

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

บุญถม ชัยญวน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองพลและองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 116 คน กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 2,907 คน เก็บข้อมูลโดยการสำรวจข้อมูล สัมภาษณ์ สทนากลุ่มการสังเกต ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2560 - กันยายน พ.ศ.2561 ผลการศึกษาพบว่า 1) ความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.39 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอักเสบและอายุ 75 ปีขึ้นไป 3) รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยกิจกรรมหมอลำสรวัดญะโนโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรู้การป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) (2) นวัตกรรม GIS ชุมชนและเทคโนโลยีการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ (3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงพยาบาลด้วยการคัดกรองระบบ ESI+Elderly มีระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และ 4) รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีการเชื่อมระบบบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชนและคณะแผนกเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ, กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Boonthom Chaiyoun. E-mail: thom_chi@hotmail.com

EMERGENCY MEDICAL SERVICES FOR THE ELDERLY UNDER THE LONG-TERM CARE FUND IN PHON DISTRICT KHONKAEN PROVINCE

Boonthom Chaiyoun¹

ABSTRACT

This study was on the Research and Development Study in Department of Muangphon Municipality and Muangphon Subdistrict Administration Organization. Targeted Population were the elderly with bedridden and home ridden group 116 people, and active group 2,907 people that were collected data by survey of medical recode and elderly health status, in-depth interviews, participatory observation, and document review. The period was between December, 2017 to September, 2018. The results revealed was as follows. 1) The prevalence of long-term dependence in the elderly is 8.39 and dementia 13.86 2) Associated factors were 6 factors that showed asthma, CHD, diabetes, hypertension, pneumonia, and age ≥ 75 year. 3) Development model of emergency medical services for the elderly under the long-term care fund, consisting of (1) secondary prevention of emergency medical monitoring in the active ageing group and sing a traditional song in the elderly school that was made accessibility of emergency medical and the use of emergency services of the elderly was increasing significantly (P-value < 0.001). (2) Innovative GIS and emergency response technology for the elderly at the scene could be used to identify risk group. (3) The screening of elderly in emergency department by ESI + Elderly screening was resulted increasing positive of medical emergencies for the elderly, and significantly (P-value < 0.001). 4) The development model of emergency medical services for long term care system that was expanded in all dimensions of community participation that had mean score of community participation after research was significantly higher than before the study (P value < 0.001).

Key words: Emergency Medical Services, the Elderly, the Long-Term Care Fund

¹Public health officers, Professional Level Phon District Public Health Office, KhonKaen Province

บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรได้ทำให้หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทย พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และ ร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2550, 2553 และ 2557 ตามลำดับ¹ ซึ่งภายใต้สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยพบผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง² ความต้องการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุจากการทบทวนงานวิจัยในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาในประเทศพัฒนาแล้วพบว่ามีเพิ่มสูงมากขึ้น ทั้งการใช้บริการรถกู้ชีพออกเหตุเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ โดยในประเทศออสเตรเลีย พบว่าอัตราการรับส่งผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการเกิดเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี³ ในประเทศไทย พบว่าสถิติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2553 จำนวน 82,895 ราย ปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 155,431 คน และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 765,076 ครั้ง รองลงมาคือเหตุการณ์อุบัติเหตุจราจร จำนวน 308,119 ครั้ง⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุของประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.3⁵ และพบว่าประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 85.11⁶ นอกจากนี้การศึกษาในสถานบริการปฐมภูมิพบว่าสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย⁷

แม้ว่าในปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้สนับสนุนให้เกิดการดูแลในชุมชน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 – 2561 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตามพบว่ายุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นเฉพาะการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมตามระดับความจำเป็นของการดูแลระยะยาว⁸ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ถึง 1 ใน 3 ของประเทศ มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมากที่สุด มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอสูงสุดของประเทศ⁹ จังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 12 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวถึงร้อยละ 59 และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเกือบร้อยละ 10¹⁰ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุ 12,357 คน คิดเป็นร้อยละ 9.25 ของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น¹¹ ซึ่งยังไม่มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษารูปแบบการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จึงเป็นการศึกษาและพัฒนา ระบบการจัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเชื่อมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนามาตรฐานการดูแลบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุโดยจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และสามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ตลอดจนผลักดันสู่การปรับเปลี่ยนเชิง

นโยบายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนระยะยาวในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2560 – กันยายน พ.ศ.2561 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชนและสถานบริการสุขภาพเป็นขั้นตอนของการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว อำเภอพลประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยกิจกรรมหมอลำสรภัญญะในโรงเรียนผู้สูงอายุ (2) นวัตกรรม

GIS ชุมชนและเทคโนโลยีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน
สำหรับผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ (3) การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน
โรงพยาบาล ด้วยการคัดกรองระบบ ESI +
Elderly

ระยะที่ 3 การประเมินผลการ
พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้
สูงอายุเป็นขั้นตอนการการประเมินผล
รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้
สูงอายุ มี 3 รูปแบบ ซึ่งเป็นการประเมินผล
ลัพธ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน
ผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเกิดภาวะฉุกเฉิน
ทางการแพทย์ 2) การ Re-admitted ภายใน
30 วัน 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน
5) ระยะเวลาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ในชุมชน 6) รูปแบบการพัฒนาการป้องกัน
ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือเชิงปริมาณ

(1) แบบประเมินภาวะทุพพลภาพ
ประเมินจากการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน
ของชีวิต อาศัยเครื่องมือ The Barthel index
ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรมโดย
ใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง
คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนนจาก
คะแนนเต็ม 20 คะแนน¹²

(2) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรม
เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ใช้เครื่องมือ
Physical Self Maintenance Scale
ประกอบด้วย 8 กิจกรรม¹³

(3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็น
การประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อ¹⁴

(4) แบบทดสอบภาวะบกพร่อง
ทางการรับรู้หรือภาวะสมองเสื่อมประเมินโดย
ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น
Mini-Mental State Examination มีจำนวน
ทั้งหมด 11 ข้อ¹⁵

(5) แบบสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน
ผู้สูงอายุอื่น ได้แก่ โรคเรื้อรัง (Chronic
disease) หมายถึง โรคหรือการเจ็บป่วย
อาการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในห้
ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ ช่วงระยะเวลามารับบริการ วิธีการ
มารักษาในห้ฉุกเฉิน ระดับความรุนแรง
ของภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ผลการรักษา
และการกลับมารักษาซ้ำ

เครื่องมือเชิงคุณภาพเครื่องมือเชิง
คุณภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้
ออกแบบตามกระบวนการวิจัยประกอบด้วย
แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกและการ
สนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์
ในผู้สูงอายุ ในบริบททางสังคมและ
วัฒนธรรมชุมชน แนวทางการสังเกตแบบมี
ส่วนร่วมในกิจกรรมและการประชุม แนวทาง

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทชุมชน แนวทางการการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใน กิจกรรมและการประชุม อบรม ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาแบบจำลองระบบบริการการแพทย์ ดูกเงินในผู้สูงอายุ แนวทางศึกษาเอกสารที่ เกี่ยวข้องการจัดทำแผนของชุมชนและการ ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน แนว ทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเวทีชุมชน ประกอบด้วย

(1) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลภาวะฉุกเฉิน ทางการแพทย์

(2) แนวทางประเมินการมีส่วนร่วม ของชุมชน เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วม ของชุมชนใช้เครื่องมือ Spidergram ซึ่ง ประกอบด้วยองค์ประกอบการประเมิน 5 ด้าน ¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณประกอบด้วย

(1) การวิเคราะห์และนำเสนอผล สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง และข้อมูลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐาน

(2) การวิเคราะห์และนำเสนอผล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะฉุกเฉินทางการ แพทย์ในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ Chi-square, Multiple logistic regressions, Adjusted OR, 95%CI

(3) การวิเคราะห์และนำเสนอผล ของภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ และประเภทความรุนแรงของภาวะภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ด้วย Prevalence rate และ 95%CI

(4) เปรียบเทียบความชุกภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ก่อนและ หลังการวิจัยด้วย Prevalence rate, 95%CI, T-test และ Chi square

ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์ เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การ สนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมา วิเคราะห์โดย

(1) กำหนดตารางการบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่ว ร่วม การสนทนากลุ่ม ให้เป็นแนวทางเดียวกัน และให้ครอบคลุมประเด็น

(2) ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาจัดพิมพ์ลงใน แบบฟอร์มบันทึกการลงข้อมูลโดยใช้ตาราง โปรแกรม Excel ให้แล้วเสร็จเร็วที่สุด

(3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมา วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ การตีความ (Interpretation) แล้วกำหนดรหัส ของข้อมูล โดย นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็น คนกำหนดรหัสข้อมูลที่ตนเองรวบรวมมาได้ ในแต่ละฉบับโดยอิสระ

(4) ตรวจสอบการกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละฉบับด้วยการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยลงรหัสข้อมูลซ้ำในบันทึกข้อมูลที่ไม่ใช่ของตนเองโดยอิสระ

(5) นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนการลงรหัสข้อมูล โดยการตีความ (Interpretation) ข้อมูล ตรวจสอบการลงรหัสข้อมูลและลงรหัสข้อมูลใหม่

(6) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล

(7) จัดกลุ่มของข้อมูลจากการรหัสข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อย แล้วจึงสร้างเป็นบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(8) สร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม

(9) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีสะท้อนข้อมูลกับชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลที่น่าเชื่อถือสมบูรณครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

ผลการวิจัย (Result)

1. วิเคราะห์สถานการณ์สถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุจากการสำรวจได้ทั้งหมด จำนวน 2,778 คน จากประชากร 2,907 คน คิดเป็นร้อยละ 95.56 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.07 มีอายุเฉลี่ย 70.12 ปี และมี

อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.63 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 91.72 ซึ่งส่วนใหญ่มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 36.32 รองมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 33.62 การประเมินภาวะทุพพลภาพ พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.12 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.56 รองมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.34 และพบว่า ความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.39 (95%CI= 9.3-11.0) การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนพบว่า มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 (95%CI= 10.50 – 15.10) และพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.84 (95%CI= 2.30 - 3.38)

2. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน

(1) การวางแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาศัยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบ (Platform) เป็นพื้นที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน และอาศัยรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นพื้นที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ด้วยการจัดแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาและสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

ของผู้สูงอายุในชุมชนที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ

(2) การพัฒนานวัตกรรมโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมและต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดความยั่งยืน ซึ่งนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ หมอลำ สรภัญญะ หลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และนวัตกรรมการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ 6 ปัจจัยภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

(3) ทดลองนวัตกรรมป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมกับการใช้ในบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่และการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

(4) ประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในระหว่างพัฒนานวัตกรรมและหลังสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งพบว่ากิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ นวัตกรรมสรภัญญะ หมอลำ และหลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 เดือน โดยบุคลากรของเทศบาลเมืองเมืองพลและโรงพยาบาลพล พบว่าทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการภาวะฉุกเฉินที่ควรระวัง และการใช้บริการรถฉุกเฉินเบอร์โทร 1669 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93 และพบว่าผู้สูงอายุเกิดเหตุภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.25 อย่างไรก็ตามจากการสอบถามอาการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์จากโรคเรื้อรัง 6 โรคในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำนวน 373 คน คิดเป็นร้อยละ 13.42 พบว่าร้อยละ 10.19 ประเมินตนเองว่ามีอาการฉุกเฉินแล้วอาการดีขึ้นจึงไม่ไปพบแพทย์ ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงพบว่าผู้ดูแลใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ กับผู้สูงอายุทุกครั้งก่อนให้การดูแล ซึ่งพบว่ามีย่อตราการภาวะฉุกเฉิน ร้อยละ 4.44 และทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุได้ทันก่อนเกิดอาการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 2.85

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า การเฝ้าระวังและ

ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้ระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่า การป้องกัน ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์มี 2 กระบวนการที่ สำคัญของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) การเฝ้าระวังและค้นหาผู้สูงอายุ (Surveillance) ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ จากการวิเคราะห์ สถิติของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการดูแล ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่ต้องเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ 6 ปัจจัย ได้แก่ โรค หอบหืด/โรคถุงลมโป่งพอง(Asthma/COPD) โรคหัวใจ/อาการเจ็บหน้าอก (CHD/Chest pain) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอักเสบ และ อายุเท่ากับหรือมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ การประเมินคัดกรอง ภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามเกณฑ์การจัด ประเภทการพึ่งพิงระยะยาวของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถ คัดแยกผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ผู้สูงอายุติดสังคม และ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งจะนำไปสู่การจัดกิจกรรมการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความ แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละประเภท

(2) การป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน

(Prevention) พบว่าการป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และ กลุ่มผู้สูงอายุติด บ้านติดเตียง มีกิจกรรมที่แตกต่างตามบริบท ของผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการการป้องกัน ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่ อาศัยต้นทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม ของชุมชนจะนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นจริงใน พื้นที่ ซึ่งนำมาสู่ความยั่งยืนของการปฏิบัติให้ อยู่ในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การบูรณาการ กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ การใช้วัฒนธรรม ที่ชุมชนคุ้นเคยและผลิตเพลงในชุมชน เช่น หมอลำ สรภัญญะ เพื่อสื่อสารถ่ายทอด อาการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และ การเรียกใช้บริการรถกู้ชีพ 1669 โดย บุคคลในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุและคนใน ชุมชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ ส่วนในกิจกรรมการเฝ้า ระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์จากการ ประเมินคัดกรองประวัติการเจ็บป่วยและการ ตรวจร่างกาย 6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ การให้ความรู้ป้องกัน ความเสี่ยง ความรู้ในการเรียกรถพยาบาล ฉุกเฉิน 1669 สามารถช่วยทำให้เฝ้าระวัง ความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ทัน

(3) การประเมินผลการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับ

ผู้สูงอายุจากการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัยพบว่าก่อน และหลังสิ้นสุดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 เดือน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.001$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน จากการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ร้อยละ 66.12 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.56 รองมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.34 ซึ่งพบว่ามี ความชุกที่ใกล้เคียงกับการสำรวจระดับประเทศพบว่าโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายและเพศหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวาน ในเพศชายมีร้อยละ 16.1 เพศหญิงมีร้อยละ 21.9¹⁷

กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จึงประกอบด้วย 2 กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ซึ่งกิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย นวัตกรรมสรภัญญะ หมอลำ และหลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับอาการภาวะฉุกเฉินที่ควรระวัง และการใช้บริการรถฉุกเฉินเบอร์โทร 1669 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 8.39 (95%CI= 9.30-11.0) มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 (95%CI=10.50 - 15.10) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.72 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วย มีความพิการ ร้อยละ 11 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงไม่มีการประเมินและแผนการดูแลสำหรับป้องกันภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลภาวะฉุกเฉิน กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย แบบประเมินคัดกรองภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ความรู้การเรียกใช้รถ 1669 และการใช้เทคโนโลยีแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการดูแล พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ พบว่า การประเมินภาวะ

โรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด ภาวะหลังลิ้ม ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย เป็นเครื่องมือประเมินที่ สำคัญ¹⁸ จากการติดตามประเมินผู้สูงอายุที่ จำหน่ายจากห้องฉุกเฉินใน 4 สัปดาห์ของ ประเทศออสเตรเลีย พบว่ามี 2 ตัวแปร ที่เป็น ปัจจัยทำนายการนอนโรงพยาบาลของ ผู้สูงอายุหรือไม่ ได้แก่ ระบบขนส่ง และการมี พยาบาลชุมชนดูแล¹⁹

2. รูปแบบการพัฒนาระบบการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับ ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเชื่อมระบบบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านและการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุ

จากการเปรียบเทียบคะแนนการมี ส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัย พบว่าก่อน และหลังสิ้นสุดการพัฒนา ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 เดือน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบมี คะแนนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลัง การวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างนัยสำคัญ ทางสถิติ (P value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต้อง อาศัยกระบวนการสร้างความร่วมมือของผู้ ปฏิบัติการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งระบบ

บริการสุขภาพ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มีหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาล ชุมชน และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็น พื้นที่ปฏิบัติการ และ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล เป็นผู้ปฏิบัติการในชุมชน เพื่อร่วม ออกแบบระบบบริการให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูล ของผู้สูงอายุ การเชื่อมทีมปฏิบัติเพื่อทำ หน้าที่ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ณ จุดเกิด เหตุ รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้ง การเชื่อมการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การป้องกัน เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การดูแล ผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลใน โรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิด การเชื่อมบุคคล องค์กร หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวและระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพร่วมกันในการระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกันเช่นเดียวกับการ ศึกษาองค์ประกอบของปฏิบัติการที่ทำให้ ให้อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดูแลฉุกเฉินใน ผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ได้แก่ 1) ทีมดูแลที่ให้ความ ช่วยเหลือโดยตรงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ ดูแลผู้สูงอายุ หรือ การมีทีมปรึกษาแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง 2) มีเครื่องมือประเมิน กลุ่มเป้าหมายในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน 3) เน้นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย 4) การเพิ่มการสื่อสารข้ามทีมระหว่างทีม

สหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง²⁰ รวมทั้งข้อเสนอแนะการประเมินหลังการสิ้นสุดแผนพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.2556 – 2559 มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดประกอบกับงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งสถานการณดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง และอาจมีสาเหตุหรือกลุ่มอาการนำที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างจากกลุ่มวัยอื่น จึงอาจมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะนอกเหนือจากการให้บริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน²¹ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญสำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วยังมีกฎหมายที่กำหนดให้การแพทย์ฉุกเฉินเป็นประเภทหนึ่งของการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลที่ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และมีมติให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ออกประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2553 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่²²

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ให้กับหน่วยกู้ชีพเพื่อทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ

2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรผลักดันนโยบายการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวให้เป็นวาระในระดับประเทศ

3. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการจัดดูแลและป้องกันบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยวิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาคอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่นที่ ปรึกษาวิจัยและนายแพทย์ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล นายบุญส่ง แสนสุข สาธารณสุขอำเภอพล นายสันต์บุญ หล้า ปลัดเทศบาลเมืองเมืองพล นายภูผา ผา ปริญา นายกองค้การบริหารส่วนตำบล เมืองพล นายวชิราวุธผล บุญภิรมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองพล ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความร่วมมือแก่ ผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือใน การวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550. [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
2. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ. การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, et al. Systematic review of trends in emergency department attendances. Australian perspective. Emerg Med J; 2010.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2556. [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
5. นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
7. ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550.** [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
 10. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Hongtu C. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. *Ageing International*. 2014; 39(3): 210-220.
 11. สำนักบริหารการทะเบียน. **ระบบสถิติทางการทะเบียน ปี 2559.** [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย; 2559.
 12. Challis, D., et al. Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing*. 2000; 29(3): 255-260.
 13. สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. **วารสารพญดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 2545; 3(2): 49-62.
 14. Yesavage, J. A., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1): 37-49.
 15. Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3): 189-198.
 16. Rifkin, S.B., et al. Primary Health Care On measuring participation. *Soc. Sci. Med.* 1988; 26(9): 931-940.
 17. วิชัย เอกพลากร และคณะ. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
 18. Salvi, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine*. 2007; (2): 292-301.
 19. Caplan, et al. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department-the DEED study. *Age and Ageing*. 1998; 27: 697-702.
 20. Hickman, et al. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(2): 113-126.
 21. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3**

พ.ศ. 2560 – 2564. นนทบุรี: สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.

22. สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และคณะ.

รายงานการทบทวนประสพการณ์
ต่างประเทศในการพัฒนาระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียน
สำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนัก
งานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพไทย; 2556.

