

การพัฒนาแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุใน
เขตลุ่มน้ำแม่ต๋ำ จังหวัดพะเยา

Development of Participation Prehospital Care Model for Aging
in Mae Tum Stream, Phayao Province

ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และสมคิด จูหว่า

Taweewun Srisookkum and Somkid Juwa

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Faculty of Medicine, University of Phayao

Received: August 14, 2018

Revised: December 3, 2018

Accepted: December 3, 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของสติงเกอร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 205 คน คนได้แก่ กลุ่มผู้สนับสนุน กลุ่มนักปฏิบัติ และกลุ่มนักวิจัยในชุมชนและจากมหาวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลจาก เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสำรวจ การทำเวที การปฏิบัติหลังกิจกรรม การประเมินผลแบบเสริมพลัง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการจัดกลุ่มแนวคิด และ Freelist analysis ความถี่ การจัดอันดับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน PNI^{modified}, paired t-test ผลการวิจัยพบว่า แบบนี้นี้ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ (1) ด้านโครงสร้าง ชุมชนเป็นบริบทชุมชนชนเขตลุ่มน้ำที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีทุนทางบุคคลด้านสุขภาพและการเมือง ซึ่งมีทุนทางปัญญาในชุมชนและหน่วยบริการด้านสุขภาพภายนอกชุมชนที่เป็นรากฐาน (2) ด้านกระบวนการประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักคือ การขัดเกลาทางสังคมที่มีฐานมาจากบริบทของชุมชน กระบวนการประสานงานเป็นทางการมากกว่าเป็นทางการ การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของทุนทางบุคคลในหน่วยงานชุมชน (3) ด้านการประเมินผลโดยการปฏิบัติหลังกิจกรรม และการประเมินผลแบบเสริมพลัง ผลที่ได้จากกระบวนการพัฒนารูปแบบนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความรู้ การรับรู้และความคาดหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยควรได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดมาตรการการวางแผนงานการจัดบริการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล, การมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This action research is based on Stringer Concept which aims to develop a model of participation prehospital care for ageing. Two hundred and five participants were comprised of three groups: supporters, practitioners and researchers who were community and academic researchers.

Data collection used in-depth interviews, observation, surveys, forums, after action reviews and empowerment evaluations. Data were analyzed by domain analysis, free list analysis, frequency, rank, mean, standard deviation, PNI modified and paired t-test. Research findings showed that the model of pre-hospital care of participation for aging were comprised of three components as follows: (1) social structures in the context where there was a river basin which had a reciprocal and kinship community; human capital was composed of people who were health personnel, political personnel, community organizations, and other intellectual capital inside and outside of the community (2) socialization process based on context, likely formal organizations, supporting and participation of human capital and community organizations and (3) evaluations which were conducted after action reviews and empowerment evaluations. The result of process model lead to construct prehospital care activities for aging which built on participants to significantly increase their knowledge, perceived self-efficacy and outcome expectations at <0.001 . Stakeholders should take these research results to set up measurement, planning and construct pre-hospital care activities for people in the study area.

Keywords: prehospital care model, participation, aging



บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดว่า ในปี 1970 ถึงปี 2025 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 223 จาก 694 ล้านคนเป็น 1.2 พันล้านคนปี 2025 และคาดว่า ปี 2050 จะมีประชากรสูงอายุในโลกประมาณ 2 พันล้านคน (World Health Organization, 2002) สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุในโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ดังรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 ที่ (Chunharassame, 2009) พบว่า ในปี พ.ศ.2503 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าตัวคือประมาณ 7.6 ล้านคนในปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากร

รายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้เรียกใช้บริการมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าจำนวนผู้ที่เรียกใช้บริการฉุกเฉินในปี 2547 จำนวน 64,996 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 1,241,267 รายหรือเพิ่มประมาณ 19.4 เท่าในปี พ.ศ. 2553 จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่อยู่ภาคเหนือตอนบน

ซึ่งเป็นจังหวัดที่เป็นสังคมสูงอายุเช่นเดียวกับประเทศไทย โดยพบว่ามีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 13.31 ในปีพ.ศ. 2554 เมื่อจำแนกตามรายตำบลพบว่าพื้นที่ศึกษามีประชากรสูงอายุมากที่สุดพบร้อยละ 22.25 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศและจังหวัดพะเยา

ผลตามมาจากการมีจำนวนผู้สูงอายุคือระบบบริการสุขภาพต้องเปลี่ยนแปลงไป ภาครัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุอันเกิดจากโรคไม่ติดต่อ การพลัดล้ม และโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ Keskinoglu et al. (2010) ระบุว่า จำนวนผู้รับบริการฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โรคที่ผู้สูงอายุมารับบริการฉุกเฉินที่ตึกฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการแพทย์และการบาดเจ็บ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ระบุว่ากลุ่มอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะ Stroke โรคความดัน เบาหวาน มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งโรคเหล่านี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทั้งสิ้น

แนวทางการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง "มีส่วนร่วม" ในการดูแลสุขภาพสุขภาพผู้สูง

อายุ จึงนับว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” หรือ “พลฒพล้ง” ที่เรียกว่า Active Aging ได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะก่อนนำส่งสถานพยาบาล ด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่ มุ่งเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ กระตือรือร้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002)

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีรูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลโดยองค์การบริหารส่วนตำบล โดยเทศบาลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล โดยนักวิจัยทำการสังเคราะห์รูปแบบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการทำเวทีผู้ที่เกี่ยวข้อง (Laohasiriwong, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการพัฒนารูปแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินในการดูแลดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้แนวคิดของการใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based action reserch) โดยให้ความสำคัญต่อการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉิน (Chaleekrua et al., 2011) ในขณะที่ประเทศออสเตรเลีย รัฐวิคตอเรีย มีรายงานเกี่ยวกับการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีโครงสร้างองค์กรคือกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล มีการจัดตั้งกลุ่มที่เรียกว่า Community Reference Group กลุ่มนี้จะมีผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่เรียนรู้ในการช่วยชีวิตคนเจ็บป่วยฉุกเฉินในเขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล และยังทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอิสระที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลในการทำหน้าที่ช่วยชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (Rural Ambulance Victoria, 2007)

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าจะมีการพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล แต่เป็นรูปแบบการจัดการในกลุ่มอาสาสมัคร และเป็นรูปแบบตามพื้นที่หน่วยงานราชการ แม้ว่าจะมีรายงานรูปแบบก่อนนำส่งสถานพยาบาลแต่งงานวิจัยและรายงานที่ผ่านมามีได้ นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ สติงเกอร์ (Stringer,

2007) มาใช้ ทำให้ผู้วิจัยต้องการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ที่แตกต่างจากองค์ความรู้เดิม คือการให้ความสำคัญกับ “การมีส่วนร่วม” โดยให้ความสำคัญกับ “ชุมชน” ในฐานะที่เป็นหน่วยหนึ่งของสังคมซึ่งมีคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องทุกระดับทุกภาคส่วน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา “การพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ”

สำหรับงานวิจัยนี้ได้นำแนวคิดของ สติงเกอร์ มาเป็นฐานคิดสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ทั้งนี้เพราะแนวคิดของ สติงเกอร์ ได้ถูกพัฒนามาจากการปฏิบัติจริงในชุมชนในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในการปัญหาในระดับท้องถิ่น โดยได้คำนึงถึงบริบทของชุมชนที่เป็นอยู่จริง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทชุมชนและสภาพของพื้นที่ศึกษาของการวิจัยนี้ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังได้ประยุกต์เทคนิคที่หลากหลายเป็นแนวคิดที่เป็นฐานในการพัฒนางานวิจัยนี้ ได้แก่ (1) ประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) มาใช้เพื่อที่จะทราบต้องการด้านการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลของชุมชน (Wongwanich, 2005) ก่อนที่จะนำผลมาการประเมินความต้องการจำเป็น (2) เทคนิคการปฏิบัติหลังกิจกรรม (After Action Review -- AAR) เป็นกระบวนการเรียนรู้ระหว่างการทำงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานกิจกรรมหรือโครงการเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทันที AAR เป็นวิธีในการเรียนรู้ที่สามารถใช้ได้ทั้งปัจเจกและทีมไม่ว่าจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว และที่สำคัญเป็นกระบวนการเรียนรู้ของทีม การไว้น้ำใจเชื่อใจ และการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันทีม (Collison & Parcell, 2002) และ (3) การประเมินผลแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) ที่สามารถมีส่วนร่วม ประชาธิปไตยที่คนในท้องถิ่นได้นำความรู้มาแลกเปลี่ยนกันในการประเมินโครงการส่งผลต่อการยกระดับโครงการให้ดีขึ้นด้วยการสร้างกลยุทธ์ในการปรับปรุงกิจกรรม (Fetterman & Wandersman, 2005) มาใช้ในการวิจัย

สำหรับงานวิจัยนี้ มุ่งหวังที่จะสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัย โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ทั้งนักวิจัยในชุมชน ผู้นำ ผู้บริหารร่วมกับอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยและนิสิตในคณะแพทยศาสตร์ให้เกิดขึ้นในสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ

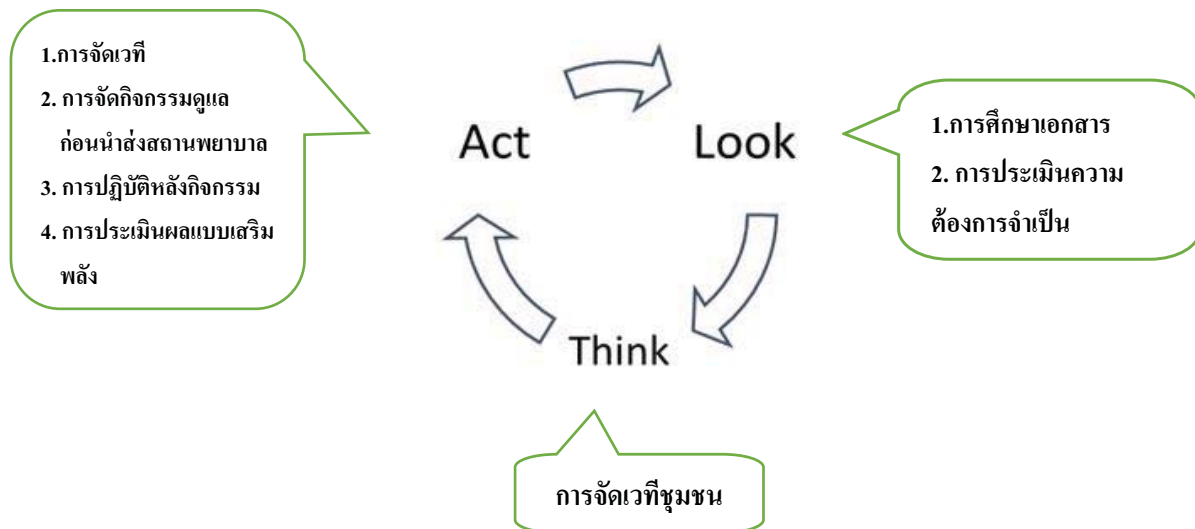
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชน การดูแลฉุกเฉินใน

ชุมชนและการนำส่งก่อนสถานพยาบาล

2. เพื่อระบุความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินในชุมชนและการนำส่งก่อนสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ก่อนการดำเนินการวิจัยทีมวิจัยได้ทำการขอจริยธรรมในการวิจัยจาก จาภมหาวิทยาลัยพะเยาและได้รับการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยแบบเร่งรัด แล้วได้ดำเนินการวิจัยใช้แนวคิดของ สตริงเกอร์ (Stringer, 2007) เป็นฐานในการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพินิจพิเคราะห์ (look) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เป็นพบเห็น ผู้วิจัยทำการประชุมทีมนักวิจัยและนักวิจัยชุมชน ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารทางราชการ และจากการสอบถามอย่างเป็นทางการกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยทีมนักวิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกความต้องการจำเป็นในการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลในกลุ่มผู้สนับสนุนเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงรวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน โดยใช้ แนวคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนและ

แนวคำถามเกี่ยวกับการประเมินความต้องการจำเป็นการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ หลังจากได้ข้อมูลกลุ่มนักวิจัยทำการสำรวจเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการสำรวจในกลุ่มตัวแทนหลังคาเรือนในชุมชนคำนวณขนาดตัวอย่างจำนวน 147 คน โดยใช้แบบสำรวจความต้องการจำเป็น ผลที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อนำเสนอการประชุมในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์ (think) ในขั้นตอนนี้ใช้ข้อมูลจากขั้นตอนการพินิจพิเคราะห์มาจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้สนับสนุนจำนวน 5 คน ตัวแทนกลุ่มผู้ปฏิบัติ 5 คนและกลุ่มนักวิจัยจำนวน 10 คน รวม 20 คน ผลที่ได้นำมาสู่ขั้นตอนปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ (act) ในขั้นตอนนี้

ดำเนินการกิจกรรม (1) จัดเวทีกลุ่มที่เกี่ยวข้องจำนวน 40 คน เพื่อกำหนดมีกิจกรรมการดูแลก่อน

นำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (2) การทำกิจกรรม การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชนจำนวน 33 คน (3) ประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถาน พยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

- การประเมินผลของกิจกรรมกลุ่มที่เข้าร่วม กิจกรรม 3.2 จำนวน 33 คนโดยให้กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม ทำแบบทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมอาสาสมัคร ฉุกเฉินก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

- การปฏิบัติหลังกิจกรรม ดำเนินการเมื่อกิจกรรม สิ้นสุดทันทีในกลุ่มที่กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 33 คน โดยมีขั้นตอนในการทำกิจกรรมในการตั้งคำถามหลัก 4 ข้อ คือ (1) คาดหมายว่าอะไรจะเกิดขึ้น (2) อะไรจะเกิดขึ้น จริง (3) ทำไมจึงเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหมาย (4) ได้เรียนรู้อะไร จะทำอะไรต่อไปในอนาคต จะดำรงจุด แข็งและปรับจุดอ่อนอย่างไร ผลที่ได้จาก AAR จะทำให้ได้ ชุดข้อเสนอการปฏิบัติต่อไป (Specific Action Recommendations -- SARs)

- การประเมินผลแบบเสริมพลัง ดำเนินการหลัง จากที่โครงการนี้สิ้นสุดไป 3 เดือน โดยถอดบทเรียนใน กลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมวิจัยทุกภาคส่วน จำนวน 10 คน ซึ่งประยุกต์ใช้ “The Three Steps Approach” เข้ามา จัดกระบวนการกลุ่มระหว่างตัวแทนทุกภาคส่วนของผู้เข้า ร่วมวิจัยมีนักวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ขั้นตอนดำเนินการขั้นตอนที่ 1 กำหนดภารกิจ (mission) ขั้นตอนนี้ผู้อำนวยความสะดวกให้ชุมชนคนในโครงการได้อธิบายถึงกิจกรรมในโครงการวิจัยนี้ว่ามีอะไรบ้าง จากนั้น ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบต้นทุน (taking stock) ซึ่ง เป็นการประเมินตนเองของกลุ่ม โดยพิจารณาจากกิจกรรม ในโครงการวิจัยโดยใช้การประชุมกลุ่มเป็นหลัก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ (1) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ที่ได้ทำร่วมกันไป (current activities) หลังจากจัดลำดับ ความสำคัญในแต่ละกิจกรรมแล้ว ผู้อำนวยความสะดวกเปิด โอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนโดยให้สมาชิกแต่ละคนอธิบาย เหตุผล เมื่อครบทุกกิจกรรมแล้วผู้อำนวยความสะดวกสรุป ผลการจัดลำดับอีกครั้งหนึ่ง (2) การประเมินตนเอง ผู้อำนวยความสะดวกเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนประเมินว่าใน แต่ละกิจกรรมนั้นกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทำได้ดีเพียงใด แล้วผู้ อำนวยความสะดวกเปิดโอกาสให้กลุ่มได้อภิปรายถึงเหตุผล

ที่ผลการประเมินออกมาเช่นนี้โดยพิจารณาที่คะแนนเฉลี่ย เป็นหลัก จะทำให้เห็นจุดอ่อนจุดแข็งของแต่ละกิจกรรม เมื่อทำครบก็จะเห็นภาพทั้งโครงการวิจัย ขั้นตอนสุดท้าย เป็น ขั้นตอนที่ 3 วางแผนสำหรับอนาคต (planning for the future) ผู้อำนวยการความสะดวกจะถามต่อที่ประชุม และให้ช่วยกันอภิปรายในแต่ละกิจกรรมว่าจะมีแผนการ ในอนาคตสำหรับแต่ละกิจกรรมอย่างไร โดยมีประเด็นที่ จะต้องอภิปรายในแต่ละกิจกรรมคือ การอภิปรายถึงเป้า หมายหรือสภาพที่ควรจะเป็นของกิจกรรมเหล่านั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีกลยุทธ์หรือแนวทางการดำเนินการ อย่างไร จะใช้เครื่องมืออะไรบ้างในการตรวจสอบการใช้ กลยุทธ์ และจะทำเมื่อใด

ขั้นตอนที่ 4 การสังเคราะห์รูปแบบงานวิจัย ขั้น ตอนนี้ประชุมทีมนักวิจัยจำนวน 10 คน จำนวน 2 วัน นำ ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1-3 มาทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ และสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการดูแลก่อนนำส่งสถาน พยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นทำการ สรุปผลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษาคือ เป็นชุมชนกึ่งชนบทที่ไม่มี การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินของ กระทรวงสาธารณสุข ใน ชุมชนมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และเป็นชุมชนที่มีความพร้อมใน การร่วมทำวิจัยนี้

2. ประชากรที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่มีฐานคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสติ งเกอร์ ประชากรที่ศึกษาจึงเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นทั้ง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนจำนวน 256 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สนับสนุนรวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน กลุ่ม ที่ 2 นักปฏิบัติ จำนวน 238 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักวิจัย จำนวน 10 คน

3. ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มมีจำนวน ทั้งสิ้น 205 คนดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สนับสนุนเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน ได้แก่ ปลัดองค์การบริหารส่วน ตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประธานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประธานหน่วยกู้ชีพเอกชน สมาชิกสภาตำบล

กลุ่มที่ 2 กลุ่มนักปฏิบัติเลือกตัวอย่างดังนี้ รวมจำนวน 187 คน ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 3 คน (2) ผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 4 คน (3) อาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป (Cohen, 1988) กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น 0.05 ให้มีอำนาจการทดสอบที่ 0.85 และประมาณค่าขนาดการจัดทำของตัวแปร (effect size) ที่ 0.70 ได้จำนวนกลุ่มที่เป็นตัวอย่าง 30 คน เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อลดการสูญหายจากกิจกรรมเป็นจำนวนตัวอย่าง 33 ราย จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างคือ สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีสุขภาพแข็งแรง มีความสามารถยกและเคลื่อนย้ายอุปกรณ์และยินดีเข้าร่วมวิจัยวิจัยตลอดระยะเวลา 4 เดือน (4) ตัวแทนหลังคาเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ (Supanvanich and Podhipak, 1994) ได้จำนวนตัวอย่าง 147 หลังคาเรือน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มนักวิจัยรวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน ได้แก่ คณะผู้วิจัย 4 คน นักวิจัยชุมชนที่สนใจในพื้นที่ตำบล และนิสิตสาขาสาธารณสุขศาสตร์ แขนงวิชาอนามัยชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมทีมวิจัยจำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ (1) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (2) แนวคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน (3) แนวคำถามเกี่ยวกับการประเมินความต้องการจำเป็นการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (4) แบบสำรวจความต้องการจำเป็น พัฒนาจากแนวคิดของ Wongwanich (2005) โดยใช้เทคนิคการจัดลำดับสำหรับข้อมูลแบบการตอบสนองคู่ (dual response format) บนฐานคิดของความต้องการจำเป็นตามโมเดลความแตกต่าง (discrepancy model) และ (5) แบบ

ทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉิน แบ่งระดับสเกลตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองจำนวน 13 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 13 ข้อ โดยทั้งสองตัวแปรมี 5 ระดับ และตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถาม 4 ตัวเลือก

2. การหาคุณภาพข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพที่นำมาตรวจพิสูจน์ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) (Cohen, Manion, and Morrison, 2007) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณแบบทดสอบผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครฉุกเฉิน ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ นำเครื่องมือมาหาคุณภาพของแบบสอบถามโดยหาความเชื่อมั่นของความรู้ด้วย KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.714 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวม 0.954 และ 0.979 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวทีชุมชน และ Empowerment Evaluation นำมาทำการวิเคราะห์ โดยใช้เทคนิคการจัดกลุ่มแนวคิด (domain analysis) (Yoddumnuern & Tagchonthip, 2009) การวิเคราะห์ Free list analysis (Grbich, 2007) โดยวิเคราะห์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ การจัดอันดับ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดัชนีความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) และ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

1. บริบทของชุมชน การดูแลฉุกเฉินในชุมชนและการนำส่งก่อนสถานพยาบาล

บริบทชุมชนที่ศึกษามีประวัติศาสตร์การตั้งถิ่นฐานที่ตั้งอยู่ในเขตลุ่มน้ำต่ำ ติดกับชายกว้านพะเยาซึ่งเหมาะ

แก่การทำการเกษตรโดยการทำนา วิถีชีวิตของคนในชุมชนเปลี่ยนไปอย่างมากเมื่อประมาณ 6-7 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีการสร้างถนนลาดยางเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับตัวเมือง สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงจากเรียบง่ายวิถีชีวิตที่เร่งรีบวุ่นวาย แต่ยังมีพืชสมุนไพรหลงเหลือที่จะมาดูแลรักษาสุขภาพคนในชุมชน สภาพสังคมเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งคนในชุมชนที่มีความเอื้ออาทรต่อกันมีความเป็นเครือญาติสูงดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุไว้

“สมัยก่อนป่วยก็นั่งเรือ มีลูกจ้าง ถนนนี้ไม่มีมาได้หกเจ็ดปีหละ สมัยนั้นยังฝนยากันกินครับ ส่วนมากจะเป็นตะกอน หมอเป่า หมอถั่ง หมอถา ตายหมดหละ ตะนี้ป่วยก็ลูกหลานเป็นตะก่าเวลาป่วยฉุกเฉินก็ ผัวเป็น เมียเป็น จะรู้ก่อนหมุ่ จะพาไปโงบบาลก่อนหมุ่”

“เวลาเจ็บป่วยลูกหลานก็พาไป พานั่งรถไปโงบบาล...ถ้าติดต่อลูกหลานไม่ได้ ก็ญาติข้างบ้านนี่หละ พาไปโงบบาล”

การดูแลฉุกเฉินในชุมชน ผลการวิเคราะห์ด้วย Freelist analysis พบว่า โรคและอาการป่วยฉุกเฉินมี 13 รายการ อาการและโรคฉุกเฉินมีสาเหตุเกิดจากโรคเรื้อรังเป็นอันดับที่ 1 และรองลงมาจากบาดเจ็บได้แก่อุบัติเหตุ รถชน น้ำร้อนลวกไฟไหม้ สำหรับอันดับที่ 3 เป็นความดัน ตกต้นไม้ หายใจขัด และท้องร่วง ส่วนการดูแลนำส่งก่อนสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่คนในชุมชนไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการแจ้งเหตุโดยเฉพาะเบอร์แจ้งผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669 ไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ และวิธีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในด้านการปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเป็นลูกและญาติที่ทำหน้าที่ในการนำส่งโรงพยาบาล สาเหตุเพราะรถพยาบาลที่เรียกมาช้ากว่าญาติในชุมชน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

“ไม่มีมีเบอร์ฉุกเฉินร็อก ไม่เคยคิดว่าจะตามใคร คิดถึงลูกหลานก่อน เวลาเรียกใช้จะเรียกญาติและลูกหลานก่อน ลูกหลานจะดูแลอยู่ไม่ห่าง รถมามาช่วยช้า ลูกหลานเร็วกว่า”

“ไม่เคยอบรมฉุกเฉิน...เบอร์แจ้งเหตุไม่รู้ร็อก

คนในบ้านก็ไม่รู้ เวลาป่วยฉุกเฉินก็หามกันไปไม่รู้ร็อกว่าทำอะไร”

2. ความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินในชุมชน และการนำส่งก่อนสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกความต้องการจำเป็นการดูแลฉุกเฉินในชุมชนและการนำส่งก่อนสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุจากผู้สนับสนุนและนักปฏิบัติพบว่า มีความต้องการอย่างมากในการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มอาสาสมัครอาสาสมัครสุขภาพ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุม ญาติ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีกิจกรรมที่ การดูแลเมื่ออาการฉุกเฉินที่บ้าน การดูแลกันในเครือข่ายส่งต่อ การแจ้งเหตุ การประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพดังที่ผู้ให้ข้อมูล

“มีความจำเป็นมาก ผู้สูงอายุมีอยู่คนเดียว ต้องถนัดต้องมีส่วนร่วม รพ.สต.ต้องมีบทบาทเกี่ยวกับข้อมูลประสานท้องถิ่น อยากให้เกิดเป็นรูปธรรม ต้องให้ความรู้แก่นำครัวเรือนที่เจ็บป่วยก่อน ..อสม.ก็ต้องรู้ระบบส่งต่อ”

“มีความจำเป็นมาก “แม่ผมเสียชีวิต ,,รอรถไม่ทัน แม่หายใจไม่อิม ถ้าผมมีความรู้แม่ผมก็ไม่ต้องเสียชีวิต.....คนที่บ้านต้องรู้จักให้ อสม.ไปอบรม ดูแลคนในคุ้ม ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ผู้สูงอายุที่แข็งแรงก็แจ้งข่าวได้ ให้อบต.ดูแลด้วยเป็นหน่วยงานหลัก มีเงินสนับสนุน อนามัยช่วยเรื่องจัดการบุคคลากร”

สำหรับผลการสำรวจประเมินความต้องการจำเป็นพบว่าค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (PNImodified) ภาพรวมเท่ากับ 0.2225 เมื่อจำแนกความต้องการให้หน่วยงานดำเนินการด้านการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลคือ องค์การบริหารส่วนตำบล PNImodifiedเท่ากับ 0.3815 รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุม, ญาติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PNImodifiedเท่ากับ 0.2018, 0.1673, 0.1643 , 0.1532 และ 0.1092 ตามลำดับ โดยต้องการให้ องค์การบริหารส่วนตำบลชุมชนต้องการให้ช่วยเหลือให้อสม.มีบทบาทเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลจังหวัดให้มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่ง

สถานพยาบาล ครอบครัวให้มีบทบาทเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ฉุกเฉิน ญาติให้มีบทบาทการแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการให้ความ
รู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล

เมื่อนำผลมาจัดเวทีชุมชนได้ข้อสรุปจากเวทีเกี่ยว
กับกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุคือ การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชน
โดยทีมวิจัยได้ดำเนินการจัดโปรแกรมกิจกรรมการดูแล
ก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ
โดยรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยายเรื่อง
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วย
ฟื้นคืนชีพ การยกและเคลื่อนย้ายและการปฐมพยาบาลผู้
ป่วยฉุกเฉิน ร่วมกับเรียนรู้จากวีดิทัศน์การช่วยฟื้นคืนชีพ
การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ การยกและเคลื่อนย้ายผู้
ป่วยฉุกเฉินในชุมชน

3. ประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่ง
สถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการ
วิเคราะห์นำเสนอ ดังนี้

3.1 ผลโปรแกรมกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่ง
สถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุพบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 33 คน ก่อนการทดลองคะแนน
เฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ
ความคาดหวังผลลัพธ์ 11.10, 21.12 และ 31.93 คะแนน
หลังการทดลองทันทีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์เพิ่ม
ขึ้นเป็น 14.24, 50.39 และ 48.23 คะแนน ตามลำดับ เมื่อ
ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าคะแนนความรู้ การ
รับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามตัวแปร
 $p\text{-value} < 0.001$

3.2 การปฏิบัติหลังกิจกรรม พบว่าได้สร้างการ
เรียนรู้ให้แก่ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นครั้งแรกในชีวิต ทำให้ผู้เข้า
ร่วมกิจกรรมได้รับประโยชน์ในด้านความรู้ต่อตนเอง และ
การนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการแนะนำให้ผู้อื่น
ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังผู้ให้ข้อมูลชายและหญิงระบุว่า

“ถ้าผมได้อบรมแบบนี้ก่อน แม่ผมต้องไม่ตายแน่
เลย”

“ที่ผ่านมายุ่งแต่ได้ฟังนะ วันนี้ได้เฮ็ดโดย ดี

จากนัก ได้ความรู้มาก”

“บ่เคยอบรมเลยหนา ...เบอร์แจ้งผู้ป่วยได้ทะเล
หนึ่ง หก หก เก้า (ยี่ม) เฮาเผ่าแล้วเนาะยกกับไหว ...จำ
เบอร์ได้ทะเลหนึ่ง หก หก เก้า (ยี่ม)บอกคนในบ้านได้”

3.3 การประเมินผลแบบเสริมพลัง ในกลุ่ม
ตัวแทนที่ร่วมวิจัย ได้แก่ผู้สนับสนุน นักปฏิบัติ นักวิจัย
และนักวิจัยท้องถิ่น ได้สร้างการเรียนรู้ในการให้กลุ่มภาคีที่
เกี่ยวข้องในการประเมินผลการเข้าใจต่อเป้าหมายโครงการ
การได้ร่วมให้คะแนนประเมิน กิจกรรมที่มีความสำคัญใน
โครงการวิจัยคือ ประชุมทีมวิจัย การอบรมอาสาสมัคร
ฉุกเฉิน และการสำรวจหมู่บ้านโดยอสม. ส่วนกิจกรรมที่ทำ
คะแนนได้สูงสุดคือ การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉิน กิจกรรม
เวทีชุมชน และการประชุมทีมวิจัย ที่สำคัญยิ่งกลุ่มภาคีได้
ร่วมกันยกระดับกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล
แบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ โดยกำหนดกลยุทธ์และการ
ตรวจสอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ด้วย

4. รูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมี
ส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น
ได้นำมาใช้ในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 4 และได้ทำการ
สังเคราะห์รูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมี
ส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เรียกว่า บ่อแฮ้วโมเดล (boau
haew model) โดยมีรายละเอียดโมเดลดังนี้ (ภาพ 2)

4.1. โครงสร้าง (structure) ประกอบไปด้วย

4.1.1 ทูทางบุคคล (human capital) ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล
ซึ่งต้องมีฐานรากที่สำคัญมาจากความเป็นเครือญาติ
(kinship) ในชุมชน บุคคลที่ทำให้เกิดประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่
บ้าน (village header) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข
(village health volunteer header) ประธานชมรมผู้
สูงอายุ (aging header) ที่มีความเข้มแข็ง เสียสละ รวม
ถึงสมาชิกในชุมชน (community members) ที่มีความ
ปรารถนาต่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยสมาชิก
ในชุมชนหมายรวมถึงสมาชิกที่เป็นตัวแทนทางการเมือง คือ
สมาชิกสภาตำบล สมาชิกที่เป็นอาสาสมัคร ได้แก่ อาสา
สมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร
ป้องกันภัยพลเรือน สมาชิกผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน

4.1.2 หน่วยงานชุมชน (community

organizations) ที่ต้องมีฐานมาจากการร่วมประสานงาน (coordination) กับผู้นำขององค์การบริหารส่วนตำบล (Local Administration Office--LAO) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (health center) โรงพยาบาลทั่วไป (general hospital) และนักวิจัย (researchers) ที่เป็นนักวิจัยในท้องถิ่น (community researchers) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสียสละเวลาส่วนตัวในการทำงานชุมชน และนักวิจัยจากสถาบันการศึกษา (academic researchers) นอกจากนี้หน่วยงานชุมชนจำเป็นต้องมีทรัพยากรทั้งในรูปของวัตถุและปัญญาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.3 ทูทางปัญญา (intellectual capital) หน่วยงานชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังต้องมีทุนทางปัญญาที่สามารถสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลให้แก่คนในชุมชนซึ่งมีความตั้งใจในการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่

4.2. กระบวนการ (process) รูปแบบนี้มีกระบวนการหลัก 4 กระบวนการ ได้แก่

4.2.1 การขัดเกลาทางสังคม (socialization) ให้คนในชุมชนมีความเกื้อกูลกันร่วมกับความเป็นเครือญาติที่สั่งสมมาตลอดในชุมชน ในกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นทุนทางบุคคล ไม่ว่าจะเป็น ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ประธานชมรมผู้สูงอายุ ที่มีความเข้มแข็ง เสียสละ รวมถึงสมาชิกในชุมชน บุคคลเหล่านี้เป็นฐานรากที่จะผลักดันให้หน่วยงานในชุมชนได้ขับเคลื่อนไปสู่การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4.2.2 การร่วมประสาน (coordination) มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบที่เป็นทางการ (formal

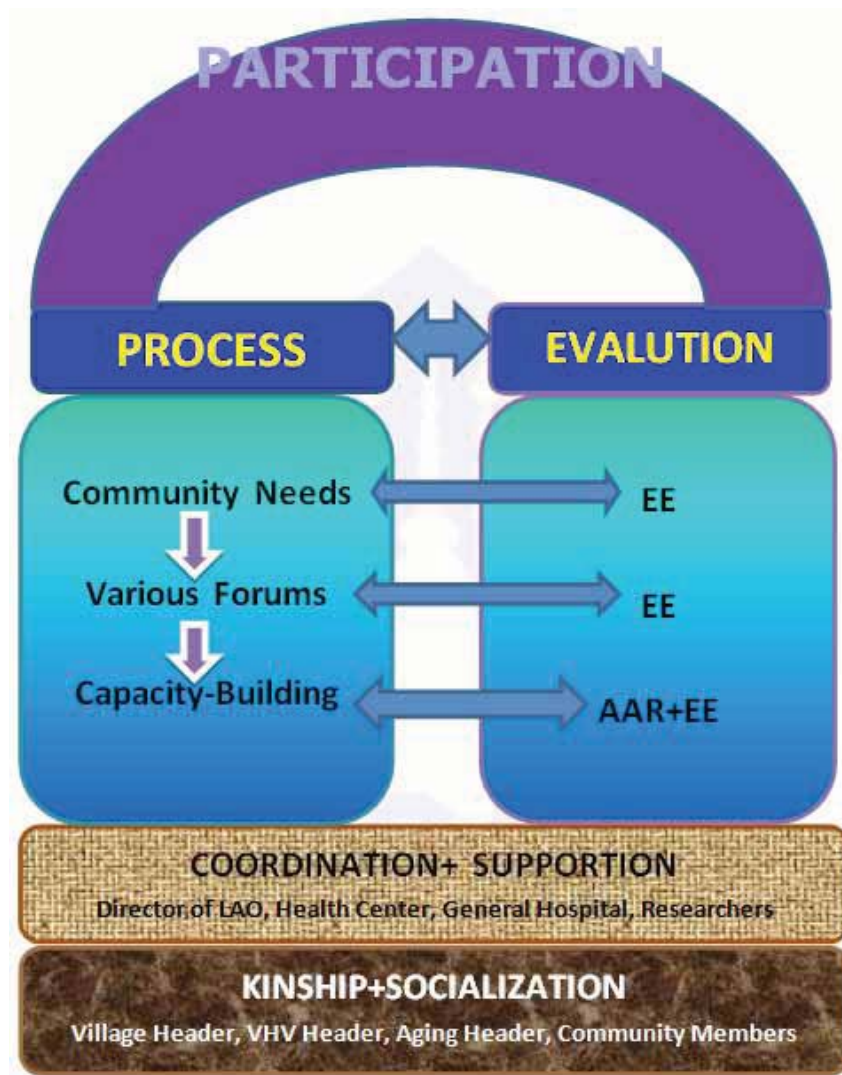
organization) มากกว่าการประสานงานเป็นอย่างไม่เป็นทางการ (informal organization) ในการดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเริ่มต้นในการพัฒนารูปแบบ ในช่วงสุดท้ายก่อนปิดโครงการมีการประสานงานเป็นอย่างไม่เป็นทางการมากกว่าช่วงเริ่มต้นของการพัฒนา

4.2.3 การสนับสนุน (supporting) องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกจากจะมีการร่วมประสานแล้ว ยังต้องมีการสนับสนุนทั้งบุคลากรที่มาช่วยกิจกรรมและการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4.2.4 การมีส่วนร่วม (participation) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ทั้งหมดตั้งแต่โครงสร้างของรูปแบบกระบวนการของรูปแบบ และการประเมินผล ต้องใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นการร่วมคิด การร่วมทำกิจกรรม การร่วมประเมินผลโครงการเพื่อขับเคลื่อนการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4.3. การประเมินผล เป็นการการสะท้อนกิจกรรมในกระบวนการตั้งแต่ การสำรวจความต้องการของชุมชน การร่วมเวที ต้องใช้การประเมินผลเพื่อสะท้อนกลับ โดยการปฏิบัติหลังกิจกรรมที่สำคัญทำให้เกิดข้อมูลใหม่ในการปรับปรุงกิจกรรม ส่วนการร่วมพัฒนาศักยภาพด้วยการอบรมและการทำโปรแกรมใช้ การปฏิบัติหลังกิจกรรมร่วมกับการประเมินผลแบบเสริมพลังโดยกิจกรรมการประเมินผลเป็นการประเมินผลที่ส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการด้วยสะท้อนกิจกรรมหลังจากที่ได้ดำเนินงานในชุมชนไประยะหนึ่ง ผลที่ตามมาทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่นำไปสู่การดำเนินงานครั้งต่อไปในอนาคตได้อย่างดี

การอภิปรายผล



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุในเขตลุ่มน้ำต่ำที่เรียกว่า “บ่อแฮ้วโมเดล (boau haew model)”

รูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่เรียกว่า Boau Haew Model (บ่อแฮ้วโมเดล) เป็นรูปแบบที่มีตัวแปรสำคัญคือ โครงสร้างกระบวนการและการประเมินผล ดังนี้

1. โครงสร้าง พบว่าชุมชนเป็นบริบทชุมชนกึ่งชนบทที่มีความเป็นเครือญาติ เอื้อเพื่อเกื้อกูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีโครงสร้างที่เป็นทุนทางบุคคล (human capital) ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตวิญญาณในการทำงานสาธารณะสนับสนุนคือ ผู้นำในพื้นที่ ผู้นำจากสถานบริการสุขภาพ ผู้นำจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีหน่วยงานชุมชน (community organizations) ได้แก่ รพ.สต. รพ.จังหวัด และอบต.ในพื้นที่ และยังทุนทางปัญญา (intellectual capital) ของ Community Organizations สาเหตุ

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เพราะ พื้นที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมจากอดีต 6-7 ปีที่ผ่านมาชุมชนจึงยังคงสภาพพื้นที่เดิมจากอดีต คล้ายกับรูปแบบของ Chaleekrua et al. (2011) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการอาสาสมัครฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล อาจเป็นเพราะใช้แนวคิดที่เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นกัน ต่างกันที่การศึกษาของ Chaleekrua et al. (2011) ใช้แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการชุมชนเป็นฐาน (community-based action research) และยังพบว่าการศึกษานี้ยังมีโครงสร้างการทำงานที่เป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกับรายงานของประเทศออสเตรเลียด้วย (Rural Ambulance Victoria, 2007)

2. กระบวนการ มี 4 กระบวนการ คือ กระบวนการแรกเป็นการขัดเกลาทางสังคม (socialization) ที่อาจเกิดคนในชุมชนเห็นการช่วยเหลือกันในเครือญาติมาตั้งแต่อดีต มีการสนับสนุน (supportion) ในการดำเนินกิจกรรม และยังต้องการมีส่วนร่วม (participation) มีการร่วมประสาน (coordination) ซึ่งเป็นลักษณะการประสานงานที่เป็นทางการมากกว่าไม่เป็นทางการ สาเหตุผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เพราะ การศึกษานี้ แนวคิดของ Stringer สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหลายภาคส่วนที่มีการนำทรัพยากรจากชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ผู้นำชุมชน และประชาชนสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าสภาพพื้นที่ศึกษายังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ชุมชนตั้งอยู่ไกลจากเมืองพื้นที่กึ่งชนบท คล้ายกับรูปแบบที่พัฒนาเป็นกระบวนการที่คล้ายกับรูปแบบการวิจัยของ Rassamepong (2004) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนและใช้แนวคิดของ Stringer ซึ่งสามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้จากทุกภาคส่วนเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษานี้ยังคล้ายกับการศึกษา Chaleekrua et al. (2011) ทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทห่างไกลติดกับภูเขาสูง แต่พบว่าประเด็นการร่วมประสาน (coordination) ซึ่งเป็นลักษณะการประสานงานที่เป็นทางการมากกว่าไม่เป็นทางการ

3. การประเมินผล พบว่าการปฏิบัติหลังกิจกรรมได้สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้ ได้รับประโยชน์ในด้านความรู้ต่อตนเอง และยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการแนะนำให้ผู้อื่นดูแลคนในชุมชน ส่วนการประเมินผลแบบเสริมพลังเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังที่สำคัญในการสร้างผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นผู้สนับสนุน นักปฏิบัติ และนักวิจัยได้เกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมการดำเนินงานได้ดี และยังสามารถยกระดับกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ โดยกำหนดกลยุทธ์ และการตรวจสอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ด้วย ซึ่งแสดงว่าแสดงว่าการปฏิบัติหลังกิจกรรมและการประเมินผลแบบเสริมพลังสามารถสะท้อนการดำเนินกิจกรรมการวิจัยนี้ได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับแนวคิดของ Collison & Parcell (2002) ที่ระบุว่า สามารถนำการปฏิบัติหลังกิจกรรมมายกระดับการปฏิบัติการได้ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chayarrun (2006) ที่ระบุว่า การประเมิน

ผลแบบเสริมพลังทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนงาน และประเมินผลด้วยตนเอง และยังคงคล้องกับแนวคิดของ Fetterman (2005) ที่ระบุว่า การประเมินผลแบบเสริมพลังเป็นกระบวนการมีส่วนร่วม ประชาธิปไตยที่คนในท้องถิ่นได้นำความรู้มาแลกเปลี่ยนกันในการประเมินโครงการ ส่งผลต่อการยกระดับโครงการให้ดีขึ้นด้วยการสร้างกลยุทธ์ในการปรับปรุงกิจกรรมซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Chaleekrua et al. (2011) ได้นำไปใช้ในงานวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินพบว่า การปฏิบัติหลังกิจกรรม และการประเมินผลแบบเสริมพลังเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังที่สำคัญในการสร้างผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นผู้สนับสนุน นักปฏิบัติ และนักวิจัยได้เกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมการดำเนินงานได้ดีที่สุด

จากที่กล่าวข้างต้นรูปแบบการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่กึ่งชนบทที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ สติงเกอร์เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบ ในขณะที่การศึกษาของ Chaleekrua et al. (2011) เป็นรูปแบบสำหรับพื้นที่ห่างไกลที่ใช้แนวคิดของ Community based action research แม้ว่ารูปแบบนี้พัฒนามาจากแนวคิดของ สติงเกอร์เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rassamepong (2004) แต่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับสถานบริการสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย มีดังนี้

1.1 องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ ควรนำข้อมูลด้านความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุ ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนงานประจำปีในรวมทั้งการประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการดูแลจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขององค์การบริหารส่วนตำบลให้การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลทั้งสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มอื่นในพื้นที่ในอนาคตต่อไป

1.2 สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ควรนำข้อมูลด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และผลความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลของกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนในการจัดบริการสุขภาพฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

2.1 เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่กึ่งชนบท ดังนั้นรูปแบบการวิจัย Boau Haew Model (บ่อแฮ้วโมเดล) จึงสามารถใช้ในพื้นที่ศึกษา หากต้องการนำไปใช้ในพื้นที่อื่นต้องคำนึงถึงโครงสร้างที่เป็นบริบทคล้ายกับพื้นที่ศึกษา

2.2 สถานบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษาควรนำโปรแกรมกิจกรรมการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้

3. ข้อเสนอในการนำวิธีวิทยาไปใช้ ดังนี้

3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Stringer เป็นฐานในการวิจัยในการวิจัยนี้สามารถสร้างความรู้ใหม่ได้ ดังนั้นหากนักวิจัยต้องการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในชุมชน แนวคิดของ Stringer จึงเป็นแนวคิดควรนำไปใช้ได้

3.2 เทคนิคการปฏิบัติหลังกิจกรรม (AAR) เป็นเทคนิคที่สามารถการสะท้อนกลับกิจกรรมได้เป็นอย่างดี และสามารถทำได้ง่าย นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่พัฒนาให้ผู้ร่วมเวทีได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วม และประสบการณ์ของตนเองกับผู้ร่วมเวทีและสามารถพัฒนาศักยภาพที่ซ่อนเร้นในตัวตนของผู้ร่วมกิจกรรมได้ หากแต่ต้องคำนึงถึงความไว้วางใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ก่อนจึงทำให้เกิดผลสำเร็จจากการดำเนินการทำ AAR ด้วย

3.3 การประเมินผลแบบเสริมพลัง เป็นวิธีวิทยาที่ทรงพลังในการทำให้ชุมชนเรียนรู้ในการแสดงความเป็นเจ้าของชุมชนด้วยการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการทำงานจริง การมีส่วนร่วมอย่างประชาธิปไตย การตรวจสอบกระบวนการวิจัยที่ผ่านมา ทำให้ได้ข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่ต้องการให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ดังที่กล่าวข้างต้น ควรนำการประเมินผลแบบเสริมพลังไปประยุกต์ใช้ในชุมชน และต้องคำนึงถึงบทเรียนของการจัดเวทีประเมินผลแบบเสริมพลังจากการวิจัยในกลุ่มผู้ประเมินระดับรากแก้วมีเงื่อนไขสำคัญคือ ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเตรียมการด้านคนที่เข้าร่วมเวที

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยพะเยาที่ให้การสนับสนุน “งบประมาณมหาวิทยาลัยพะเยา ปีงบประมาณ 2556” ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณอย่างสูงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี



References

- Yoddumnuern, B. A., & Tagchonhip, K. (2009) *Qualitative analysis: data management interpretation and meaning*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. (in Thai)
- Chaleekrua, T., Phlanoi, S., Jirojanakul, P., & Plitponkranpim, A. (2011). Development of a community-based prehospital care management model for emergency volunteers. *Kasertsart J. (soc-science)* 32(1), 287-296. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research method in education*. New York: Routledge.
- Collison, C., & Parcell, G. (2002). *Learning to fly*. Oxford: Capstone.

- Fetterman, M., & Wandersman, A. (2005). *Empowerment evaluation principle in practice*. New York: The Gilford Press.
- Grbich, C. (2007). *Qualitative data analysis*. London: SAGE.
- Keskinoglu, P., & et al (2010). Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 356–360.
- Rassamepong, S. (2004). *Development of primary care model in the community*. Doctors of Public Health Thesis, Mahidol University .
- Rural Ambulance Victoria. (2007). *Annual report 2007*. Retrieved from [http://www.rav.vic.gov.au / Media/docs/RAV-Annual-Report-07-0bd2c33c-920e-4878-b0f6-b63f23b5283b.pdf](http://www.rav.vic.gov.au/Media/docs/RAV-Annual-Report-07-0bd2c33c-920e-4878-b0f6-b63f23b5283b.pdf)
- Stringer, E. T. (2007). *Action research: third edition*. California: SAGE.
- Chunharassame, S. (2009). *Report of Aging people 2009*. Bangkok: Research and development among aging people. (in Thai)
- Wongwanich, S. (2005). *Needs assessment research*. Bangkok: Thammasat Press. (in Thai)
- Supanvanich S., & Podhipak A.(1993). *Epidemiology*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Chayarrun, T. (2004). *Step and methods for evaluation in Empowerment evaluation for learning development on knowledge-based in social society*. Nakhon Pathom: Mahidol University. (in Thai)
- Laohasiriwong, W., & et al. (2004). *Report of participated implementation on prehospital care in Administration Local Organization*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- World Health Organization. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

