

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Developing a Model for Accessing Emergency Medical Services for Stroke Patients through Multisectoral Collaboration in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province.

(Received: January 17,2026 ; Revised: January 24,2026 ; Accepted: January 26,2026)

มนัสนันท์ แสนกล้า¹

Manatsanan Saenkla¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participatory Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำ และแบบสอบถามความพึงพอใจและทัศนคติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired Samples T-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการสร้างความรู้และมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ส่งผลให้แกนนำมีความรู้ในการคัดกรองและแจ้งเหตุได้ทันทั่วทั้งที่ 2) ภายหลังจากดำเนินงาน พบว่าสถิติการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญ และทัศนคติของประชาชนต่อระบบบริการเปลี่ยนไปในทางบวก ($\bar{x} = 1.80$) 3) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.68$, S.D. = 0.42)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is an Action Research aimed at developing a model for accessing emergency medical services (EMS) for stroke patients and evaluating the effectiveness of the developed model in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. The research methodology applied a participatory process involving network partners, consisting of four steps: problem identification, planning, implementation, and reflection. The sample group consisted of health network partners, community leaders, and high-risk groups. Research instruments included the leader potential development model, satisfaction questionnaires, and attitude surveys. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples T-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that: 1) The developed model focused on raising awareness and community participation, empowering leaders to screen and notify emergency services promptly. 2) After implementation, the rate of EMS utilization (Call 1669) among stroke patients significantly increased from 15% to 60%, and community attitudes toward EMS shifted positively ($\bar{x} = 1.80$). 3) The satisfaction of network partners regarding the operation was at the highest level ($\bar{x} = 4.68$, S.D. = 0.42).

Keywords: Stroke, Emergency Medical Services (EMS), Multisectoral Collaboration

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นับเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของความพิการและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์ขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมกว่า 80 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป¹

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองระบุว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบผู้ป่วยรายใหม่และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละไม่ต่ำกว่า 30,000 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคนี้อย่างคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่รุนแรง นอกจากผลกระทบต่อด้านสุขภาพแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระยะยาว ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ จากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในระยะยาวที่สูงถึงปีละ 2-3 ล้านบาทต่อคน²

หัวใจสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด คือความรวดเร็วในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาตามมาตรฐาน Time is Brain เป้าหมายหลักคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue Plasminogen Activator: rtPA) ทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและลดโอกาสเกิดความพิการถาวร³ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายคือ ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) ผู้ป่วยจำนวนมากมาถึงโรงพยาบาลเกิน

กำหนดเวลา ทำให้พลาดโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดและต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง⁴

จังหวัดสระแก้วได้ตระหนักถึงปัญหานี้และมีการกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการตายและเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ภายใน 5 ปี มีการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Remission Clinic) และศูนย์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครอบคลุมทุกอำเภอ⁵ แม้จะมีการพัฒนาระบบ EMS เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) ของโรงพยาบาลวังสมบูรณ์ พบว่าสถานการณ์มีความน่าเป็นห่วง โดยอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 363.29 เป็น 381.17 ต่อแสนประชากร และที่สำคัญคืออัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.69 เป็นร้อยละ 14.28 ในปีล่าสุด⁶

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของอำเภอวังสมบูรณ์พบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ สัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 5.38, 9.86 และ 9.87 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมาก⁶ ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและการสูญเสียโอกาสในการรักษา คือ การที่ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค (Warning signs) การอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การอยู่บ้านเพียงลำพัง และขาดเครื่องมือสื่อสารเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากภาคีเครือข่ายนอกภาคสาธารณสุข ทำให้ระบบ

การเฝ้าระวังและการแจ้งเหตุในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว การวิจัยนี้มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล 2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และ 3) หน่วยกู้ชีพและโรงพยาบาล เพื่อสร้างกลไกทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วย รู้เร็ว รู้ทัน และเข้าถึงบริการได้ไว อันจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ เคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart)⁷ ซึ่งประกอบด้วยวงจรการปฏิบัติการ

4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ควบคู่กับการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเตรียมการและประเมินผล

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Risk score ระดับ 4 และ 5) จำนวน 76 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁸ ได้จำนวน 39 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Risk score ระดับ 4-5 อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง/เสียชีวิต

2. ระยะดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 33 คน ได้แก่ นายกและปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และเจ้าหน้าที่กู้ชีพฉุกเฉินของ อปท. โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือนโยบายสาธารณสุขในพื้นที่ และมีประสบการณ์การทำงาน (สำหรับเจ้าหน้าที่) อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 33 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน EMS โรงพยาบาล, ทีม NCD, เจ้าหน้าที่ รพ.สต., ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และญาติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มี

ประสบการณ์เกี่ยวข้องหรือเคยใช้บริการระบบ EMS ภายใน 2 ปี และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ร่างรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่สร้างขึ้นจากการระดมสมองของภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ความรู้เกี่ยวกับโรค, ความรู้เกี่ยวกับบริการ EMS, ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับบริการ EMS ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ได้ค่ามากกว่า 0.7 ร่วมกับแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินการมีส่วนร่วม

2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการ EMS

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรม และเก็บข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามวงจร PAOR โดยจัดเวทีคืนข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่างรูปแบบ นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประเมินความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร และข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทศนคติ และความเชื่อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ SKPHO 14/2568 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2568 หมดอายุวันที่ 22 เมษายน 2569 ประเภทการรับรองแบบเร็ว (Expedited Review)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.50 และเพศชาย ร้อยละ 31.50 อายุเฉลี่ย 64.25 ปี (S.D.=7.50) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.00 ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 81.25 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.50 1 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.00 ด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.00 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.50 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.25 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 10.50 2 สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 85.00) และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 78.00) ด้านปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ พบว่าแม้มียานพาหนะในครอบครัวยุ (ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 75.00) แต่ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลวังสมบูรณ์มีค่าเฉลี่ย 18.5 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย 35.40 นาที

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการประเมินความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.50$ คะแนน จากเต็ม 18 คะแนน) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือน FAST (หน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด) อยู่ในเกณฑ์ดี (ตอบถูกร้อยละ 70.00) แต่ยังขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะความเข้าใจผิดว่าอาการเวียนศีรษะบ้านหมุนไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (ตอบผิด ร้อยละ 60.00) ในขณะที่ ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับน้อย ($\bar{X} = 5.20$ จากเต็ม 12 คะแนน) 3 ประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือ ร้อยละ 75.50 เข้าใจผิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเท่านั้น รองลงมาคือ ร้อยละ 62.00 ไม่ทราบว่าบริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย และร้อยละ 45.00 ยังไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ที่ถูกต้อง

3. ทักษะคิดและความเชื่อ ด้านทักษะคิดเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีทักษะคิดในภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} =$

2.45, S.D.=0.85) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 ($\bar{X} = 4.15$) แสดงให้เห็นถึงความเกรงใจและความไม่มั่นใจในการใช้บริการ รองลงมาคือ คิดว่าการโทรแจ้งเหตุมีความยุ่งยาก ($\bar{X} = 3.80$) สำหรับความเชื่อ พบว่ายังมี ความเชื่อที่ผิด ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.90$) โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่างจากการไปเอง ($\bar{X} = 4.20$) และรถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น ($\bar{X} = 4.10$) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะนี้ เป็นขั้นตอนการนำสภาพปัญหาและข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอวังสมบูรณ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและยกระดับรูปแบบการพัฒนาผลการศึกษาพบว่า

1. กระบวนการยกร่างและพัฒนารูปแบบจากการนำคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาให้แก่ชุมชนพบว่าภาคีเครือข่ายมีความตระหนักถึงปัญหาความล่าช้าและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับระบบ 1669 จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (AIC) จนได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานใหม่ที่ชื่อว่า "วังสมบูรณ์โมเดล (Wang Sombun Model)" หรือรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิถีใหม่โดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: ระบบแจ้งเตือนภัยในชุมชน (Community Alert System) เนื่องจากชาวบ้านไม่กล้าโทร 1669 โดยตรง ที่ประชุมจึงตกลงให้มีแกนนำหมู่บ้านและ อสม. เป็นด่านหน้าในการรับแจ้งเหตุและช่วยประเมินอาการเบื้องต้นตามหลัก FAST ก่อนประสานศูนย์สั่งการ เพื่อลดความรู้สึกเกรงใจและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 2: การพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ (Capacity Building) กำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน เพื่อให้สามารถคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีเรียกรถฉุกเฉินที่ถูกต้อง เพื่อนำไปขยายผลต่อในหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 3: ช่องทางด่วนพิเศษ (Fast Track Communication) จัดทำช่องทางติดต่อสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ EMS วังสมบูรณ์พิทักษ์ชีพ ระหว่างผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อส่งพิกัดและข้อมูลผู้ป่วยแบบ Real-time

องค์ประกอบที่ 4: มาตรการทางสังคม (Social Measure) กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน โดยให้ทุกครัวเรือนที่มีกลุ่มเสี่ยงต้องมีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดไว้ที่บ้านในจุดที่มองเห็นชัดเจน และเพื่อนบ้านข้างเคียงมีหน้าที่ช่วยสอดส่องดูแล

2. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบหลังจากได้ร่างรูปแบบการพัฒนาแล้ว ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนภาคีเครือข่ายร่วมกันประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ผลการประเมินพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.65, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมสูงสุดคือ ด้านความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวิถีชีวิตชุมชน (\bar{X} = 4.75) รองลงมาคือ ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (\bar{X} = 4.60) และ ด้านความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับ (\bar{X} = 4.55) ตามลำดับ นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายยังได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า รูปแบบนี้จะช่วยปิดช่องว่างเรื่องความรู้ของชาวบ้านได้ โดยเฉพาะการใช้อาสาสมัครในพื้นที่ช่วยยืนยันอาการ จะทำให้ญาติผู้ป่วยมั่นใจที่จะใช้บริการรถกู้ชีพมากขึ้น ซึ่งผลการประเมินนี้ยืนยันว่ารูปแบบ “วังสมบูรณ์โมเดล” มีความพร้อมที่จะนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ
ในระยะเวลาที่ 3 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายเดิม คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และภาคีเครือข่าย เป็นระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นจึงทำการประเมินผลลัพธ์โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้ส่วนที่ 1: ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความเชื่อ ของกลุ่มเสี่ยง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนา เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนา พบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. ด้านความรู้ ภายหลังจากใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น จากเดิมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 11.50 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 16.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 18) โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องแม่นยำขึ้นในเรื่องสัญญาณเตือน FAST และปัจจัยเสี่ยงในส่วนของ ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระยะแรก พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเดิม 5.20 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 10.85 คะแนน (คะแนนเต็ม 12) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวและบุคคลต้นแบบ ช่วยให้ชาวบ้านจำหมายเลข 1669 ได้แม่นยำขึ้น และเข้าใจถูกต้องแล้วว่าบริการนี้ฟรีและใช้ได้กับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ไม่ใช่แค่อุบัติเหตุ

2. ด้านทัศนคติและความเชื่อ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเปลี่ยนไปในทางบวก โดยค่าเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางค่อนข้างน้อย (\bar{X} = 2.45) เป็นระดับมาก (\bar{X} = 4.25) โดยเฉพาะความรู้ลึกซึ้งอัดใจในการโทรแจ้งเหตุลดลงอย่างมาก เนื่องจากมีแกนนำชุมชนคอยช่วยเหลือในด้านความเชื่อที่ผิด พบว่าลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากเดิมที่มีความเชื่อผิด ๆ ในระดับสูง (\bar{X} = 3.90) ลดลงเหลือระดับต่ำ (\bar{X} = 1.80) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่เล็กเชื่อว่ารถกู้ชีพมีไว้ขนส่งหรือคนเจ็บหนักเท่านั้น แต่หันมาเชื่อมั่นว่ารถกู้ชีพคือโอกาสรอดชีวิตแทน

2. ผลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานจากการสอบถามภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบฯ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.68, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (\bar{X} = 4.80) ภาคีเครือข่ายรู้สึกว่าการพัฒนาขึ้นทำให้เขามั่นใจที่จะดูแลตนเองและคนในครอบครัวมีความมั่นใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ (\bar{X} = 4.75) สะท้อนถึงความสำเร็จของการอบรมแกนนำที่ทำให้เกิดทักษะปฏิบัติจริงเนื้อหา มีประโยชน์และนำไปถ่ายทอดแก่ชุมชนได้ (\bar{X} = 4.70) ภาคีเครือข่ายรู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการกระจายความรู้สู่เพื่อนบ้านนอกจากนี้ ยังพบข้อมูลเชิงประจักษ์ในช่วงการทดลองใช้ 3 เดือนว่า สถิติการเรียกใช้บริการ 1669 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองเพิ่มขึ้นจากสถิติเดิมร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด และระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Response Time) ของทีมกู้ชีพลดลงเฉลี่ย 5 นาที เนื่องจากการแจ้งพิกัดที่แม่นยำผ่านไลน์กลุ่มเครือข่ายบท

สรุปผลการวิจัยทั้ง 3 ระยะ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (วังสมบูรณโมเดล) ประสบความสำเร็จในการปิดช่องว่างปัญหา ทั้งในด้านความรู้ และความไว้วางใจ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดี และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและเข้มแข็งสามารถยกระดับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ จังหวัดสระแก้ว สามารถนำมาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ประเด็นด้านประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สถิติการเรียกใช้บริการสายด่วน 1669 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกล สินธุพรหม⁹ ที่พบว่า การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้เกิดการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้นผ่านความร่วมมือของเครือข่าย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งรัตน์ พลະไกร และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการเฝ้าระวังในชุมชนโดยอาศัยความรู้ของคนในชุมชนและสัมพันธ์ภาพของผู้ปฏิบัติงาน (เช่น อสม. หรือนักบริหารผู้สูงอายุ) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่รูปแบบการพัฒนาเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory Action) ทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังและการนำส่งที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

2. ประเด็นด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้ของชุมชนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยค่าเฉลี่ยความเชื่อที่ว่ารถกู้ชีพมีไว้ขนส่งหรือคนเจ็บหนักเท่านั้นลดลง (\bar{X} = 1.80) และหันมาเชื่อมั่นว่ารถกู้ชีพคือโอกาสรอดชีวิตแทน ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการให้ความรู้และการสื่อสารในรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดของ นวลจันทร์ ประพงษ์¹¹ ที่ระบุว่า การเฝ้าระวังในชุมชนต้องเริ่มต้นด้วยความรู้ของคนในชุมชน โดยเฉพาะการใช้แบบประเมินหรือ Checklist ง่ายๆ สำหรับคัดกรองอาการ Stroke/STEMI ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) เกิดความมั่นใจในการประเมินและตัดสินใจร้องขอความช่วยเหลือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรทิพย์ ชุนวิเศษ และคณะ¹² ที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยสร้างความเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการแจ้งเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้อง

3. ประเด็นความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและผู้ให้บริการผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.68$) โดยเฉพาะในประเด็นความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้และการถ่ายทอดต่อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัญญา คำแพง และคณะ¹³ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและพบว่าหลังการใช้โปรแกรม บุคลากรมีความพึงพอใจในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) เนื่องจากการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยลดความซับซ้อนและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ นวลจันทร์ ประพงษ์¹¹ ที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจมากในรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น เพราะรู้สึกว่าการขึ้นตอนการประเมินผู้ป่วยช่วยประหยัดเวลาและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

4. ประเด็นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นความสำเร็จนี้เกิดจากรูปแบบการดำเนินงานที่ไม่ได้สั่งการจากเบื้องบน แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพแกนนำให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติจริง ทำให้แกนนำเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะไปสื่อสารต่อกับชาวบ้านในภาษาเดียวกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบจึง

เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกล สินธุพรหม⁹ ที่พบว่า การจัดการโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับ พรทิพย์ ชุนวิเศษ และคณะ¹² ที่ระบุว่า การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องอาศัยทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงจะเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการดำเนินงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นและมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงาน ระดับนโยบายหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรส่งเสริมรูปแบบการทำงานที่เน้นการกระจายอำนาจทางความรู้สู่ชุมชน แทนการประชาสัมพันธ์ทางเดียวแบบเดิม ผลการวิจัยยืนยันแล้วว่าการให้แกนนำชุมชนเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ส่งสารและผู้คัดกรองเบื้องต้นเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเชื่อเดิม (เช่น รถกู้ชีพมีไว้ชนศพ) และสร้างความไว้วางใจในระบบบริการได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่รัฐดำเนินการเอง

2) โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำนี้ไปประยุกต์ใช้โดยเน้นการฝึกทักษะการคัดกรองอาการ (Stroke Fast Track) ให้เป็นภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่ายเพื่อให้แกนนำสามารถประเมินเพื่อนบ้านและตัดสินใจโทร 1669 ได้ทันที โดยไม่ต้องรอปรึกษาเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลา (Time to Treatment) ในการเข้าถึงบริการได้จริงตามผลการศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อ ประเมินว่าชุมชนยังคงมีอัตราการใช้บริการ 1669 อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และแกนนำยังคงปฏิบัติ หน้าที่อย่างเข้มแข็งเพียงใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบให้เกิดความยั่งยืนในบริบทจริง

2) ควรนำรูปแบบการสร้างเครือข่าย การแพทย์ฉุกเฉินนี้ ไปทดลองปรับใช้กับกลุ่มโรค เวลาวิกฤตอื่นๆ (Time Dependent Diseases) เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Trauma) เพื่อดูว่ากระบวนการมีส่วนร่วมนี้สามารถ ตอบสนองต่อบริบทโรคที่มีความเร่งด่วนแตกต่างกัน ได้ดีเพียงใด

3) การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน การทำงานของภาคีเครือข่าย เช่น แอปพลิเคชัน แจ้งเหตุ หรือ ระบบติดตามตำแหน่งรถกู้ชีพ (GPS Tracking) ที่ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงได้ เพื่อ เพิ่มความมั่นใจและความรวดเร็วในการ ประสานงานมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2023). Global Stroke Fact Sheet 2023. <https://www.world-stroke.org/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับ ประชาชน. <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623>
3. ปิยะนุช จิตตสุนนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, พิมพิศา คักดีสองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และ ญุณท์ วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาตำบลห้วย นาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(2), 13–25.
4. พรภัทรา แสนเหลา, สายนาท พลไชโย, เบญญา สนิทสิงห์, ทศพร ปิ่นแก้ว, และ ตรุณี ภาระขันธ. (2564). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลไชยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 88–97.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.
6. โรงพยาบาลวังสมบูรณ์. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานเวช ระเบียนและสถิติ.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
8. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.
9. สกล ลินธุพรหม. (2563). การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 17(2), 1-13.
10. รุ่งรัตน์ พละไกร, เบญจวรรณ อ่อนอรธ, รุ่งเจริญ ภาวิง, วิฑิตกา แสนการุณ, นิยมล กมฺพชาติ, และ นิยมลา สวัสดิ์พันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง STROKE และ STEMI อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (รายงานการวิจัย). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
11. นวลจันทร์ ประพงษ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง STROKE และ STEMI โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพรเจริญ.
12. พรทิพย์ ขุนวิเศษ, วรพันธ์ หอมกรุ่น, บุษยา คำคำ, อติศักดิ์ ขวลิทวัชระ, เลิศฤทธิ์ พลนิกร, และ ทัสมะ จันทร์พิลา. (2561). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบลห้วยงู อำเภอ เมือง จังหวัดชัยนาท (รายงานการวิจัย). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
13. สุกัญญา คำแปง และ ศิริวรรณ บุญวิศิษฐ์. (ม.ป.ป.). ผลของการใช้โปรแกรมจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อ ความสามารถในการคัดกรอง การส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสัชชา ลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก.