่วยงานกลุ่มต่างๆในระบบสุขภาพชุมชน ในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ จะต้องใช้ชุมชนเป็นฐานตั้งเอากลุ่ม องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนเข้ามาร่วมมือ ที่เอื้อต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งขยายไปยังกลุ่มประชาชนเป้าหมายอื่นที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อรองรับการให้บริการ

ประชาชนและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในสังคมปัจจุบัน ดังสรุปเป็นแผนภูมิ ได้ดังนี้



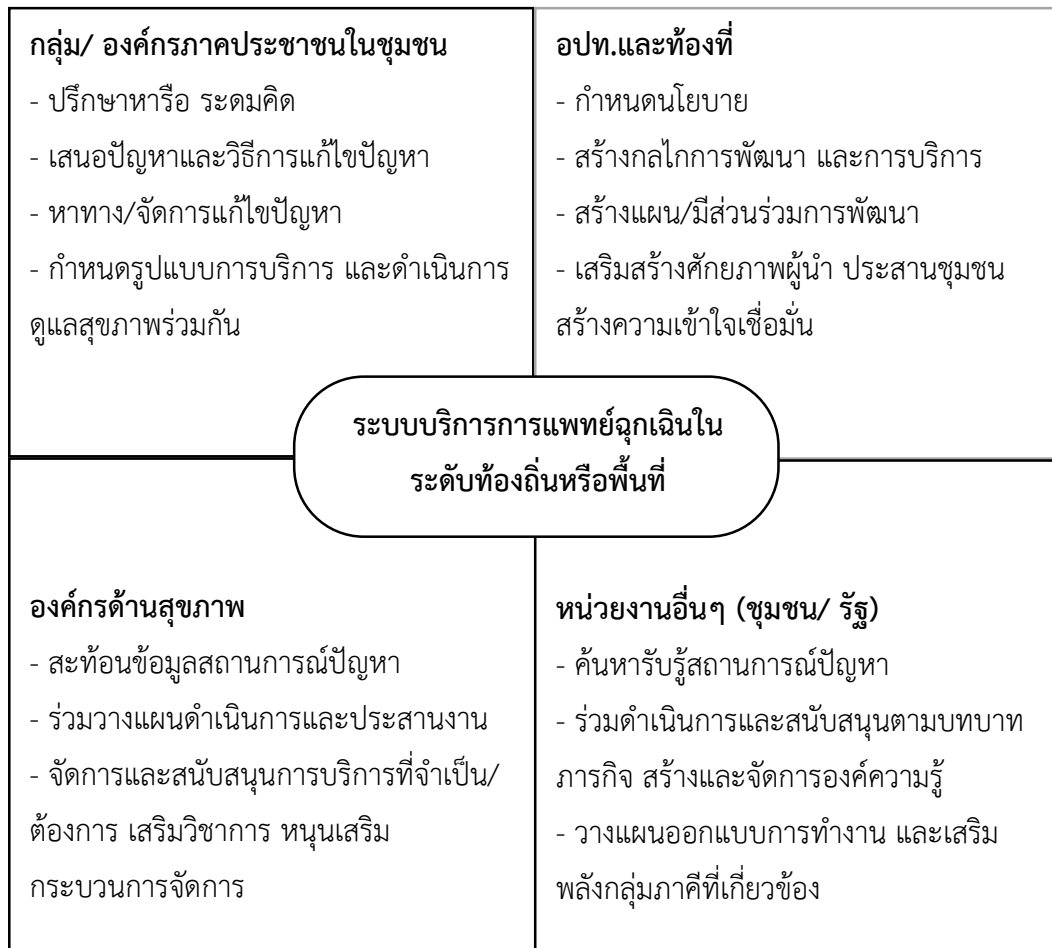
**แผนภูมิที่ 2** แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการ PAR (Participatory Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่

องค์ประกอบสำคัญในภาพทั้งองค์กรด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและท้องถิ่นที่กลุ่ม/ องค์กรภาคประชาชนในชุมชน ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ทั้งที่เป็นของชุมชนหรือภาครัฐต่างมีบทบาทร่วมกันที่จะดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของกลไกที่มี ทั้ง 3 ประเด็นคือกลไกการจัดการ กลไกการทำงานของคณะกรรมการ และกลไกการเงินที่มีอยู่ในท้องถิ่น ทั้งนี้ทุกภาคส่วนมีการทำงานร่วมกัน 3 ด้าน คือ

1) ร่วมกันจัดบริการและทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการบริการแบบมีส่วนร่วม

2) สร้างองค์ความรู้ และ

3) สร้างนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ครอบคลุมตั้งแต่การทำงาน ตั้งแต่ ควบคุมป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง การดูแลจัดระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการทำงานประชาชนกลุ่มอื่นของชุมชนและท้องถิ่น เหล่านี้ล้วนเป็นการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเชิงพื้นที่ เพื่อสุขภาวะของทุกคนในชุมชน ท้องถิ่น โดยแต่ละองค์กรภาคีอาจแบ่งบทบาทสำคัญได้ดังนี้



**แผนภูมิที่ 3** แสดงกลไกการทำงานและบทบาทของหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่



โดยสรุปกระบวนการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น มีขั้นตอนสำคัญในการทำงานแบบบูรณาการ ดังนี้

- กำหนดเป้าหมาย ความเข้าใจร่วม และข้อตกลงร่วมในการทำงานร่วมกัน โดยมีผู้นำที่ได้รับความไว้วางใจชัดเจน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สร้างความตั้งใจร่วมพัฒนา รวมทั้งความไว้วางใจกันและกัน
- จัดการความสัมพันธ์ บทบาทการทำงานของกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อต้องตัดสินใจอะไรร่วมกัน
- ทำความเข้าใจภารกิจบทบาท ความรับผิดชอบ ศักยภาพและข้อจำกัดในการทำงานของกันและกันตั้งแต่ต้น
- เปิดโอกาสในการพัฒนาบทบาทร่วมกัน ทั้งจากความต้องการของคนในและคนนอกชุมชน โดยให้แต่ละส่วนได้เห็นความดีของสิ่งที่เกิดขึ้นต่อชุมชนเป็นสำคัญ
- พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน หรือโครงการพัฒนาร่วมกัน โดยกำหนดบทบาท หน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านให้ชัดเจน
- สร้างการสื่อสารและรับรู้ ติดตามความก้าวหน้า การเรียนรู้ความสำเร็จ ความล้มเหลว และเห็นโอกาสการพัฒนาร่วมกัน พร้อมทั้งปรับปรุงงานใหม่ให้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

กล่าวได้ว่าการศึกษารูปแบบบริการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทครั้งนี้สามารถจัดบริการให้กับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเงื่อนไข ปัจจัยหลายด้าน ตั้งแต่การมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันแต่จะสอดคล้องและเชื่อมโยงซึ่งกันและกันได้ บทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจเรื่องระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้กับคนในชุมชน เป็นกระบอกเสียงที่จะทำคนในชุมชนได้รับรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างระบบแกนนำ/สร้างอาสาสมัครและเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ และที่สำคัญที่สุดคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ใช้กระบวนการพัฒนาระบบบริการ ในการหนุนเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายและงบประมาณเป็นเครื่องมือ เช่น การยกระดับการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น การทำนโยบายสวัสดิการสังคม การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และ สนับสนุนงบประมาณสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

## ข้อเสนอแนะ

การพัฒนา รูปแบบบริการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งจะเชื่อมโยงของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นภาคีความร่วมมือ จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีบทสรุปที่สำคัญมากมายที่เป็นข้อเสนอแนะดังนี้

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องจัดการบูรณาการการทำงานไปพร้อมกัน โดยเริ่มจากระดับชุมชนขึ้นมา มิใช่เริ่มจากนโยบายของรัฐบาลลงมาสู่ชุมชนแต่ฝ่ายเดียว ถ้าชุมชนและท้องถิ่นสามารถพัฒนาระบบการจัดบริการการได้ดี ประโยชน์ก็เกิดกับประชาชน

2. การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงท้องถิ่น ทำให้เกิดความเป็นธรรมชาติของสังคม ประชาชนจะได้รับการดูแลทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและทำให้ทุกคนได้รับสิทธิเสมอกัน ลดความเหลื่อมล้ำอันเป็นช่องว่าง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่าเทียมกันทุกกลุ่ม

3. การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น ถือว่าเป็นการเตรียมรับมือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและเร่งด่วนทุกด้าน ตั้งแต่การจัดการจัดสวัสดิการสังคม การรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังได้เตรียมการในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระบบที่ต้องอาศัยการดูแลและเกื้อกูลจากชุมชนเป็นหลัก

4. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในปัจจุบัน คือ ปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองและหัวใจ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินค่อนข้างสูง การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น จะต้องดำเนินการทั้งเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมและค่านิยมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง ด้วยบูรณาการการทำงานด้วยกลยุทธ์ที่เข้าถึงและเข้าใจในวิถีชีวิตวัฒนธรรมและรากเหง้าของชุมชน

5. การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบบริการสุขภาพในชุมชน/ท้องถิ่น การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดการตนเองคือทิศทางสำคัญ จึงต้องมีกฎหมายและระเบียบรองรับ สำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงาน ให้มีอำนาจการตัดสินใจและการจัดระบบบริการเพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นของตนเองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการตามบริบทของท้องถิ่น

6. การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น หากจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือระบบโรงพยาบาลที่มีความจำเป็นแต่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ดังนั้นหากพื้นที่พัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการป้องกัน (Prevention) การเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (pre-Hospital) และการส่งต่อที่ปลอดภัย (Refer system) ด้วยวิธีการและเครื่องมือทางสังคม ก็จะทำให้งบประมาณ กำลังคน และทรัพยากรต่างๆ ถูกนำมาใช้อย่างเหมาะสม

8. นโยบายระบบสุขภาพที่ท้องถิ่นเป็นผู้ริเริ่ม และผลักดันโดยอาศัยข้อมูลปัญหาและความต้องการตามบริบทของชุมชนและท้องถิ่นของตนเอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ย่อมตอบสนองความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น สามารถทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด จึงเป็นหลักประกันของความยั่งยืนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นในระยะยาว

#### **ข้อเสนอแนะการนำไปใช้**

##### **บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

(1) การทำงานจะต้องปรับทัศนคติและทักษะให้เข้ากับชุมชน โดยยึดการทำงานกับชุมชน ปรับบทบาทเป็น “ผู้จัดกระบวนการเรียนรู้” ให้ชุมชนในการคิด วิเคราะห์กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

(2) การเรียนรู้ร่วมกับชุมชน เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะการศึกษาชุมชนถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ถ้าหากข้อมูลไม่ดีพอก็จะไม่เห็นภาพรวมทั้งหมดของปัญหาและจะส่งผลต่อการดำเนินงานแพทย์ฉุกเฉินแบบแยกเป็นส่วน ๆ ขาดความคิดที่เชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

(3) ต้องมีความเชื่อมั่นศักยภาพของชุมชน และเชื่อว่าคนสามารถพัฒนาได้ คนทุกคนมีความสามารถ ซึ่งการร่วมพัฒนาต้องดำเนินการเสมือนตนเองเป็นคนในท้องถิ่นนั้นๆ

(4) การบริหารจัดการของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการที่ต่อเนื่อง ในกระบวนการพัฒนากลุ่ม/องค์กรชุมชนเพื่อที่จะสามารถสนับสนุนกลุ่ม/องค์กรชุมชนให้มีกระบวนการทำงาน และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

(5) การเรียนรู้ร่วมกันในการบูรณาการการทำงานของหน่วยงาน และกลุ่ม/องค์กรชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เหมาะสมอย่างเป็นกระบวนการและต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ

(6) กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการคือ บุคลากร หากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับการส่งเสริมปกครองท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบายพัฒนาด้านบุคลากร โดยมีหลักสูตรการศึกษาเพิ่มเติมจากสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข แล้วให้มีตำแหน่งทางวิชาชีพ เฉพาะที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะส่งต่อการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่นในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แสดงให้เห็นว่าประชาชนสามารถเข้าร่วมกระบวนการและแก้ปัญหาของตนเองได้ PAR เป็นกระบวนการที่สามารถสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ชุมชน ท้องถิ่น ช่วยให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา ตลอดจนร่วมลงมือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน ท้องถิ่นร่วมกันได้ ขณะที่นักวิจัยควรกำหนดบทบาทตนเองให้ชัดเจนก่อนเข้าชุมชน เรียนรู้ระบบคิดประชาชน แล้วปรับวิธีคิดและทัศนคติของตนเอง พร้อมทั้งเรียนรู้ร่วมกับประชาชน ถึงวิถีชีวิตและการแก้ปัญหา เพื่อให้เห็นความพร้อมแล้วจึงส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินเชิงพื้นที่ กระบวนการ PAR จะเอื้อประโยชน์ให้ประชาชนพัฒนาระบบบริการของตนเอง สร้างความพร้อมความสามารถในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ท้องถิ่นได้

สำหรับนักพัฒนา ข้อจำกัดของ PAR คือ การใช้เวลามากในการจัดกิจกรรมต้องมีความอดทนสูงที่จะรอคอยความพร้อมและการเปลี่ยนแปลงของชุมชน และเราไม่สามารถใช้กระบวนการ PAR ได้ทุกชุมชน เพราะข้อจำกัดด้านเวลาและกำลังคน แต่หลักการของ PAR จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากความต้องการของชุมชน ท้องถิ่น ดังนั้นหากนักพัฒนายึดหลักการของ PAR ในการทำงานกับชุมชนเพื่อเชื่อมโยงศักยภาพของชุมชน ท้องถิ่น การพัฒนานั้นก็จะเกิดประโยชน์และมีความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นอย่างแท้จริง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการทดลองนำรูปแบบไปใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของหลายฝ่าย หากจะมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยในรูปแบบการใช้เทคโนโลยี หรือนวัตกรรมที่สามารถจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างผสมผสาน โดยทดลองนำร่องศึกษาที่ต่อเนื่องระยะยาว ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ทั้งในรูปแบบดำเนินการเฉพาะพื้นที่และการดำเนินการแบบ

การบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)

2. จากประสบการณ์ในการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่าประชาชนในชุมชนเข้ามาร่วมกระบวนการคิด ตั้งคำถาม กำหนดแนวทาง และหาคำตอบอย่างเป็นระบบ และเรียนรู้จากการทำงานวิจัยที่เป็นเชิงปฏิบัติจริงๆ หากมีการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น (Community – Based Research) เพราะจะเป็นงานวิจัยที่มอง “กระบวนการ” ในฐานะ “เครื่องมือ” ที่จะเพิ่มพลัง (Empower) ชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ร่วมกันจัดบริการสุขภาพรวมทั้งบริการแพทย์ฉุกเฉินของตัวเอง เป็นทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นผลของการวิจัย คือคนและกลุ่มคน ที่เกิดขึ้นจากการที่ชุมชนมีกระบวนการวิจัยของตนเองเกิดความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้เป็นรูปธรรม

3. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้รูปแบบการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และการดำเนินการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นองค์ความรู้ที่ควรจะนำหลักคิดนี้ไปพัฒนารูปแบบระบบบริการและทดลองใช้ในชุมชนอื่น นอกเหนือจากสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทเท่านั้น

## บรรณานุกรม

1. กมล สูดประเสริฐ. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กระทรวงศึกษาธิการ, 2540.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.
3. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรศิริพงษ์, วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์, พัชรี วิจิจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม, 2557.
4. คัมภีร์ สุดแท้. การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2553.
5. เจริญศักดิ์ ปิ่นทอง. การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์,
6. ชญานิศ เขียวสด, สฤณี ผ่องแผ้ว, ไพจิตร วรรณจักร, ปิยะนุช เอกก้านตรง และ บังอร กล่ำสุวรรณ. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 2553.
7. ชูลีกร ตำนายุทธศิลป์ และสุรินทร กลัมพากร. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ฉบับพิเศษ ๘๔ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช: 99-108, 2554.
8. ณรงค์ วาริชล. การมีส่วนร่วมของกรรมการชุมชนในการพัฒนาเทศบาลสู่มืองน่าอยู่. กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบางพระ. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.
9. นิชชาภัทร ชันสาคา และคณะ. รายงานวิจัยการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559.
10. ทานตะวัน อินทร์จันทร์. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเทศบาลเมืองลำพูน. การค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.

11. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
12. อีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้าง ชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
13. นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2557.
14. บรรลุ ศิริพานิช. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2535.
16. ปัญญา ทองนิล. รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยการบูรณาการแบบสอดแทรกสำหรับนักศึกษาครูเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน. วิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัย ระดับปริญญาเอก มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2553.
17. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นที่. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), 2556.
18. ไพสิฐ พาณิชย์กุล. บทสังเคราะห์ระบบกฎหมายไทย เกื้อกูลหรือกีดกันการเข้าถึงระบบสวัสดิการของผู้ด้อยโอกาส. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โพธิ์เพชร, 2548.
19. ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. [ออนไลน์]. (2554, 20 กุมภาพันธ์). หน่วยกู้ชีพ. เข้าถึงได้จาก [http://www.cuga.chula.ac.th/Learn\\_Share/Other/Service\\_improvement.ppt](http://www.cuga.chula.ac.th/Learn_Share/Other/Service_improvement.ppt).
20. มนปรียา สุดโต. แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลป่าปอ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
21. มังกร ไกยแสง และ คุณ โทชนธ์. แนวทางพัฒนาระบบบริการของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลวังหินลาด. วารสารการบริหารท้องถิ่น ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2554), 2554.

22. เมธาวิณี ชุมทอง. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2558.
23. ยูพาพร รูปงาม. การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2545.
24. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง, เอกสารสรุปผลงานประจำปี 2558, 2559.
25. วิทยาชาติบัญชาชัย. กรอบแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น, 2545.
26. วิทยาชาติบัญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น, 2547.
27. วิทยาชาติบัญชาชัย และคณะ. ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครั้งที่1. ขอนแก่น : สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น, 2550.
28. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ ร.อ.หญิง ศิริพันธ์ สาสัตย์ พรทิพย์ มาลาธรรมและ จิณณ์สีธา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2557, 2557.
29. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ = Emergency management for the elderly. กรุงเทพฯ : สมาคมพฤตมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2557.
30. ศุภชัยเรนทร กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: บริษัท เจ. ที. ปริ้นต์ จำกัด, 2548.
31. สมชาย กาญจนสุด.คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ : สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548.
32. สมชาย กาญจนสุด. [ออนไลน์]. (18 กุมภาพันธ์ 2554). การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <http://ems.narenton.or.th/send/ems2/>, 2554.



33. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, รายงานประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.พีจิตร การพิมพ์, 2554.
34. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 44 (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551), 2552.
35. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวปฏิบัติสำหรับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทนิเวศรรวมการพิมพ์ประเทศไทย จำกัด, 2552.
36. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่, 2556.
37. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556
38. สุหนต์ ทั้งศิริ, ชุตินา นาคง, วาสนา เขียดชู. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 17 ฉบับเพิ่มเติม 2 (มีนาคม – เมษายน), 2551.
39. สุพรรณ ศรีธรรมมา. “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (พ.ศ.2549 – 2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี”. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องอุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 วันที่ 20 – 22 มิถุนายน 2549 ณ อิมแพคเมืองทองธานี. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
40. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
41. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. เอกสารประกอบการบรรยายเวทีถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล วันที่ 14 พฤศจิกายน 2549 ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2549.
42. อติศักดิ์ ผลิตผลผลิต, กิ่งแก้ว อุทุมชัย และ จิราวรรณ กล่อมเมฆ. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศที่พัฒนา. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

43. อรรถวิทย์ โสแพทย์ จตุพร เหลืองอุบล และ โกเมนทร์ ทิวทอง. การพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตำบลหนองไทร อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 พฤศจิกายน 2557 – กุมภาพันธ์ 2558
44. Bardo, J.W.; & Hartman, J.J. (1982). **Urban Sociology; A Systematic Introduction**.New York : Peacock.
45. Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D., & Gold, G. (2010). **Older patients in the emergency department: a review**. *Annals of emergency medicine*, 56(3), 261-269.

การประชุมวิเคราะห์ชุมชนและบริบทโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสарภี จังหวัดเชียงใหม่  
 โครงการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท  
 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เวลา 08.00 – 16.30 น.

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560

ลำดับ	กิจกรรม / เวลา	วัตถุประสงค์	วิธีการ	วัสดุ / อุปกรณ์	บทบาทวิทยากร
1	ทำความคุ้นเคยเบื้องต้น ( 15 นาที)	เพื่อสร้างความคุ้นเคย และสร้างบรรยากาศของความเข้าใจซึ่งกันและกัน	1.สมาชิกในกลุ่มใครมีบทบาทและมีประสบการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างไร?	-	1.นำการสนทนา 2.กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนอย่างทั่วถึง
2	ความคาดหวังต่อการประชุมของสมาชิก ( 15 นาที)	1.ให้สมาชิกแสดงความต้องการและความคาดหวังของตนในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้ 2.ผู้ดำเนินการได้รับทราบข้อมูล	1.ให้ทุกคนเขียนความคาดหวังและความต้องการของตนเองลงในกระดาษ 2.วิทยากรรวบรวมจัดหมวดหมู่ความคาดหวังของแต่ละคนลงในกระดาษปรีฟ	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรีฟ	1.ชี้แจง อำนวยความสะดวก 2.สรุปจัดหมวดหมู่ 3.ชื่นชม
3	สร้างพันธะสัญญาร่วมกัน ( 10 นาที)	สร้างข้อตกลงในการดำเนินกิจกรรมและการใช้ชีวิตร่วมกันตลอดการประชุม	1.นำการสนทนาถึงความจำเป็นในการมีกติกาในการอยู่ร่วมกัน 2.ให้ทุกคนเขียนกติกาที่ตนเห็นว่าจำเป็น 3.วิทยากรรวบรวมจัดหมวดหมู่กติกาของแต่ละคนลงในกระดาษปรีฟ	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรีฟ	1.ชี้แจง อำนวยความสะดวก 2.สรุปจัดหมวดหมู่ 3.ชื่นชม
4	จัดกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนบริบทสถานการณ์ปัญหาด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองผึ้ง ( 40 นาที)	เพื่อให้เกิดกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนบริบทสถานการณ์ปัญหาด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบมีส่วนร่วม ที่สอดคล้องกับสถานการณ์/ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	กำหนดประเด็นให้เกิดการแลกเปลี่ยนในกลุ่มคือ “ สถานการณ์/ปัญหาทางด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในอดีต ย้อนหลัง 5 ปี - ส่งผลดี และ - ผลเสีย การบริการอย่างไรบ้าง	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรีฟ	1.ชี้แจง อำนวยความสะดวก 2.สรุปจัดหมวดหมู่ 3.ชื่นชม

ลำดับ	กิจกรรม / เวลา	วัตถุประสงค์	วิธีการ	วัสดุ / อุปกรณ์	บทบาทวิทยากร
5	จัดกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน บริบทสถานการณ์ปัญหาด้าน บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบล หนองผึ้ง ( 40 นาที )	เพื่อให้เกิดกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน บริบทสถานการณ์ปัญหาด้านบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน แบบมีส่วนร่วม ที่ สอดคล้องกับสถานการณ์/ปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	กำหนดประเด็นให้เกิดการแลกเปลี่ยนในกลุ่ม คือ “ สถานการณ์/ปัญหาทางด้านบริการ การแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในปัจจุบัน - ส่งผลดี และ - ผลเสีย การบริการอย่างไรบ้าง	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรู๊ฟ	1.ชี้แจงทำความเข้าใจ อำนวยความสะดวก 2.สนับสนุนให้ทุกคนได้ แสดงออก 3.สรุปจัดหมวดหมู่ 4.ชื่นชม
6	การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในฝัน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในตำบลหนองผึ้ง ( 30 นาที )	1.ให้สมาชิกร่วมกันสร้างการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในฝัน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง	1.ให้สมาชิกแต่ละคนเขียนเสนอความคิดเห็น ของตนเองว่าเราจะร่วมสร้างการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในฝัน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงได้อย่างไร (คนเดียวเขียนก็ได้ ) 2.วิทยากรหลอมรวมความคิดเห็นของกลุ่ม แล้ว เตรียมนำเสนอในกลุ่มใหญ่ <b>ข้อควรระวัง</b> 1.ทุกคนเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น 2.สมาชิกที่เขียนไม่ได้วิทยากรช่วยเขียนจาก คำพูดที่เสนอ	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรู๊ฟ	1.ชี้แจงทำความเข้าใจ 2.สนับสนุนให้ทุกคนได้ แสดงออก 3.สรุปจัดหมวดหมู่ 4.ชื่นชม
7	กำหนดแนวทางการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในฝันสำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยจำแนก เป็นหมวดหมู่ที่สอดคล้องกับ สถานการณ์/ปัญหาที่เกี่ยวข้อง ( 40 นาที )	1.เพื่อให้ในที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดแนว ทางการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รองรับ การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 2.เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่รองรับการให้บริการ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	1.ผู้แทนกลุ่มออกมานำเสนอแนวทางการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของ กลุ่มให้กับที่ประชุมใหญ่ สมาชิกทุกคนร่วมกัน พิจารณา 2.วิทยากรสรุปแนวทางการบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนอง ผึ้ง	1.กระดาษขนาด 10 x 21 ซม. 2.ปากกาเมจิก 3.กระดาษปรู๊ฟ	1.ชี้แจงทำความเข้าใจ 2.สนับสนุนให้ทุกคนได้ แสดงออก 3.กำกับให้เป็นไปตามกติกา ที่วางไว้

## แบบสัมภาษณ์จากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังกัดมกมกเมืองกิ่งชนบท

### 1. บุคลากร

- 1.1. การพัฒนาเจ้าหน้าที่งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการเข้ารับการอบรมฟื้นฟูด้านการแพทย์ฉุกเฉินประจำปีทุกปี
- 1.2. การสร้างความพร้อมของเจ้าหน้าที่โดยมีการซ้อมแผนการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุโดยใช้ข้อมูลที่มีเหตุการณ์บ่อยที่สุด
- 1.3. การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล ในการบริการให้ผู้สูงอายุ เรื่อง
  - โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
  - การประเมินการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง
  - การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุรวดเร็วปลอดภัย และใช้อุปกรณ์อย่างเหมาะสม ไม่รับอันตรายเพิ่ม
  - การแนะนำตัวเอง การให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ปลอดภัย ให้กำลังใจแก่ญาติและผู้สูงอายุ ของเจ้าหน้าที่
  - อื่นๆ ถ้ามีช่วยระบุ
- 1.4. การนำส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลจะต้องประสานโรงพยาบาลในการกำหนดช่องทางด่วนให้ผู้สูงอายุ

### 2. ระบบข้อมูล

- 2.1 การสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จะทำให้ขั้นตอนการใช้เวลาในการสอบถามข้อมูลต่างๆ ของเจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลลดลง ทำให้การให้บริการที่รวดเร็วมากขึ้น
- 2.2 ทำแผนที่บ้านหรือที่อยู่(ซีเป้า)ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ช่วยให้เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล เข้าให้บริการได้อย่างรวดเร็ว ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 2.3 การเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาล โดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น
  - 1) โปรแกรมบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(Saraphi Digi Health)
  - 2) โปรแกรมการเก็บข้อมูลของงานการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลที่พัฒนาขึ้นเอง ที่เหมาะสมการบริการ

2.4 การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม พร้อมทั้ง  
การทำแผนที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

### 3 การฝึกอบรม

- 3.1 เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ่ง จัดการอบรมหรือทำเอกสารชุด  
ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชนในการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน
- 3.2 เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ่ง ให้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาล  
การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ประชาชนในพื้นที่
- 3.3 เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ่ง ให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม  
เสี่ยง ในกลุ่มของคณงานในสถานประกอบการ และนักเรียน นักศึกษา
- 3.4 เจ้าหน้าที่งานการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ่ง ทำหลักสูตรและอบรมจิตอาสา  
ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 3.5 การอบรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลหนองผึ่ง “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ
- 3.6 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติเรื่อง “การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ”

### 4 การสื่อสาร

- 4.1 จัดทำคู่มือสุขภาพ “การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคที่พบบ่อย” ในผู้สูงอายุ
- 4.2 จัดทำนิตยสารเคลื่อนที่ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” สำหรับบูรณาการร่วมกับกิจกรรม  
โครงการอื่น
- 4.3 อาสาสมัครหรือจิตอาสาให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินใน  
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
- 4.4 งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กู้ชีพเอ็งผึ่ง) บูรณาการกิจกรรมร่วมกับโครงการอื่น  
พบปะและให้ข้อมูลและความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะการแจ้งข้อมูลอาการ การ  
เจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนจะนำส่งโรงพยาบาล
- 4.5 การใช้เสียงตามสาย หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ  
ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครัวเรือนโดยเฉพาะที่มีผู้สูงอายุอยู่  
ด้วย
- 4.6 การจัดทำป้ายรณรงค์ สติ๊กเกอร์ สร้างความตระหนักในการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

### 5 ระบบเทคโนโลยี

- 5.1 การพัฒนาระบบแจ้งเหตุที่รวดเร็วจากบ้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ถึงงาน  
การแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ่ง คือกู้ชีพเอ็งผึ่ง

- 5.2 หากมีเทคโนโลยีที่สามารถแจ้งพิกัดของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีสัญญาณลักษณะที่ทำให้รู้จุดของการร้องขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 5.3 การเปิดช่องทางด่วนเฉพาะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง เช่น เปิดเบอร์โทรเฉพาะงานการแพทย์ฉุกเฉิน
- 5.4 หากใช้ระบบแจ้งเหตุของ บริษัท ทีโอที (มหาชน) จำกัดมาใช้ร่วมกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “ระบบสายด่วนหัวใจ 1669” เช่น หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเจ็บป่วยฉุกเฉินที่บ้าน สามารถกดปุ่มบนโทรศัพท์ที่เทศบาลจัดไว้ให้ แล้วสัญญาณก็จะมาดั่งที่หน่วยกู้ชีพหรืองานการแพทย์ฉุกเฉิน

## 6 การมีส่วนร่วม

- 6.1 สร้างเครือข่ายผู้นำชุมชนด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชมรมกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรม อสม. กลุ่มสตรีแม่บ้าน สภาเด็กและเยาวชน ฯลฯ
- 6.2 บูรณาการงานร่วมกับจิตอาสาชุมชน
- 6.3 การค้นหาบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในพื้นที่ ในการขยายงานการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ร้านขายยาในพื้นที่ เป็นต้น
- 6.4 การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง แบบสหวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลสารภี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผึ้ง คลินิกหมอครอบครัว ชมรม อสม. งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลหนองผึ้ง ฯลฯ
- 6.5 ระดมทุนสำหรับการสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเทศบาลตำบลหนองผึ้ง ในการรองรับกับการให้บริการประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง