

กรณีศึกษา

ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน กับการจัดบริการทางการแพทย์ ในสถานการณ์ชุมนุม กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556-2557

พศ.นพ.ธีระ วรรณารัตน์



กรณีศึกษาด้าน
การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ชุมนุม กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2556-2557



ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์
สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรองานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีศึกษาด้าน

การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ชุมชน กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2556-2557

ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์

สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรับปรุงงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ISBN: 978-616-551-873-4

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2557

จำนวน 500 เล่ม

ราคา 250 บาท

พิมพ์ที่ บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด

219 ซอยเพชรเกษม102/2 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160

โทรศัพท์ 02-809-2281-3 โทรสาร 02-809-2284

www.fast-books.com

อาร์มภบท

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ในระหว่างสถานการณ์ชุมนุมทางการเมืองครั้งประวัติศาสตร์ของประเทศไทยตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questionnaire) ที่สร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินของหลักสาธารณสุขมูลฐาน เก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมนุมของคณะกรรมการประชาชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข (กปปส.) บริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย บริเวณสะพานผ่านฟ้าลีลาศ บริเวณสวนลุมพินี และบริเวณแยกปทุมวัน ในระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2556 ถึง 17 มกราคม 2557 โดยผู้ให้ข้อมูลคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ชุมนุม โดยคณะผู้วิจัยได้กลุ่มเป้าหมายจากกระบวนการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ส่วนข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากข่าวหนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 40 คน จากบริเวณพื้นที่ชุมนุม และหน่วยบริการทางการแพทย์ 11 แห่ง

ผลการศึกษาแบ่งเป็นสองส่วน คือ 1) ผลการวิเคราะห์ตามโครงสร้าง (framework analysis) ของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าการจัดบริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานในด้านความเป็นธรรม ความครอบคลุมของการให้บริการทางการแพทย์ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของหน่วยบริการ การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วน และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีทั้งข้อดีข้อด้อย และคณะผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการพัฒนาตามหลักดังกล่าว และ 2) ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบรูปแบบพัฒนาการการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมนุมตามเวลาตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2556 ถึง 6 กุมภาพันธ์ 2557 เป็น 4 ระยะ คือระยะเริ่มแรก ระยะที่บุคลากรทางการแพทย์เริ่มมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ระยะการจัดตั้งทีม และระยะการจัดระบบเครือข่าย และได้มีการเสนอแบบจำลองโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์การชุมนุม เหตุการณ์ชุมนุมที่เกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก และมีผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนนั้น สมควรมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องประสานงานกันอย่างเป็นระบบ และมีทรัพยากรสนับสนุน

คณะผู้วิจัยคาดว่ากรณีศึกษาครั้งนี้จะมีส่วนเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสามารถประกอบกรวางแผนการจัดระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน และเป็นต้นแบบในการจัดบริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะผู้วิจัยได้รับโอกาสในการวิจัยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพและหลักการ
จัดระบบสาธารณสุขมูลฐานในสถานการณ์ชุมนุมครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศไทย นับว่าเป็น
ประสบการณ์สำคัญที่ได้จริงจากการปฏิบัตินอกเหนือจากวิชาการในตำรา และเหมาะสมสำหรับการถอด
บทเรียนครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาสำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์วิกฤติ
ในอนาคต

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ. ประจักษ์ ศรีวิวัฒน์ อ.นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน
ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยอาสาสมัคร พี่ๆ อาสาสมัครทุกท่านที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการทาง
การแพทย์ในชุมชน รวมถึงผู้รับบริการของหน่วยบริการการแพทย์จากบริเวณเวทีชุมชนราชดำเนิน
กองทัพธรรม ปทุมวัน และสวนลุมพินี

ขอบคุณทีมงานของคณะผู้วิจัยที่ร่วมแรงร่วมใจในการค้นหาข้อมูล เก็บข้อมูลภาคสนาม และตั้งใจ
ทำงานวิจัยนี้ให้สำเร็จด้วยดี

แม้จะมีบุคคลที่ให้ข้อมูลหลายท่านที่ช่วยให้การวิจัยสำเร็จได้นั้น แต่ท่านเหล่านี้ไม่มีส่วนในการ
รับผิดชอบใดต่อข้อบกพร่องใดๆ อันอาจเกิดจากความไม่รอบคอบ หรือความรู้ไม่เพียงพอของคณะผู้วิจัย
เอง ความบกพร่องทั้งหมดที่อาจมีอยู่เป็นความรับผิดชอบของคณะผู้วิจัยเท่านั้น

คณะผู้วิจัย

ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์

ชนิกานต์ ข้าเหมื่อน

นิภาพร เอื้อวันณะโชติมา

นิตารัตน์ อุตตะมะ

ณัฐวดี มณีพรหม

กุมภาพันธ์ 2557

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	4
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	17
บทที่ 4 ผลการศึกษา	26
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	35
บรรณานุกรม	44
ภาคผนวก	51
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	
ภาคผนวก ข สาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลประเมินตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน	
ภาคผนวก ค บทสัมภาษณ์	
ภาคผนวก ง ประมวลภาพเหตุการณ์การให้บริการทางการแพทย์กับการชุมนุมทางการเมือง	
ภาคผนวก จ ประมวลภาพเหตุการณ์การแสดงออกทางการเมืองของบุคลากรสาธารณสุข	

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	พื้นที่การชุมนุมบริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย	23
2	พื้นที่การชุมนุมบริเวณสะพานผ่านฟ้าลีลาศ	24
3	พื้นที่การชุมนุมบริเวณสวนลุมพินี และแยกปทุมวัน	25
4	ระยะทางจากหน่วยบริการถึงเวทีชุมนุม บริเวณอนุสาวรีย์ ประชาธิปไตย	30
5	แสดงพัฒนาการของการให้บริการทางแพทย์ในระยะต่างๆ	35
6	รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุมทางการเมือง ตามหลักโรงพยาบาลสนาม	42
7	แสดงช่วงระยะเวลาทำการศึกษา	42

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง พ.ศ. 2556-2557	17
2	แสดงความสำคัญและการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง พ.ศ. 2556-2557	19
3	Matrix แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีความสำคัญและการมีอิทธิพลต่อการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์	20
4	ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ให้บริการแยกตามหน่วยบริการทางการแพทย์	26
5	ประเมินการให้บริการทางการแพทย์ในการชุมนุมทางการเมืองตาม Social innovation platform	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิกฤตการณ์การเมืองไทย พ.ศ. 2556–2557 มีที่มาจากการที่รัฐบาลผ่านพระราชบัญญัตินิรโทษกรรมแก่ผู้มีความผิดทางการเมือง เป็นเหตุให้มีประชาชนหลายกลุ่มออกมาแสดงความคิดเห็นต่อต้าน ด้วยการอ้างว่า ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้จะช่วยให้พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี พ้นจากความผิดทางการเมือง และสามารถกลับเข้าประเทศไทย นำไปสู่การรวมตัวของมวลชนหาประชาชน โดยมีแกนนำที่สำคัญได้แก่ นายสุเทพ เทือกสุบรรณ

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2556 กลุ่มผู้ชุมนุมฝ่ายนายสุเทพ ได้ปิดล้อมและพยายามบุกรุกเข้ายึดอาคารสถานที่ราชการหลายแห่ง เพื่อหวังจะบังคับให้ปิดทำการ ทำให้เกิดเหตุรุนแรงขึ้น คือ การปะทะกันระหว่างกลุ่มสนับสนุนและต่อต้านรัฐบาลบริเวณมหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อการชุมนุมขยายตัวขึ้นโดยมีการยกระดับการชุมนุมในวันที่ 1 ธันวาคม 2556 ทำให้เกิดการปะทะกันระหว่างผู้ชุมนุมและตำรวจ ตำรวจได้ใช้แก๊สน้ำตาและหัวฉีดน้ำ เพื่อยับยั้งไม่ให้ผู้ชุมนุมเข้าไปภายในทำเนียบรัฐบาล เป็นเหตุให้ประชาชนได้รับบาดเจ็บ รวมไปถึงเกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน

จากเหตุการณ์ความรุนแรงดังกล่าวระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานในที่ชุมนุมจึงมีความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บในที่ชุมนุม และเพื่อให้ประชาชนที่มาชุมนุมได้รับการบริการอย่างครอบคลุม ทั้งถึง เท่าเทียมกัน รวมถึงมีสุขภาพที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการชุมนุม

ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานในที่ชุมนุม เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปประกอบการวางแผนการจัดระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และเป็นต้นแบบในการจัดบริการในที่ชุมนุมต่อไป

คำถามการวิจัย

ระบบบริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมเป็นไปตามหลักสาธารณสุขมูลฐานหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาระบบบริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมของคณะกรรมการประชาชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข (กปปส.) ดำเนินการระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2556–17 มกราคม 2557 บริเวณสถานที่ชุมนุมของกลุ่ม กปปส.

นิยามศัพท์เฉพาะ

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง เป็นบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านโดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน ซึ่งรัฐมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาวางแผน และจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่⁽¹⁾

Equity หมายถึง ความเป็นธรรมในการรับบริการทางการแพทย์⁽²⁾

Coverage หมายถึง การครอบคลุมของบริการสาธารณสุขนั้นเป็นส่วนหนึ่ง que แสดงให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการบริหารงานสาธารณสุข นอกเหนือจากสมดุคุณภาพของการใช้ทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่⁽³⁾

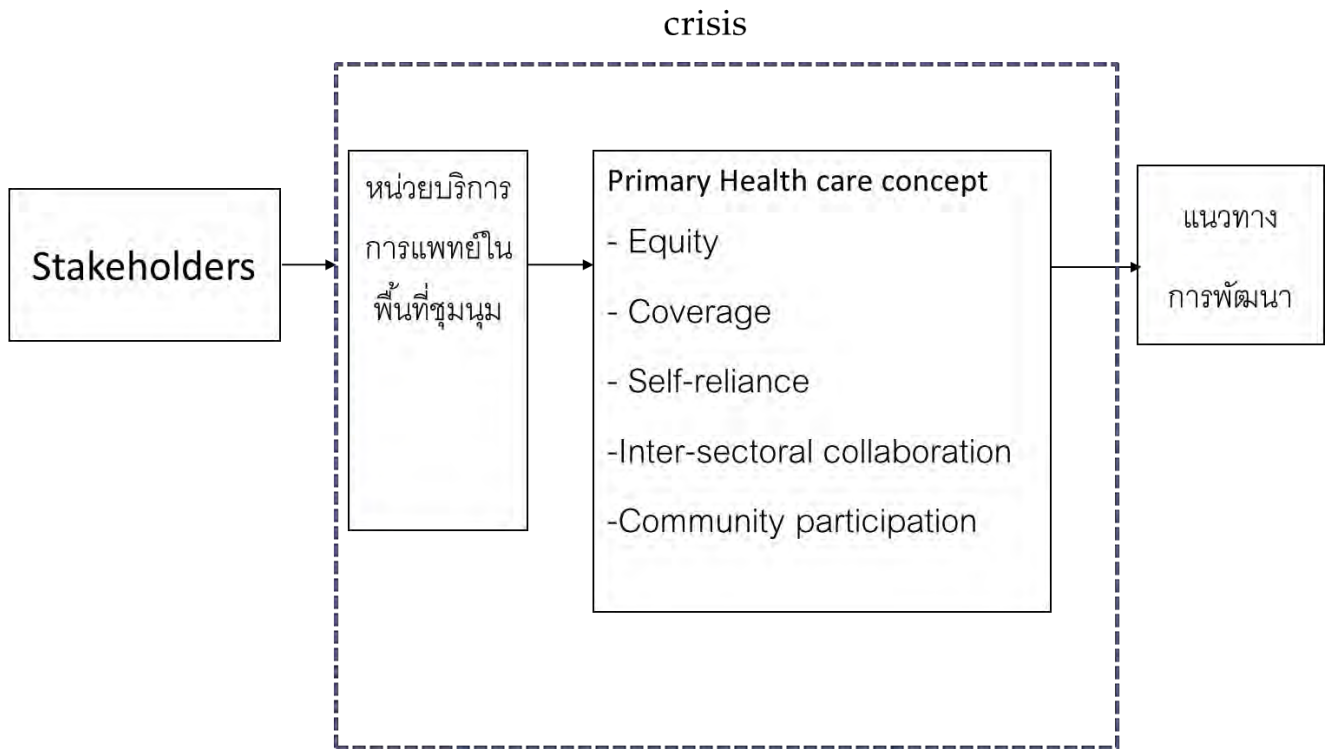
Self-reliance หมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองในการจัดการทรัพยากร การบริหารเงิน การจัดการวัสดุอุปกรณ์ การจัดการ⁽⁴⁾

Inter-sectoral collaboration หมายถึง การประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพ และการผสมผสานการทำงานร่วมกับการพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ⁽⁵⁾

Community participation หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ กำหนดปัญหา การวางแผนงาน และการดำเนินงาน^(6, 7)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องหลักในการให้บริการทางการแพทย์ (ตามแต่ละวิธีการ) ประกอบด้วย ประชาชนที่เข้าร่วมการชุมนุม บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครกู้ภัย ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ บริษัทยา แกนนำ กปปส. กองทัพรธรรม คปท. และนักการเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สามารถสะท้อนบริการทางการแพทย์ในชุมชนว่าเป็นไปตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานหรือไม่ และนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนต่อไป

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การศึกษาวិจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากาารให้บริการทางการแพทยในทีชุมชนตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม ครอบคลุมใน 6 ประเด็น ดังนี้

1. ที่มาของการชุมชน
 - 1.1 วิฤตการณการเมืองไทย พ.ศ. 2556–2557
 - 1.2 ลำดับเหตุการณ์สำคัญ
2. เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดจากการชุมชน
3. บทบาทของแพทย์ต่อสถานการณ์ชุมชน
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 4.1 องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 4.2 ขั้นตอนการทางานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. โรงพยาบาลสนาม
 - 5.1 ความหมายและความสำคัญ
 - 5.2 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม
 - 5.3 การบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม
6. การสาธารณสุขมูลฐาน
 - 6.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 6.2 หลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

1. ที่มาของการชุมชน

1.1 วิฤตการณการเมืองไทย พ.ศ. 2556–2557

วิฤตการณการเมืองไทย พ.ศ. 2556–2557 เริ่มขึ้นจากการที่สภาผู้แทนราษฎร ลงมติให้ร่างพระราชบัญญัตินิรโทษกรรมแก่ผู้ซึ่งกระทำความผิดเนื่องจากการชุมนุมทางการเมือง การแสดงออกทางการเมืองของประชาชน ผ่านการพิจารณาในวาระที่สองและสาม ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 เป็นเหตุให้ประชาชนหลายกลุ่มแสดงการคัดค้าน โดยนายสุเทพ เทือกสุบรรณ เป็นผู้นำการชุมนุม รวมถึงพรรคประชาธิปัตย์ ซึ่งต่อต้านด้วยการอ้างว่า ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ จะช่วยให้พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี พ้นจากความผิดทางการเมือง และสามารถกลับเข้าประเทศไทย ทั้งเชื่อว่า นายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร อยู่เบื้องหลังการนี้ อีกทั้งยังมีการคัดค้านของแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.) และกลุ่มคนเสื้อแดงส่วนหนึ่งด้วย เนื่องจากร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

จะล้างความผิดของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ และนายสุเทพ เทือกสุบรรณ ให้พ้นจากข้อหาสั่งสลายการชุมนุมเมื่อเดือนเมษายนและพฤษภาคม 2553 จนมีผู้บาดเจ็บล้มตายจำนวนมาก วันที่ 11 พฤศจิกายน 2556 วุฒิสภาลงมติไม่เห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ แต่การชุมนุมที่นำโดยนายสุเทพ เทือกสุบรรณ ยังคงดำเนินต่อไป โดยเปลี่ยนเงื่อนไขเป็นการต่อต้านรัฐบาลแทน

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2556 ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยว่า การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ ว่าด้วยที่มาของสมาชิกวุฒิสภา ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 แต่พรรคเพื่อไทยปฏิเสธคำวินิจฉัยนี้ โดยให้เหตุผลว่า ศาลรัฐธรรมนูญก้าวล่วงเขตอำนาจของรัฐสภา ในอันที่จะแก้ไขรัฐธรรมนูญตามกระบวนการ รวมทั้งมีสมาชิกพรรคเพื่อไทย และนักวิชาการส่วนหนึ่งให้ความเห็นก่อนหน้าเห็นว่า ศาลรัฐธรรมนูญละเมิดพระราชอำนาจ เนื่องจากร่างแก้ไขดังกล่าวนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายไปแล้วตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ทำให้จำนวนผู้ชุมนุมต่อต้านรัฐบาลเพิ่มขึ้นในช่วงสุดสัปดาห์เดียวกัน⁽⁸⁾ ทั้งนี้รัฐบาลชี้แจงว่าไม่สามารถขอร่างกฎหมายดังกล่าวคืนได้⁽⁹⁾ ต่อมาในวันที่ 8 ธันวาคม 2556 นายกรัฐมนตรีขอพระราชทานถอนร่างรัฐธรรมนูญดังกล่าว พร้อมทั้งขอพระราชทานอภัยโทษ หากกระทำความผิดพระยุคลบาท⁽¹⁰⁾ ขณะนั้น พช.จัดการชุมนุมเพื่อตอบโต้การต่อต้านรัฐบาลขึ้นที่สนามราชมิ่งคลาภิฟ้าสถานตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2556 ถึงเช้าวันที่ 1 ธันวาคม 2556

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2556 กลุ่มผู้ชุมนุมฝ่ายนายสุเทพ เริ่มปิดล้อมและพยายามบุกรุกเข้ายึดอาคารสถานที่ราชการหลายแห่ง เพื่อหวังจะบังคับให้ปิดทำการ ทำให้เกิดเหตุรุนแรงเกิดขึ้นจากการปะทะกันระหว่างกลุ่มสนับสนุนและต่อต้านรัฐบาลบริเวณมหาวิทยาลัยรามคำแหงตลอดทั้งวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556 ต่อเนื่องจนถึงเช้าวันที่ 1 ธันวาคม 2556 มีผู้เสียชีวิต 4 คน และบาดเจ็บ 57 คน⁽¹¹⁾

วันที่ 1 ธันวาคม 2556 เกิดการปะทะกันระหว่างผู้ชุมนุมและตำรวจเป็นเวลาสองวัน ตำรวจได้ใช้แก๊สน้ำตาและหัวฉีดน้ำ เพื่อยับยั้งไม่ให้ผู้ชุมนุมเข้าไปภายในทำเนียบรัฐบาล โดยมีรายงานผู้ได้รับบาดเจ็บ 119 คน⁽¹²⁾ ต่อมาวันที่ 3 ธันวาคม 2556 ตำรวจได้รี้อถอนสิ่งกีดขวาง แล้วปล่อยให้กลุ่มผู้ชุมนุมเข้าไปภายในทำเนียบรัฐบาล เพื่อลดความตึงเครียด ถือเป็นทางสงบศึกชั่วคราว เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายฉลองวันเฉลิมพระชนมพรรษาของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช⁽¹³⁾ ต่อมาวันที่ 8 ธันวาคม 2556 ส.ส.พรรคประชาธิปัตย์ทั้ง 153 คนประกาศลาออก และในวันที่ 9 ธันวาคม 2556 นายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ประกาศยุบสภาผู้แทนราษฎร โดยพระราชกฤษฎีกากำหนดให้มีการเลือกตั้งทั่วไปในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557 แต่กลุ่มผู้ชุมนุมปฏิเสธการเลือกตั้งดังกล่าว โดยเรียกร้องให้มีการจัดตั้งสิ่งที่ผู้ชุมนุมเรียกว่า "สภาประชาชน" เพื่อปฏิรูปประเทศ และตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2557 นายสุเทพนัดชุมนุมปิดกรุงเทพมหานคร เพื่อกดดันรัฐบาลรักษาการต่อไป⁽¹⁴⁾

1.2 ลำดับเหตุการณ์สำคัญ

30 ต.ค. 2556 : นายสุเทพ เทือกสุบรรณ แกล้งข่าวจัดการชุมนุมใหญ่วันที่ 31 ตุลาคม 2556 หลังจากทีรัฐบาลนำพระราชบัญญัตินิรโทษกรรมเข้าพิจารณาวาระที่ 3

31 ต.ค. 2556 : เริ่มการชุมนุมที่สถานีรถไฟสามเสน

4 พ.ย. 2556 : ย้ายการชุมนุมไปที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย

11 พ.ย. 2556 : นายสุเทพยกระดับการชุมนุมดำเนินมาตรการ 4 ข้อ และเปิดตัวแกนนำ 9 คน และลาออกจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร

19-20 พ.ย. 2556 : นปช. ชุมนุมใหญ่ที่ราชมณฑลคลาภิฟ้าสถาน ครั้งที่ 1

20 พ.ย. 2556 : ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยว่า การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ ว่าด้วยที่มาของสมาชิกวุฒิสภา ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

24-30 พ.ย. 2556/1 ธ.ค. 2556 : นปช. ชุมนุมใหญ่ที่ราชมณฑลคลาภิฟ้าสถาน ครั้งที่ 2

24 พ.ย. 2556 : การชุมนุมใหญ่ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย และบริเวณโดยรอบโดยแกนนำเรียกว่า "วันมวลมหาประชาชน คนไทยใจเกินล้าน"

25 พ.ย. 2556 : กลุ่มผู้ชุมนุมเดินทางไปปิดล้อม 13 สถานที่สำคัญ และนายสุเทพนำผู้ชุมนุมบุกยึดกระทรวงการคลัง ทำให้นายกรัฐมนตรีแกล้งเพิ่มเขตพื้นที่บังคับใช้ พ.ร.บ. การรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ. 2551 ดูแลการชุมนุม⁽¹⁵⁾

27 พ.ย. 2556 : กลุ่มผู้ชุมนุมบุกยึดศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

29 พ.ย. 2556 : เปิดตัวกลุ่ม กปปส. โดยนายสุเทพเป็นเลขาธิการ

30 พ.ย. 2556/1 ธ.ค. 2556 : เกิดเหตุจลาจลบริเวณรอบนอกมหาวิทยาลัยรามคำแหง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 64 ราย⁽¹⁶⁾

1-3 ธ.ค. 2556 : เกิดการปะทะกันระหว่างผู้ชุมนุมและตำรวจบริเวณใกล้ทำเนียบรัฐบาล มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 221 ราย⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

9 ธ.ค. 2556 : กลุ่มผู้ชุมนุมคืนพื้นที่กระทรวงการคลัง และศูนย์ราชการฯ และย้ายไปชุมนุมที่แยกนางเลิ้ง และนายกรัฐมนตรียุบสภาผู้แทนราษฎร โดยจัดการเลือกตั้งใหม่ 2 กุมภาพันธ์ 2557

22 ธ.ค. 2556 : มีการชุมนุมปิดถนนในกรุงเทพมหานคร 6 จุด เป็นเวลาครึ่งวัน

26 ธ.ค. 2556 : เกิดเหตุจลาจลที่ศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร (ไทย-ญี่ปุ่น) เขตดินแดง มีผู้บาดเจ็บ 160 ราย

1 ม.ค. 2557 : นายสุเทพประกาศแผนปิดกรุงเทพ ที่จะดำเนินการในวันที่ 13 มกราคม 2557

13 ม.ค. 2557 : การชุมนุมปิดถนนในกรุงเทพมหานคร 7 จุด ได้แก่ อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ, แยกปทุมวัน, แยกราชประสงค์, แยกอโศก, สวนลุมพินี, ห้าแยกลาดพร้าว และศูนย์ราชการฯ⁽²⁰⁾

15 ม.ค. 2557 : ประชุมหารือเรื่องกำหนดวันเลือกตั้ง ซึ่ง กกต. 5 คน กปปส. ปชป. สตง. และศาลยุติธรรม ไม่เข้าร่วม มติที่ประชุมให้คงวันเลือกตั้งตามเดิม

17 ม.ค. 2557 : มีผู้ข่ว่างระเบิดลูกเกลี้ยงใส่กลุ่มผู้ชุมนุมที่เดินขบวนบริเวณถนนบรรทัดทอง บาดเจ็บ 41 ราย ⁽²¹⁾

19 ม.ค. 2557 : มีผู้ข่ว่างระเบิดลูกเกลี้ยงใส่ผู้ชุมนุมบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ได้รับความบาดเจ็บ 28 ราย ⁽²²⁾

21 ม.ค. 2557 : นายกรัฐมนตรีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง ⁽²³⁾

24 ม.ค. 2557: ศาลรัฐธรรมนูญมีมติ 8:0 ว่าวันเลือกตั้งทั่วไปสามารถเลื่อนออกไปได้ และมีมติ 7:1 ว่า ครม.กับ กกต. สามารถปรึกษาหารือกัน เพื่อหาข้อสรุปในเรื่องดังกล่าวได้ ⁽²⁴⁾

26 ม.ค. 2557 : มีการเลือกตั้งล่วงหน้า โดยกลุ่ม กปปส. ได้เข้าขัดขวางผู้ต้องการใช้สิทธิ ทำให้เกิดเหตุปะทะของกลุ่มชนบริเวณใกล้เคียงที่เลือกตั้งล่วงหน้า โดยแกนนำ กปท. ถูกยิงเสียชีวิต 1 คน และบาดเจ็บ 12 คน ⁽²⁵⁾

28 ม.ค. 2557: การหารือระหว่างคณะรัฐมนตรีกับ กกต. หาข้อยุติร่วมกันไม่ได้ จึงจำเป็นต้องจัดการเลือกตั้งทั่วไป ในวันที่ 2 ก.พ. 2557 ตามพระราชกฤษฎีกาฯ ต่อไปตามเดิม ⁽²⁶⁾

2. เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดจากการชุมนุม

30 พ.ย. 2556-1 ธ.ค. 2556: เกิดเหตุจลาจลที่บริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัยรามคำแหง และสนามราชมั่งคณาภิฟ้าสถานมีผู้บาดเจ็บบางส่วนจากทั้งหมด 64 ราย และผู้เสียชีวิต 5 ราย ⁽²⁷⁾

1-3 ธ.ค. 2556: เกิดการปะทะกัน บริเวณสะพานชัยมรุเชฐ, สะพานมัทวานรังสรรค์และสะพานอรทัย โดยรอบทำเนียบรัฐบาล มีผู้บาดเจ็บบางส่วนจากทั้งหมด 221 ราย ต่อมาเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2557 จำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มเป็น 226 ราย เสียชีวิต 1 ราย ⁽²⁸⁾

25-26 ธ.ค. 255: เกิดเหตุจลาจลบริเวณศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร (ไทย-ญี่ปุ่น) มีผู้บาดเจ็บบางส่วนจากทั้งหมด 156 ราย และผู้เสียชีวิตทั้งหมด 2 ราย ⁽²⁹⁾

10 ม.ค. 2557: จากเหตุปะทะกันที่แยกบางคูวัดระหว่าง กปปส. และคนเสื้อแดง จังหวัดปทุมธานี มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 5 ราย ⁽³⁰⁾

11 ม.ค. 2557: จากเหตุปะทะกันที่แยกคอกวัว มีผู้บาดเจ็บ 7 ราย ⁽³¹⁾

12 ม.ค. 2557: จากเหตุปะทะกันบริเวณศูนย์ราชการฯ มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 1 รายคือ สำราญจันทร์ทองอ่อน อายุ 36 ปี ผู้ชุมนุมซึ่งถูกยิงบริเวณโพลารัฐด้านซ้าย ⁽³²⁾

15 ม.ค. 2557: จากเหตุจลาจลบริเวณสะพานเฉลิมหล้า มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 2 ราย ⁽³³⁾

17 ม.ค. 2557: จากเหตุข่ว่างระเบิดลูกเกลี้ยงใส่ขบวนกลุ่มผู้ชุมนุม ซึ่งเคลื่อนไปตามถนนบรรทัดทอง มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 40 ราย และเสียชีวิต 1 ราย ⁽³⁴⁾

18 ม.ค. 2557: เกิดเหตุยิงนายสมศักดิ์ ปานนพภา การ์ด กปปส. บริเวณที่ชุมนุมห้าแยกลาดพร้าว ⁽³⁵⁾

19 ม.ค. 2557: เกิดเหตุมีผู้ชว้างระเบิดลูกเกลี้ยงใส่ผู้ชุมนุมบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 28 ราย แต่ยังไม่มียางานผู้เสียชีวิต⁽³⁶⁾

26 ม.ค. 2557: เกิดเหตุจลาจลบริเวณสถานที่เลือกตั้งล่วงหน้าใน กทม. คือ บริเวณวัดศรีเอี่ยม มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 10 ราย เสียชีวิต 1 ราย, บริเวณวัดสังฆราชา มีผู้บาดเจ็บ 1 ราย และผู้บาดเจ็บเล็กน้อย บริเวณหน่วยเลือกตั้งล่วงหน้า เขตหลักสี่ 1 ราย เขตหนองแขม 1 ราย ผู้ชุมนุม กปท. บาดเจ็บ 11 ราย เสียชีวิต 1 ราย

28 ม.ค. 2557: เกิดเหตุปะทะบริเวณสโมสรทหารบก ถนนวิภาวดีรังสิต มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 5 ราย ในจำนวนนี้มีอาการสาหัส 2 ราย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ 1 นาย และการ์ด กปปส. 1 ราย⁽³⁷⁾

3. บทบาทของแพทย์ต่อสถานการณ์ชุมนุม

1 พฤศจิกายน 2556 : ชมรมแพทย์ชนบทเชิญชวนทุกองค์กรให้ประกาศจุดยืนร่วมกันในการไม่เห็นด้วยกับ พรบ.นิรโทษกรรม

4 ธันวาคม 2556 : ชมรมแพทย์ชนบทมีการจัดเวรสำหรับการดูแลผู้ที่มาชุมนุมที่บริเวณศูนย์ราชการนอกจากนี้ยังมีทีมโรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ สลับกันดูแลผู้ที่มาชุมนุม แม้จะไม่มีปะทะกัน การดูแลผู้ชุมนุมก็มีความสำคัญ เนื่องจากการชุมนุมมีความยืดเยื้อจึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก ทั้งที่เป็นโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ปวดหัว อ่อนเพลีย และบางรายมีโรคประจำตัวหลายโรคทำให้เกิดปัญหาการขาดยา และมีภาวะเครียด สิ่งเหล่านี้เป็นภารกิจของหน่วยแพทย์ พยาบาล ที่มาร่วมกันดูแล ผู้ที่มาชุมนุม

9 ธันวาคม 2556 : ทีมพยาบาลอาสาสมัครได้ร่วมเดินเท้ากับกระแสมวลมหาประชาชน 9 สายที่มุ่งหน้าสู่ทำเนียบรัฐบาล ทุกคนมีปลอกแขนกากบาทสีแดง มีป้ายอาสาสมัครที่ผ่านการลงทะเบียนแล้วว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์จริง มีข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ประสานงานกับกองอำนวยการกลางการแพทย์ในพื้นที่ชุมนุม และมีถุงใส่ยาและชุดปฐมพยาบาลฉุกเฉิน อาสาสมัครกว่า 500 ท่าน จะเดินเท้าไปร่วมกับผู้ชุมนุม หากใครมีปัญหาทางสุขภาพ บาดเจ็บ หรือต้องการความช่วยเหลือ สามารถมองหาและขอรับความช่วยเหลือได้ ไม่ต้องเกรงใจ

6 มกราคม 2557 : แกนนำแพทย์ชนบท 3 คน ได้ร่วมประชุมกับทีมอาจารย์จากศิริราช จุฬา ราม่า แกนนำของกู้ภัย แกนนำจากหน่วยแพทย์พยาบาลของ คปท. และอีกหลายท่าน เป็นการประชุมใหญ่เพื่อเตรียมการดูแลประชาชนในการชุมนุม Bangkok shutdown

13 มกราคม 2557 : เครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์มีการรวมตัวของเครือข่ายหลายวิชาชีพหลายองค์กรทั้งโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ ได้ประมาณการปริมาณเวชภัณฑ์ในการดูแลช่วยเหลือประชาชนที่มาร่วมการชุมนุม โดยแบ่งยากระจายไป 7 จุด รวมทั้งรพพยาบาล โรงพยาบาลสนามในจุดย่อยอีกหลายจุด เนื่องจากผู้มาชุมนุมส่วนมากเดินเท้าเข้าพื้นที่ ทำให้เวชภัณฑ์มวลลชน เช่น ยาต้ม ยาอม ยา

นวด แอมโมเนีย ผ้าเย็น สำลี พลาสเตอร์ ได้รับความนิยมนมาก และเหลือน้อยตั้งแต่เช้า การขนส่งเวชภัณฑ์ไปเสริมทำได้ยากมาก คนที่มาชุมนุมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

15 มกราคม 2557 : เครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์ ต้องการแพทย์ พยาบาล เภสัช วิชาชีพ สุขภาพเพิ่ม เนื่องจากเต็นท์พยาบาลโรงพยาบาลสนามมีถึง 7 จุด จากเดิมที่มีเพียงราชดำเนินจุดเดียว และสถานการณั้ชุมชนยังยืดเยื้อ จึงได้ประกาศรับอาสาสมัคร แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และอื่นๆ เช่น นักวิทยุสมัครเล่น ที่มีจิตอาสาอยาก่วมกันดูแลผู้ชุมนุม

20 มกราคม 2557 : วิชาชีพทางการแพทย์หลายหมื่นคน ร่วมเดินขบวน เพื่อเรียกร้องการปฏิรูปก่อนการเลือกตั้ง และบทสัมภาษณ์ "หมอในมือ" โดย วรธรร ทัดแก้ว กล่าววว่า ทุกครั้งที่มีการชุมนุมทางการเมืองไม่ว่าจะของกลุ่มไหน เรามักจะเห็นสิ่งดีๆ และความมีน้ำใจของผู้ชุมนุมตลอดจนผู้ที่มีความคิดเห็นที่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกันในรูปแบบต่างๆ เช่น ช่วยทำครัว แพ้กอาหาร นำอาหาร เครื่องดื่ม มาบริจาค แต่อีกกลุ่มหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ที่อาสาทำหน้าที่ดูแลคนไข้ในพื้นที่ชุมนุมโดยไม่ได้เลือกปฏิบัติ ในการชุมนุมของกลุ่ม กปปส.ก็เช่นกัน ได้มีกลุ่มแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อาสาทำหน้าที่ช่วยเหลือพี่น้องประชาชนที่มาชุมนุมที่อาจเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายจากการชุมนุม การอาสาออกมาช่วยของกลุ่มแพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ครั้งนี้ถือว่า มากเป็นประวัติการณั้อย่างที่ไม่เคยมีมาก่อนในการชุมนุมทุกครั้งที่ผ่านมา เพราะเป็นการผนึกกำลังของเครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์จากทั่วประเทศ

22 มกราคม 2557 : หลังจากรัฐบาลประกาศ พรก.สถานการณั้ฉุกเฉิน สถานการณั้การเมืองเริ่มส่อเค้าการเผชิญหน้ามากขึ้น เครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์ ได้มีการเชิญชวนให้ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคโลหิตได้ทุกโรงพยาบาลใหญ่ทั้งในกรุงเทพและโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ หากมีเหตุอันไม่พึงประสงค์จะได้มีเลือดเพียงพอ

26 มกราคม 2557 : การที่มีผู้ไม่หวังดี ใช้ความรุนแรงเข้าโจมตีมวลชนหาประชาชน ไม่ว่าจะด้วยระเบิด กระสุนปืน หรือแม่แต่การทุบตี บทบาทของวิชาชีพสุขภาพในเต็นท์พยาบาลที่ดูแลความเจ็บป่วยประจำวัน ต่างก็พร้อมใจนำความรู้ที่ตนมี อบรมให้ความรู้แก่การ์ดและประชาชนผู้เข้าร่วมชุมนุมในเรื่องการช่วยชีวิต การห้ามเลือด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การวัดสัญญาณชีพ การปั้มหัวใจ

28 มกราคม 2557 : การทำงานของเครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์ ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ทางการแพทย์อย่างเป็นทางการอย่างเป็นกลางอย่างที่สุด ทุกฝ่ายที่ได้รับบาดเจ็บจะได้รับความดูแล เช่น ดาบตำรวจพษัพิศ เพชรกันหา ซึ่งต้องสงสัยว่าเป็นคนลั่นไกยิงผู้ชุมนุมที่หน้าสโมสรกองทัพบกและถูกมวลชนจับได้และรุมประชาทัณฑ์ เครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์รับนำเขาออกจากที่เกิดเหตุส่งโรงพยาบาล เป็นหลักฐานอีกเหตุการณ์ที่บ่งบอกถึงภารกิจของอาสาสมัครทางการแพทย์ ทุกชีวิตไม่ฝ่ายไหนล้วน คือ คน ชีวิตมีค่า ไม่มีใครควรต้องบาดเจ็บล้มตามเพราะอุดมการณ์การเมืองที่ต่างกัน

30 มกราคม 2557: ได้มีการนัดหมายชุมนุมใหญ่ที่สุดวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557 วันเดียวกับวันเลือกตั้ง เพื่อยืนยันสิทธิ "สิทธิที่จะไม่ไปใช้สิทธิเลือกตั้ง" ทีมแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครทางการแพทย์ได้เตรียมพร้อมทั้งการมาร่วมชุมนุมและให้การดูแลผู้ชุมนุม

6 กุมภาพันธ์ 2557 : การบริการทางการแพทย์ที่เดินทัพพยาบาลในจุดชุมนุม ทำให้ทราบว่าคนในกรุงเทพจำนวนมากเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ เพราะความแออัดของโรงพยาบาลในเมืองหลวง คนกรุงเทพที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ส่วนหนึ่งขาดยา กินยาไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด ไปแล้วต้องเสียเวลาทั้งวัน จะไปโรงพยาบาลเอกชนหรือไปคลินิกก็ไม่ไหว เพราะยาเหล่านี้ราคาสูงและต้องกินต่อเนื่องทุกวัน จะซื้อจากร้านขายยาเหมือนยาแก้หวัด ยาพาราเกิ้ล ไม่ดี สุดท้ายจึงขาดยา เมื่อแวะมาชุมนุม หรือผ่านทางเพื่อไปทำงาน จึงแวะปรึกษาแพทย์เภสัชกรที่นี้ เมื่อเทียบกับแล้วคนบ้านนอกมีโรงพยาบาลชุมชน มีสถานีอนามัยใกล้บ้าน ยังได้รับการดูแลที่ทั่วถึงมากกว่า นี่คืออีกประเด็นที่ต้องปฏิรูป ตั้งเป้าหมายใน 5 ปี โรงพยาบาลของรัฐต้องไม่แออัด ประชาชนได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่ดีกว่านี้^(38, 39)

4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services system : EMS system)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์มีระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยที่เกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งและมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม⁽⁴⁰⁾

4.1 องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁴¹⁾

- กลไกการสื่อสาร เพื่อริเริ่มการให้การตอบสนองต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Communications mechanism to initiate a response)

- พาหนะและบุคลากรผู้ให้บริการ (Vehicle with personnel) เพื่อให้การรักษาและนำส่งผู้ป่วย

- สถานพยาบาลที่รองรับผู้ป่วย (Receiving facility)

หลักสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การรวมเป็นหนึ่งเดียวกันในองค์กร และการประสานงาน ส่วนตัวแทนและผู้ควบคุมทางการแพทย์ (agency and medical director) ต้องควบคุมให้องค์ประกอบแต่ละส่วนมีอยู่ในระบบและพร้อมทำหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ แต่ไม่ได้ควบคุมการปฏิบัติงานโดยตรง โดยต้องทราบจุดอ่อนของระบบ เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหา

4.2 ขั้นตอนการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ^(40,42)

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) เป็นการทำให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ อาจเป็นผู้ป่วยเอง ญาติ คนใกล้ชิด ซึ่งทำให้กระบวนการช่วยเหลือเป็นไปอย่างรวดเร็ว

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)

- ต้องมีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- หมายเลขง่ายเพื่อเป็นประตูเข้าสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ
- ผู้แจ้งเหตุต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้ข้อมูล
- ผู้แจ้งเหตุต้องมีความรู้ ในการดูแลขั้นต้นได้ตามความเหมาะสม

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)

- ต้องมีความพร้อมตลอดเวลา
- ต้องมีมาตรฐานระยะเวลาในการออกตัว
- ศูนย์รับแจ้งฯ ประเมินความรุนแรงและสั่งการหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษายาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care)

หน่วยปฏิบัติการจะต้องทำการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ ประเมินผู้บาดเจ็บเพื่อให้การดูแลรักษายาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีหลักการในการดูแลว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุจนเกิดผลเสียกับผู้ป่วย เน้นความรวดเร็วในการนำส่งและวิธีการลำเลียงให้ถูกวิธี

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit)

- หลักสำคัญ คือ จะต้องไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย
- ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี และระหว่างการลำเลียง จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ

6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

- ผู้ส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจ พิจารณาศักยภาพของสถานพยาบาลที่จะต้องนำผู้ป่วยไปส่ง
- ที่สำคัญต้องพิจารณาอาการผู้ป่วยเป็นหลักว่า จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตหรือไม่

5. โรงพยาบาลสนาม

5.1 ความหมายและความสำคัญ

โรงพยาบาลสนาม หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บค้างคืนที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุในยามที่ไม่ปกติอันมีเหตุมาจากภัยธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เป็นที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพต่างๆ ให้การบริการทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

โรงพยาบาลในลักษณะนี้จะเปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาสั้นๆ ตั้งแต่ 10 วัน จนถึง 2-3 เดือน และเมื่อเสร็จภารกิจแล้วก็ส่งมอบภารกิจหรือพื้นที่คืนให้แก่สถานพยาบาลหลักที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หากเป็นภาคราชการจะดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือเอกชน หรือเป็นการบูรณาการทั้งภาคราชการ เอกชน มูลนิธิ โรงพยาบาลสนามนี้จัดว่าเป็นองค์การบริการสุขภาพที่เข้ามามีบทบาทในการเติมเต็มในการดูแลสุขภาพของประชาชนเสริมให้แก่โรงพยาบาลหลักๆ ในพื้นที่ที่ไม่สามารถทำภารกิจดังกล่าวได้ดีเท่าที่ควรหรือทำไม่ได้เลยเมื่อเกิดภัยพิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้น เช่น โรงพยาบาลถูกน้ำท่วม โรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ของการรบ ซึ่งอาจจะเกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นๆ และประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสนามที่ตั้งขึ้นแต่ละครั้งจะมีการกำหนดนโยบายอย่างมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่และเป้าหมาย ตลอดจนวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์สถานการณ์ของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น การบริหารจัดการที่แต่ละครั้งก็ต้องให้ตอบสนองและสอดคล้องกับอุบัติภัยดังกล่าวนั้น เช่น ในกรณีน้ำท่วมก็จะเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนภารกิจทางจิตเวชที่มีความจำเป็นในทุกครั้งของการตั้งโรงพยาบาลสนาม หรือกรณีเกิดสงครามก็จะเน้นทางศัลยกรรมเพิ่มขึ้นในพื้นที่รบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางสุขภาพระดับหนึ่งที่จะดูแลประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากสงครามและอุบัติเหตุจากการเดินทางเพื่อหนีภัยดังกล่าว ซึ่งทางการทหาร ก็มักจะจัดตั้งโรงพยาบาลสนามของตนเองเพื่อรองรับการเจ็บ การบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจด้วย หรือการตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับการเจ็บป่วยอันมีเหตุมาจากการรั่วไหลของสารเคมีที่เกิดขึ้นเป็นบริเวณกว้าง หรือการประท้วงที่เกิดขึ้นเป็นบริเวณกว้างที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจำนวนมาก เป็นต้น และหากเกิดภาวะเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วยโรงพยาบาลสนามต้องวางระบบการส่งต่อให้เชื่อมโยงกับสถานบริการที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ที่เกิดภัย หรืออยู่ในพื้นที่และให้บริการได้ตามปกติ ⁽⁴³⁾

5.2 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ⁽⁴⁴⁾

- 1) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อโรงพยาบาลไม่มีเตียงรับผู้ป่วยเพียงพอ
- 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอาการไม่หนัก แต่ไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้
- 3) ใช้เป็นสถานที่เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ และได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลันหรือวิกฤตจนดีขึ้นแล้ว

5.3 การบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม ⁽⁴⁴⁾

- 1) การเลือกสถานที่ อาจเป็นโรงพยาบาลของทหารหรือสถานที่ในชุมชนที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - อากาศโปร่ง และเป็นสถานที่ที่มีการถ่ายเทอากาศได้ดี
 - ไม่ควรอยู่ในชุมชนแออัด เช่น ตลาดสด

- มีสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคที่สำคัญในการดำเนินงาน เช่น ไฟฟ้า ประปา และอื่นๆ

ตัวอย่างโรงพยาบาลสนาม เช่น อาคารเรียน หอพัก หอประชุม วัด หรือสำนักสงฆ์ (หากมีความจำเป็น) ที่อยู่ห่างจากชุมชน แต่มีระบบน้ำประปา และไฟฟ้าเข้าถึง

2) การจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นรวมถึงวัสดุสำนักงานเครื่องอุปโภค บริโภค และน้ำดื่ม เสี่ยงอาหาร รวมถึงการฝึกอบรม ปฐมนิเทศ ตลอดจนการกำกับดูแลการทำงานของบุคลากรโดยเฉพาะอาสาสมัคร

3) ระบบการดูแลการรักษาผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ของกระทรวงสาธารณสุข

4) ระบบการบริหารจัดการหน่วยผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย การจัดเวร ประเมินความเพียงพอ ของการให้บริการ

5) ระบบการขนส่งต่างๆ รวมถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การขนส่งวัสดุ อุปกรณ์ทาง การแพทย์ วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ขยะติดเชื้อ

6) ระบบการเชื่อมโยง เช่น ระบบเวชระเบียน การติดต่อสื่อสารทั่วไป ระหว่างโรงพยาบาล สนามกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค

7) ระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ

8) ระบบสนับสนุน รวมถึงการจัดการด้านสาธารณูปโภค ที่พิกบุคลากร โภชนาการเครื่อง บันไฟ เครื่องกรองน้ำ ประปาสนาม ฯลฯ

9) ระบบรักษาความปลอดภัยแก่บุคลากร ผู้ป่วย ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

10) งานสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา

6. การสาธารณสุขมูลฐาน

6.1 ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของ รัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสาน ทั้งทางด้านการศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดย ประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับ การสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษ ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถช่วยตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน ฯลฯ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนในเรื่องต่างๆ เช่น ความคิด แรงงาน เงิน หรือทรัพยากรอื่นๆ ที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ความร่วมมือเหล่านี้จะต้องเป็นความต้องการและความสมัครใจของชุมชนเอง ในการที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตัวของเขาเอง เพื่อครอบครัว และเพื่อชุมชน โดยมีได้หวังสิ่งตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

นอกจากงานสาธารณสุขมูลฐานจะได้ชื่อว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการผสมผสานของงานต่างๆ ภายในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขด้วยกันแล้ว งานสาธารณสุขมูลฐานยังมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ อีกด้วย ทั้งนี้เพราะเหตุว่าการพัฒนางานสาธารณสุขแต่เพียงส่วนเดียวไม่สามารถที่จะขจัดปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เพราะเหตุว่างานสาธารณสุขนั้น จะต้องควบคู่กันไปกับงานพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชน เช่น รายได้ การครองชีพ อาชีพ ภาวะการศึกษา เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของการผสมผสานระหว่างงานสาธารณสุข และงานพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคม⁽⁴⁵⁾

6.2 หลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) หมายถึง การที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา ชุมชน รวมทั้งได้ร่วมประเมินผลการแก้ปัญหาเหล่านั้น เนื่องจากชุมชนจะเป็นผู้รู้และตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามชุมชนที่จะมีส่วนร่วมได้ดีจะต้องมีทักษะในเรื่องดังกล่าวตั้งแต่ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา นอกจากนี้ชุมชนยังต้องมีความสามารถในการแยกแยะว่า วิธีการแก้ปัญหาใดที่ชุมชนสามารถร่วมมือกันแก้ไขได้เอง และวิธีการใดที่อยู่เหนือความสามารถของชุมชนที่จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหาให้ภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการดำเนินงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก และมีความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น โดยประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการในที่นี้จะหมายถึงวิธีการดำเนินงาน ตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขชุมชน รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการดำเนินงานโดยชุมชนเอง เช่น การใช้สมุนไพรในชุมชนในการรักษาโรค การจัดทำระบบประปาในหมู่บ้านโดยใช้ปล่องไม้ไผ่ การสร้างโถเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น โดยวิธีการเหล่านี้อาจเป็นความรู้ดั้งเดิมที่คนในชุมชนมีอยู่ หรือเป็นความรู้ใหม่ที่ไม่ง่ายยากซึ่งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ

3) การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) การพัฒนาสุขภาพส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนระดับหมู่บ้าน ซึ่งเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการโดยประชาชนในชุมชน ส่วนระบบบริการของรัฐ ซึ่งอยู่ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด จะเน้นการบริการสุขภาพที่นอกเหนือหรือ เกินจากความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องปรับระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งการบริหารจัดการที่รัฐมีอยู่ให้สามารถเชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่ประชาชนต้องการบริการดูแลรักษาที่เกินกว่าบริการพื้นฐานของชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ จึงจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

4) การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม (Inter-sectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จได้ต้องผสมผสานการทำงานร่วมกับการพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น การพัฒนาการเกษตรและอาชีพให้ประชาชนมีรายได้หรือเศรษฐกิจพอเพียง การส่งเสริมการปกครองในระบอบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนมีบทบาทในการบริหารและพัฒนาชุมชนของตนมากขึ้น เป็นต้น หน่วยงานต่างๆ ของรัฐ รวมทั้งองค์กรเอกชน และภาคเอกชนจึงต้องร่วมมือและประสานงานกัน ให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สอดคล้อง และส่งเสริมการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนด้วย⁽⁴⁶⁾

ในงานวิจัยฉบับนี้ ทางผู้วิจัยใช้หลักการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่อ้างอิงตามเอกสารประกอบคำสอนวิชาการสาธารณสุขมูลฐานและเวชศาสตร์ครอบครัว เรื่อง Principles for Primary Health Care ของอาจารย์นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์ ในการศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ในที่ชุมชนตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีหลักดังนี้

- 1) ความเป็นธรรมในการให้บริการทางการแพทย์ (Equity)⁽⁴⁷⁾ ประกอบด้วย
 - การจัดให้มีบริการทางการแพทย์ (Availability)
 - ความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Accessibility)
 - การใช้ประโยชน์ของบริการทางการแพทย์ (Utilization)
- 2) ความครอบคลุมของการให้บริการทางการแพทย์ (Coverage)⁽⁴⁸⁾
- 3) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Self-reliance)⁽⁴⁹⁾ ซึ่งใช้หลักปัจจัยพื้นฐานทางการบริหารที่เรียกว่า 4Ms⁽⁵⁰⁾ ในการจัดการ อันประกอบด้วย
 - การจัดการทรัพยากรบุคคล (Man) คือ จะบริหารคนอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด

- การบริหารเงิน (Money) คือ จะจัดสรรเงินอย่างไรให้ใช้จ่ายต้นทุนน้อยที่สุดและให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

- การจัดการวัสดุอุปกรณ์ (Materials) คือ การบริหารวัสดุในการดำเนินงานว่าจะทำอย่างไรให้สิ้นเปลืองน้อยที่สุด หรือเกิดประโยชน์สูงสุด

- การจัดการ (Management) คือ กระบวนการจัดการบริหารควบคุมเพื่อให้งานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลอย่างเต็มที่

4) การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ (Inter-sectoral collaboration) ⁽⁴⁶⁾

5) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ และกำหนดปัญหา การวางแผนงาน และการดำเนินงาน (Community participation) โดยกลวิธีในการสร้างความผูกพันระดับชุมชน (community engagement strategy) ได้แก่ ^(6, 7)

- ความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ (Satisfaction)

- การมีข้อตกลงร่วมกันในการมีส่วนร่วม (Commitment)

- การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดบริการทางการแพทย์ (Advocacy)

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งได้แบ่งเป็นขั้นตอนการศึกษาดังนี้

การเตรียมการศึกษา

เตรียมการศึกษาโดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) เพื่อระบุกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล และการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questionnaire) เพื่อประเมินตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณชุมชนทางการแพทย์ พ.ศ. 2556-2557

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การมีส่วนร่วม	ผลที่ได้รับ
ประชาชนที่เข้าร่วมการชุมชน	ต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์	+ ได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
บุคลากรทางการแพทย์	ให้บริการทางการแพทย์	+ ได้รับความสุขใจ
		+ มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางการเมือง
		- การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
		- การเสียสละเวลา
		- การเสียสละแรงงาน
ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์	การจัดระบบยา และจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการ	+ ได้รับความสุขใจ
		+ มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางการเมือง
		- การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
		- การเสียสละเวลา
		- การเสียสละแรงงาน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การมีส่วนร่วม	ผลที่ได้รับ
บริษัทฯ	บริจาคยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ หรือ การจำหน่ายยาให้แก่หน่วย บริการทางทางการแพทย์	+ ได้โฆษณาสินค้า + มีส่วนร่วมในการแสดงออก ทาง การเมือง + เพิ่มยอดจำหน่ายสินค้าจาก ในช่วงปกติ
		- เสียค่าใช้จ่ายใน การขนส่ง - เสียสละยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ในกรณีที่มีการบริจาค
อาสาสมัครกู้ภัย	- กู้ ภัย ที่ มา ปฏิบัติ หน้า ที่ ตามปกติ - กู้ ภัย ที่ มา จาก การ เป็น อาสาสมัคร	+ ได้รับความสุขใจ
		- การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง - เสียสละทรัพยากร เช่น รถพยาบาล และเครื่องมือ ทางทางการแพทย์ต่างๆ - การเสียสละเวลา - การเสียสละแรงงาน
แกนนำการชุมนุม		+ ได้รับการทางการแพทย์ + ทำดำรงสถานะทางการชุมนุม ทางให้คงอยู่ได้
นักการเมือง		
- กลุ่มที่สนับสนุนการจัดตั้ง หน่วยบริการทางการแพทย์	ส่งเสริมการจัดตั้งหน่วยบริการ ทางทางการแพทย์ การสนับสนุน ทรัพยากรและอำนวยความสะดวก สะดวกต่างๆ	+ ทำให้การชุมนุมคงอยู่ได้ + ได้รับความนิยมนจาก ฝ่าย สนับสนุนการชุมนุม + ได้รับความสุขใจ
		- การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและ ทรัพยากรต่างๆ เช่น รถพยาบาล และเครื่องมือ

		ทางการแพทย์ต่างๆ - การเสียสละเวลา
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การมีส่วนร่วม	ผลที่ได้รับ
		- สละแรงงาน - จัดสรรกำลังคนมาช่วย
- กลุ่มที่คัดค้าน/ไม่สนับสนุน	คัดค้านการจัดตั้งหน่วยบริการ ทางการแพทย์ และการไม่ อำนวยความสะดวก รวมถึงการ ห้ามบุคลากรทางการแพทย์เข้า ร่วม	- เสียผลประโยชน์จากการมีอยู่ ของการชุมนุมทางการเมือง

ตารางที่ 2 แสดงความสำคัญและการมีอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสถานการณั้ชุมชนทางการเมือง พ.ศ. 2556-2557

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความสำคัญ*	การมีอิทธิพล**
ประชาชนที่เข้าร่วมการชุมนุม	5	1
บุคลากรทางการแพทย์	5	5
ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์	5	5
บริษัทยา	4	3
อาสาสมัครกู้ภัย	5	5
แกนนำการชุมนุม	2	4
นักการเมือง		
- กลุ่มที่สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์	3	3
- กลุ่มที่คัดค้าน/ไม่สนับสนุน	1	1

* ความสำคัญ หมายถึง หน่วยบริการทางการแพทย์มีความสำคัญต่อคนกลุ่มนี้

** การมีอิทธิพล หมายถึง การมีผลต่อความอยู่รอดของการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์

ระดับการให้คะแนน

1	หมายถึง	น้อย
2	หมายถึง	ค่อนข้างน้อย
3	หมายถึง	ปานกลาง
4	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
5	หมายถึง	มาก

ตารางที่ 3 Matrix แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีความสำคัญและการมีอิทธิพลต่อการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์

<p>A. ความสำคัญมาก/อิทธิพลน้อย* ประชาชนที่เข้าร่วมการชุมนุม</p>	<p>B. ความสำคัญมาก/อิทธิพลมาก*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บุคลากรทางการแพทย์ ▪ ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ ▪ อาสาสมัครกู้ภัย
<p>C. ความสำคัญน้อย/อิทธิพลน้อย นักการเมืองกลุ่มที่คัดค้าน/ไม่สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์</p>	<p>D. ความสำคัญน้อย/อิทธิพลมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ บริษัทยา ▪ แกนนำการชุมนุม ▪ นักการเมืองกลุ่มที่สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์

จากการศึกษาที่สนใจทำการศึกษาในกลุ่มที่มีความสำคัญมาก (*) ได้แก่

กลุ่ม A. ความสำคัญมากและมีอิทธิพลน้อย นั่นคือ ประชากรที่เข้าร่วมการชุมนุม

กลุ่ม B. ความสำคัญมากและมีอิทธิพลมาก นั่นคือ บุคลากรทางการแพทย์ ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ และอาสาสมัครกู้ภัย

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure questionnaire) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Principle) ในมุมมองของผู้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมชุมนุมทางการเมือง และผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครกู้ภัยต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 12 ข้อ 5 domains ดังนี้

1. ด้านความเท่าเทียมทางการแพทย์ (Equity) 3 ข้อ
2. ด้านความครอบคลุม (coverage) 1 ข้อ

3. ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (self-reliance) 4 ข้อ
4. ด้านการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆ(intersectional collaboration) 1 ข้อ
5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) 3 ข้อ

ขั้นตอนการพัฒนาแบบสัมภาษณ์

ระยะที่ 1

- ทบทวนวรรณกรรมกรรการหลักสาธารณสุขมูลฐาน
- สร้าง semi-structure questionnaire

ระยะที่ 2

- ลงพื้นที่การชุมนุมประท้วงทางการเมือง เพื่อทดลองใช้จริง ในวันที่ 14 ธันวาคม 2556 (situation assessment)
- พัฒนาแบบสัมภาษณ์ โดยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อระบุตัวชี้วัดในแต่ละข้อคำถาม

วิธีการศึกษา

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสาร (document review)

1.1 รวบรวมข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ชุมนุม ที่มา การชุมนุมและการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ชุมนุม วันที่ 31 ตุลาคม 2556-6 กุมภาพันธ์ 2557 จาก หนังสือพิมพ์ Facebook Academic Emergency Medical Service of Thailand ชมรมแพทย์ชนบท ฯลฯ

1.2 จากการทบทวนวรรณกรรมกรรการให้บริการทางการแพทย์ตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน การให้บริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

1.3 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

2. การสังเกต (observation)

2.1 การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participatory observation) ผู้วิจัยเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในหน่วยบริการทางการแพทย์

2.2 การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (non-participatory observation) ผู้วิจัยเข้าร่วมการชุมนุมทางการเมืองเพื่อสังเกตการณ์ และการบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

3. การบันทึกภาพถ่าย และ Video จากสถานการณ์ชุมนุมทางการเมือง (visualization)

4. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ของผู้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมชุมนุมทางการเมือง และผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครกู้ภัยต่างๆ ประจำหน่วยบริการการแพทย์ในพื้นที่ศึกษา ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน

การเก็บข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาใช้กำหนดประชากร กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ในการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่ใช้บริการทางการแพทย์ในสถานที่ชุมนุม ผู้ให้บริการทั้งบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) คือ ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมนุมเจ้าหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ และอาสาสมัครที่หน่วยบริการทางการแพทย์ในสถานที่ชุมนุมในพื้นที่ที่ศึกษา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) จากพื้นที่ที่ศึกษา ร่วมกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถให้ข้อมูลตรงกับที่ผู้ศึกษาต้องการ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนผู้เข้าร่วมการชุมนุมทางการเมืองที่รับบริการทางการแพทย์ หรือเคยรับบริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุม
2. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาสมัครที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมนุมทางการเมือง
3. ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

1. ประชาชนผู้เข้าร่วมการชุมนุมทางการเมืองขณะเข้ารับบริการทางการแพทย์ และมีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ได้
2. เจ้าหน้าที่ขณะกำลังปฏิบัติงานที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (non-probability sampling) เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล และสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถคาดเดาจำนวนผู้เข้ารับบริการและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองได้ ดังนั้นจึงดำเนินการศึกษา ดังนี้

Convenience sampling

สัมภาษณ์ หรือสังเกตการณ์จากผู้เข้ารับบริการที่พบในหน่วยบริการทางการแพทย์ หรือผู้ให้บริการที่พบในหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่นั้น

Purposive sampling

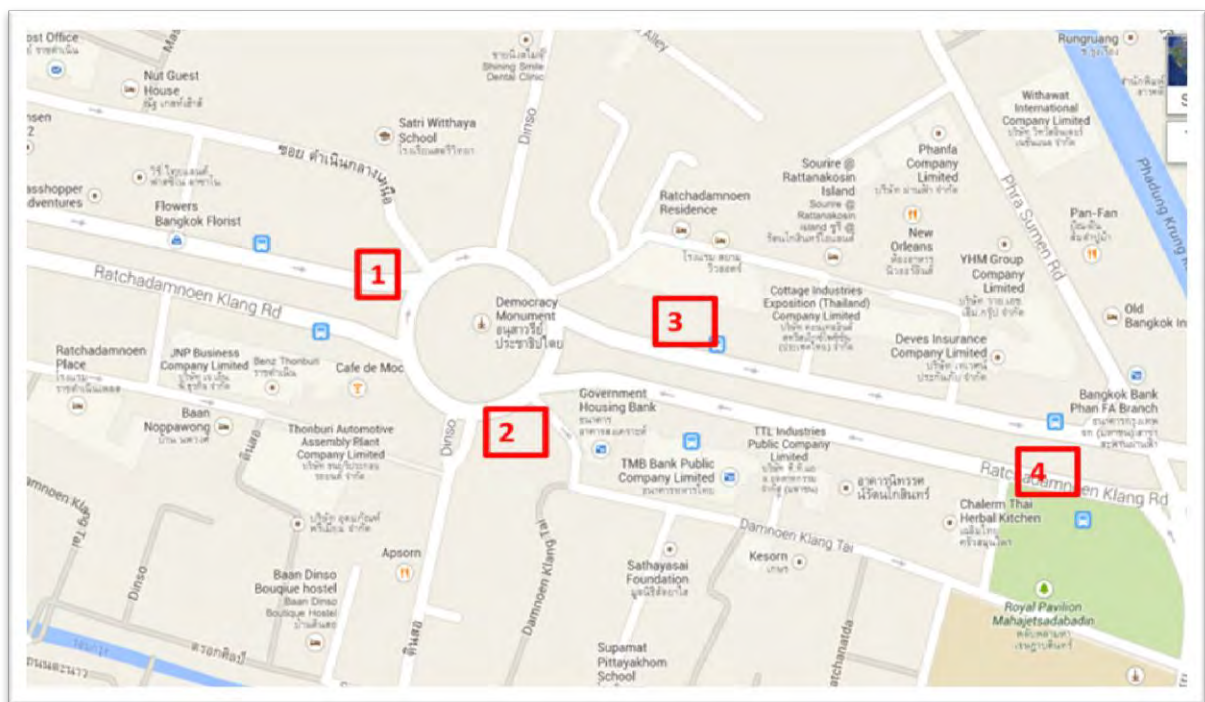
สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ ได้แก่ รศ. นพ. ประจักษ์ ศรีวิพัฒน์ และอาจารย์นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา คือ หน่วยบริการทางการแพทย์บริเวณที่ชุมนุม โดยผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลใน 3 บริเวณ ซึ่งประกอบด้วย 11 หน่วยบริการ ได้แก่

- บริเวณเวทือนุสาวรีย์ประชาธิปไตย (รูปที่ 1) ซึ่งเก็บข้อมูลในวันที่ 14 ธันวาคม 2556 และวันที่ 12 มกราคม 2557 ในหน่วยบริการ ดังนี้

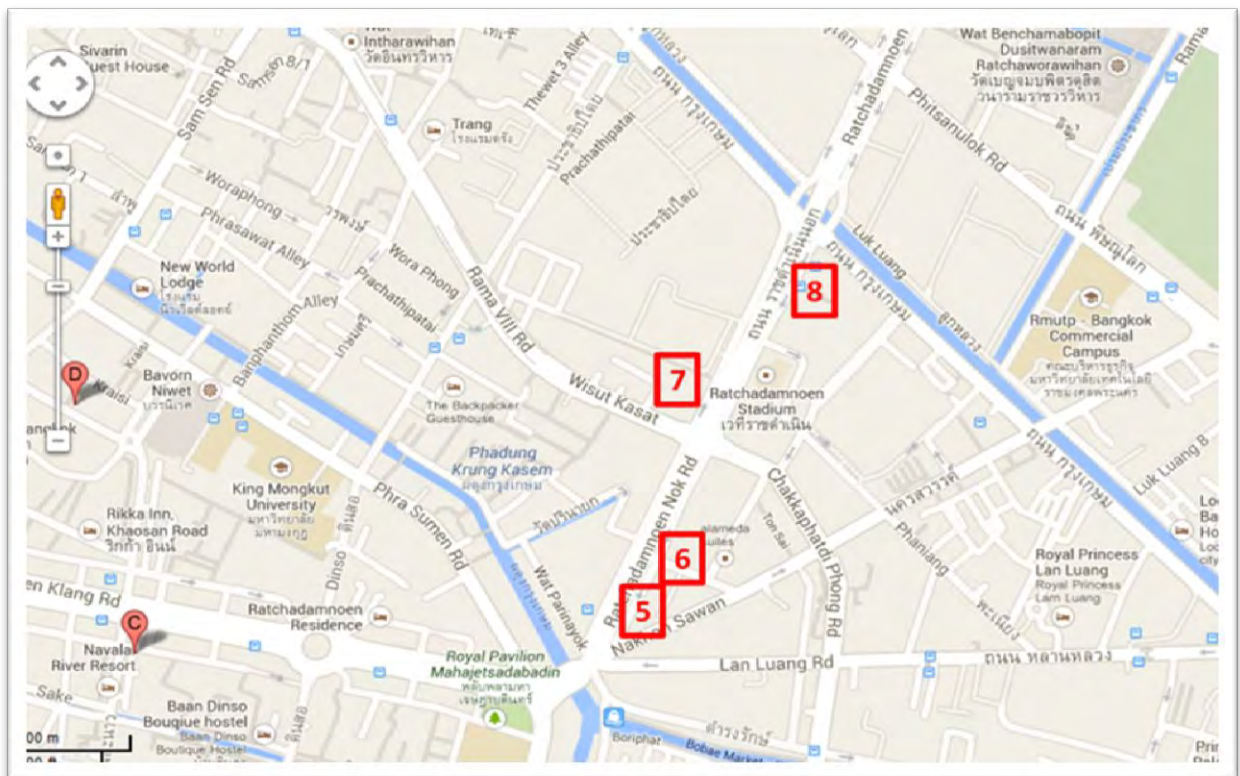
- 1) หน่วยบริการการแพทย์หน้าร้านศึกษาภัณฑ์พาณิชย์
- 2) หน่วยบริการแพทย์ศิริราช (หน้าร้านอาหารเมธาวลัย ศรีแดง)
- 3) หน่วยบริการการแพทย์หน้าสภานายความ
- 4) หน่วยบริการการแพทย์หน้าวัดราชนัลดารามวรวิหาร



รูปที่ 1 พื้นที่การชุมนุมบริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย

- **บริเวณสะพานผ่านฟ้าลีลาศ (รูปที่ 2)** ซึ่งเก็บข้อมูลในวันที่ 14 ธันวาคม 2556 และวันที่ 12 มกราคม 2557 ในหน่วยบริการ ดังนี้

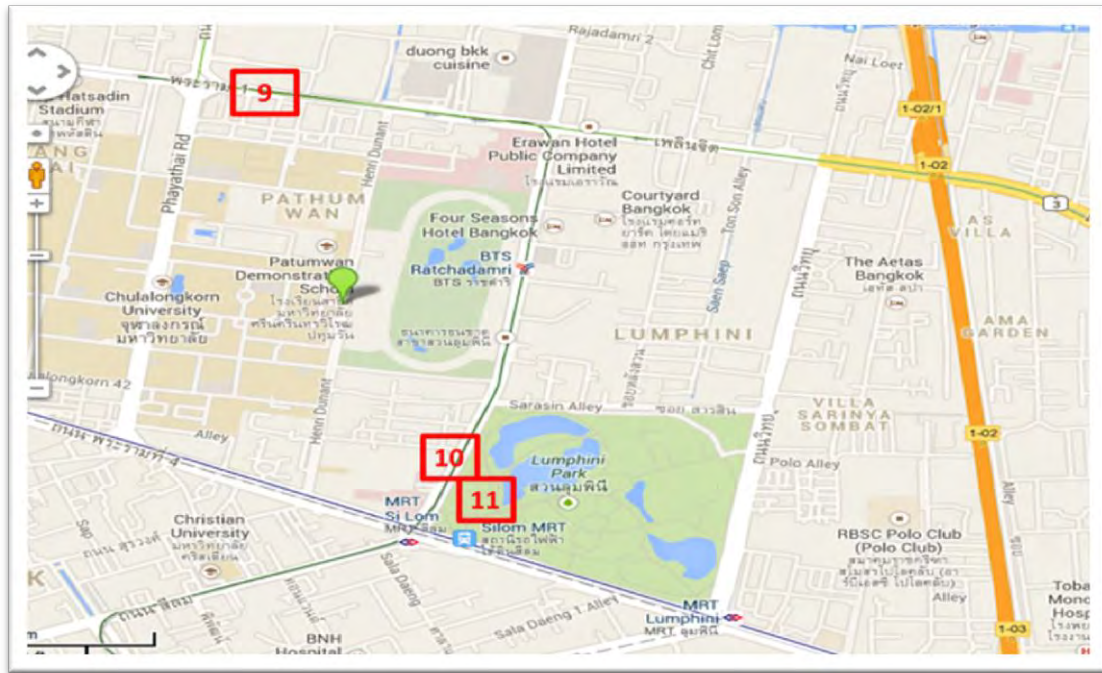
- 5) หน่วยบริการแพทย์ทางเดิน (หมอเขียว)
- 6) หน่วยบริการการแพทย์กองทัพธรรม
- 7) หน่วยบริการการแพทย์มีฆวาน
- 8) หน่วยบริการการแพทย์ประตู่ 4 (คปท.)



รูปที่ 2 พื้นที่การชุมนุมบริเวณสะพานผ่านฟ้าลีลาศ

- **บริเวณสวนลุมพินี และแยกปทุมวัน (รูปที่ 3)** ซึ่งเก็บข้อมูลในวันที่ 13 และ 17 มกราคม 2557 ในหน่วยบริการ ดังนี้

- 9) หน่วยบริการการแพทย์สวนลุมพินี 1
- 10) หน่วยบริการการแพทย์หน้ารพ.จุฬาลงกรณ์
- 11) หน่วยบริการการแพทย์บริเวณสี่แยกปทุมวัน



รูปที่ 3 พื้นที่การชุมนุมบริเวณสวนลุมพินี และแยกปทุมวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามโครงสร้าง (framework analysis) โดยผู้วิจัยจำนวน 4 คน ถอดตีความ และแปลผลจากเทปการสัมภาษณ์เชิงลึก การจดบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกตแล้วนำมาวิเคราะห์ และประมวลผลตามโครงสร้างของหลักสาธารณสุขมูลฐานที่กำหนดไว้ (analytical framework) และข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้เข้ากับโครงสร้างที่กำหนดไว้ แต่เป็นประเด็นที่ผู้ศึกษาเห็นว่ามีความสำคัญ คือ พัฒนาการตามช่วงเวลาของหน่วยบริการทางการแพทย์ที่จัดตั้งขึ้น ได้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดกลุ่ม ประมวลผลเนื้อหา และสรุปประเด็นที่สำคัญจากการทำ Framework analysis และ Content analysis

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน จากบริเวณพื้นที่ชุมชน และหน่วยบริการทางการแพทย์ 11 แห่ง โดยแบ่งเป็น

- แพทย์	9	คน
- พยาบาล	7	คน
- เภสัชกร	2	คน
- เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย	4	คน
- อาสาสมัครอื่นๆ	7	คน
- ผู้รับบริการ	11	คน

ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ให้บริการ บางส่วนยินดีเปิดเผยชื่อ และตำแหน่งหน้าที่ ในขณะที่บางส่วนไม่ประสงค์จะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงรายละเอียดตามหน่วยบริการ และวันที่เก็บข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ให้บริการแยกตามหน่วยบริการทางการแพทย์

หน่วยบริการทางการแพทย์	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้ให้ข้อมูล	บทบาทหน้าที่	วันที่ให้ข้อมูล
1. ศึกษาศึกษาภัณฑ์	แพทย์และพยาบาลอาสา	- จอย	อาสาสมัคร	14 ธ.ค. 56
		- ป้าอ้อย	ผู้ประสานงาน-	14 ธ.ค. 56
		- พี่จำ	ดำเนินงาน	12 ม.ค. 57
2. ศิริราช (หน้าร้านอาหาร เมธาวัลย์ ศรีแดง)	- โรงพยาบาลศิริราช - ชมรมแพทย์ชนบท	- รศ.นพ. ประจักษ์ ศิริพีพัฒน์	แพทย์ ตรวจรักษา	14 ธ.ค.56
		- อ.นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์ สุกิจ	ร่วมก่อตั้งหน่วย บริการ	12 ม.ค.57
		- พี่อาสาสมัคร 3 ท่าน	บริหารจัดการ	
		- เภสัชกร	จัดระบบยา	
			เช็คยา	
			อาสาสมัคร	

หน่วยบริการทาง การแพทย์	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้ให้ข้อมูล	บทบาทหน้าที่	วันที่ให้ข้อมูล
3. หน้าสภา ทนายความ	แพทย์และพยาบาลอาสา	- พีศิริรัตน์ สุจริตจันทร์ - หมอเม่น - หมอธนรัตน์	ผู้ประสานงาน แพทย์	14 ธ.ค.56 12 ม.ค.57
4. หน้าวัดราช นั้ดดา	กลุ่มอาสา	-	อาสาสมัคร	12 ม.ค.57
5. แพทย์ทางเลือก (หมอเขียว)	ศูนย์สุขภาพสวนป่า บุญ	พีสุธิ	อาสาสมัคร	12 ม.ค.57
6. กองทัพรวม	กองทัพรวม	-	แพทย์ อาสาสมัคร	14 ธ.ค.56
7. มัชวาน	กองทัพรวม	หมอสัมพงศ์	แพทย์	12 ม.ค.57
8. ประตุ 4 (คปท.)	- กองทัพรวม - แพทย์อาสา	หมอสัมจิตร	แพทย์	12 ม.ค.57
หน่วยบริการทาง การแพทย์	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้ให้ข้อมูล	บทบาทหน้าที่	วันที่ให้ข้อมูล
9. สวนลุมพินี 1	กลุ่มอาสาพยาบาล ลุมพินี	- พี่วาสนา - ป้าไพลิน สุวรรณ มาลา	อาสาสมัคร ผู้ประสานงาน	17 ม.ค.57
10. หน้ารพ.จุฬาฯ	รพ.จุฬาฯ	พีส้ม	อาสาสมัคร	17 ม.ค.57
11. สีแยกปทุมวัน	- รพ.ศิริราช - กลุ่มแพทย์อาสา มหาวิทยาลัยสงขล นครินทร์	-	อาสาสมัคร	13 ม.ค.57

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินการให้บริการในหน่วยบริการทางการแพทย์ตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน และผลการวิเคราะห์เนื้อหาของพัฒนาการการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมชน

การประเมินตามโครงสร้างของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

การประเมินตามโครงสร้างของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำจำกัดความ และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

1. ความเท่าเทียมในการรับบริการทางการแพทย์ และแสดงความเป็นธรรมต่อสังคม (equity)

1.1 การจัดให้มีอยู่ของบริการทางการแพทย์ (Availability)

เป็นลักษณะให้บริการตรวจรักษาโดยทีมแพทย์อาสาซึ่งหมุนเวียนกันมาจากโรงพยาบาลต่างๆ และจ่ายยาโดยเภสัชกรหรือพยาบาล โดยให้บริการครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย การปฐมพยาบาล ผ่าตัดเล็ก และทำแผล ในหน่วยบริการที่เป็นระบบคือ มีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำอยู่ ส่วนหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำจะมีอาสาสมัครที่เป็นเภสัชกร พยาบาล หรือบุคคลทั่วไปที่มีความรู้เรื่องยาสามัญประจำอยู่ และสามารถจ่ายยาสามัญให้ผู้มารับบริการ หากอาสาสมัครประเมินว่าผู้มารับบริการควรได้รับการตรวจจากแพทย์จะส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำอยู่ นอกจากนี้มีเครือข่ายของรพพยาบาลสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง บุคลากรทั้งหมดเป็นอาสาสมัครทั้งจากภาครัฐ และเอกชน นอกจากหน่วยบริการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วในพื้นที่ชุมชนบริเวณเขตที่กองทัพธรรมมีหน่วยบริการแพทย์ทางเลือกที่ให้ความรู้ แนะนำการใช้ยาสมุนไพร การบำบัดโรคด้วยตนเอง และมีการผลิตยาสมุนไพรเพื่อส่งให้หน่วยบริการอื่นใช้ เช่น น้ำยานางหยอดตา หน่วยบริการวัดราชัน์ดาศและสวนลุมพินี แจกของใช้จำเป็นแก่ผู้มาร่วมชุมนุม เช่น สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ผ้าห่ม เป็นต้น

โดยรวมแต่ละหน่วยบริการไม่ขาดแคลนอาสาสมัคร บางหน่วยบริการ เช่น บริเวณ ผ่านฟ้า และประตู 4 มีขาดแคลนแพทย์อาสาบ้าง เนื่องจากแพทย์จะมาประจำเฉพาะเวลาที่ว่าง จากงานประจำ ส่วนยาและเวชภัณฑ์นั้น พบว่ามีการขาดแคลนประมาณสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง โดยเฉพาะยาสามัญที่ใช้ทั่วไป เช่น ยาอม ยาต้ม สาลี แต่สามารถหาผู้สนับสนุนมาได้ทันเหตุการณ์จากหลายหน่วยงานเช่น จากกลุ่มเภสัช และแพทย์อาสา บริษัทยา และเครือข่ายอาสาสมัคร โดยมีการบริจาค ทั้งที่เป็นยา หรือเงินเพื่อไปจัดซื้อยา

“กลางวันขาดหมอ กลางคืนหมอล้น”

“มีการลักลอบเบิกยาจากหน่วยงานรัฐ”

1.2 ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility)

ทุกหน่วยบริการให้การบริการมาตรฐานเดียวกันกับทุกคน (non-discrimination) และไม่มี การตรวจสอบสิทธิการรักษา ผู้มารับบริการที่ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงหน่วยบริการได้สะดวก (easy-physical access) ถึงแม้จะไม่มีป้ายบอกทางมายังหน่วยบริการ มีเพียงป้ายประจำหน่วยบริการ แต่ได้มีการบอกต่อกันระหว่างผู้ชุมนุม และมีการประกาศบริเวณเขตที่ชุมนุมบ้าง

“รักษาทุกคน แม้แต่มีผู้สอดแนมเป็นชาวแกมพูชา แกล้งทำตัวเป็นป่วยมาขอรับบริการ เราก็ให้บริการ”

“หาหมอง่าย รู้ว่าอยู่ตรงนี้แหละ บอกต่อกันเอา”

1.3 การใช้ประโยชน์บริการที่มีอยู่ของผู้รับบริการ (Utilization)

พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ผื่นแพ้ต่างๆ เป็นลม หอบหืด และพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดยาเนื่องจากมาร่วมชุมนุม เช่น เบาหวาน ความดัน เอดส์ และ ในบางหน่วยบริการพบผู้ป่วยอุบัติเหตุ และโดนทำร้าย เป็นประจำทุกวัน มีการทำแผล และมีรพพยาบาลรองรับสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยรายที่อาการรุนแรงไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง

กลุ่มผู้รับบริการมีทั้งผู้ป่วยที่มาเข้าร่วมชุมนุม ผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงที่มาขอยา และรับบริการ และมีส่วนน้อยที่เป็นผู้ช่วยโอกาสขอยาฟรีบ่อยๆ

“อยากให้เก็บยาไว้แจกให้คนอื่นที่มีความจำเป็นมากกว่า”

“บางคนมาขอยาทุกวัน วันละหลายรอบ หน้าเดิมๆ”

“ยา และอุปกรณ์บางอย่างดีกว่ารพ.ชุมชนขนาดเล็กๆอีก”

2. ความครอบคลุมของบริการทางการแพทย์ (Coverage)

- จำนวนผู้ให้บริการแพทย์ เกสัชกร พยาบาล และอาสาสมัครโดยเฉลี่ย 5-10 คนต่อรอบบริการในแต่ละหน่วยบริการ โดยขึ้นกับช่วงเวลา ช่วงเย็นจะมีผู้ให้บริการมากกว่าช่วงเช้า
- ให้บริการประชาชนจำนวนมาก (ส่วนใหญ่ประมาณ 1,000 ครั้งต่อวัน รวมทั้งบริการจ่ายยาทั่วไป และตรวจรักษา)
- หน่วยบริการกระจายครอบคลุมพื้นที่ชุมนุม โดยระยะทางห่างจากเวทีชุมนุมประมาณ 10-700 เมตร และระยะทางห่างจากพื้นที่ส่วนปลายของการชุมนุมประมาณ 50-800 เมตร หน่วยบริการที่อยู่ใกล้เวทีชุมนุมจะห่างจากส่วนปลายของการชุมนุมมากกว่าหน่วยบริการที่อยู่ไกลเวที



รูปที่ 4 ระยะทางจากหน่วยบริการถึงเวทีชุมชน บริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย

- ในการขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงโดยรถพยาบาลของเครือข่ายอาสาใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 15-20 นาที

3. ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของหน่วยบริการ (Self-reliance)

- การจัดการเมื่อขาดแพทย์ และอาสาสมัคร (man) มีลักษณะไม่เป็นทางการ โดยอาศัยการติดต่อทางโทรศัพท์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Facebook, Line group) ผ่านเครือข่ายเพื่อน และคนรู้จักให้มาช่วย ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี
- การจัดการเมื่อขาดยา เวชภัณฑ์ (material) และเงินทุน (money) มีลักษณะไม่เป็นทางการเช่นกันโดยผ่านกลุ่มเพื่อน บริษัทฯ กลุ่มผู้สนับสนุนประจำของแต่ละหน่วยบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ทางเวทีชุมชน และทางโทรทัศน์ (Bluesky, ASTV)
- การบริหารจัดการในแต่ละหน่วยบริการ (management) แตกต่างกันตามเครือข่ายของหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการศิริราช-ชมรมแพทย์ชนบท หน่วยบริการของกองทัพธรรม-คปท. หน่วยบริการหน้าวัดราชนั้ดดาฯ และสวนลุมพินี มีการประสานงานระหว่างเครือข่ายในกรณีส่งต่อผู้ป่วย ยืมยาและเวชภัณฑ์

“ยาตัวไหนขาด ก็ไปขอเต็นท์อื่นมาใช้ก่อน”

“มีแม่ยกที่สนับสนุนกันอยู่ บอกไปแล้วเขาก็เอามาให้”

“วันนี้ขาดยาอะไร โทรไปหาเพื่อน หรือ line กลุ่ม เดียวก็ได้ยามาแล้ว”

“ทุกวันจะมีรถตู้ของหน่วยจ่ายกลางมาส่งยาให้แต่ละเต็นท์”

“บางครั้งมาช่วยตรวจแล้วก็ออกเงินซื้อยามาให้เองด้วย”

4. การประสานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริม และพัฒนาการให้บริการของหน่วยบริการ (Inter-sectional collaboration)

- หน่วยงานที่ร่วมมือกันและทำงานประสานกัน ประกอบด้วย องค์กรแพทย์อาสา ชมรมแพทย์ชนบท อาสาสมัครต่างๆ เช่น ปอเต็กตึ๊ง มูลนิธิร่วมกตัญญู กองทัพอธรรม บริษัทยา พรรคการเมืองบางส่วน หน่วยงานราชการคือกรุงเทพมหานคร กลุ่มนักแสดง และเครือข่ายประชาชนจิตอาสา
- ทุกฝ่ายล้วนมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ เพื่อดูแลด้านสุขภาพให้มวลชนในสถานการณั้ชุมชน โดยมีการประชุมวางแผนร่วมกัน และแบ่งหน้าที่ในแต่ละหน่วยบริการ แต่ลักษณะความร่วมมือเป็นแบบไม่เป็นทางการ

“มาเพื่อต่อสู้ และดูแลมวลชน”

“เป็นกลุ่มพันธมิตรที่ทำงานร่วมกันมาก่อน มีทั้งเอกชน บางคนมาจากหน่วยงานรัฐ”

5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ กำหนดปัญหา การวางแผนงานและการดำเนินงาน (Community participation)

ในส่วนนี้ผู้ศึกษาใช้กลวิธีในการสร้างความผูกพันระดับชุมชน (community engagement strategy) เพื่อเป็นหลักประเมินความมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการทางการแพทย์

5.1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ (Satisfaction) ที่สนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ในที่ชุมชนและสนองต่อปัญหาของชุมชน

- ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งจากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (81.81%) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ต่อการบริการของหน่วยบริการทางการแพทย์ มีเพียง 18.19% ที่มีความพอใจระดับปานกลาง โดยมีทั้งชมการให้บริการและมีทั้งที่ติการบริการของหน่วยบริการหนึ่ง

“หมอรักษาดีมาก พุดจาก็ดี ให้อาดี กินแล้วหาย”

“ไม่อยากไปเดินที่..... เพราะต้องรอนาน แค่มาย่อยา”

“น่าจะมียอมมาสม่่าเสมอ และไม่รู้คนจ่ายยามีความรู้เรื่องยาหรือเปล่า”

ผู้ให้บริการทั้งหมดมีความพึงพอใจด้านจิตใจต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ส่วนผลทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากมีความเหน็ดเหนื่อยจากการให้บริการ แต่ไม่มีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจต่อผู้ให้บริการเนื่องจากให้เวลาว่างจากงานประจำมาเป็นอาสาสมัคร

“เหนื่อย แต่สุขใจที่ได้มาช่วย”

อย่างไรก็ดี มีผู้ให้บริการท่านหนึ่งหนึ่งกล่าวเชิงลบ

“ตรวจรักษาตามมีตามเกิด”

“เหมือนปิดทองหลังพระ ไม่เหมือนเดินที่อื่นที่ภาพลักษณ์ดี แต่ไม่ดูแลคนไข้”

5.2 การมีข้อตกลงร่วมกัน (Commitment)

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ให้บริการเป็นอาสาสมัครที่ให้สัญญาทางวาจา และมีสัญญาใจที่จะมาร่วมช่วยเหลือตามกำลัง มีเพียงส่วนน้อยที่มีการลงบันทึกและทำบัตรประจำตัวอาสาสมัครประจำหน่วยบริการ

“ยังไงก็ต้องมาช่วย ถ้ามาไม่ได้จะหาคนมาแทน”

“หมอบังคับต้องมา ไม่มาไม่ได้ ต้องมีหมอบังคับ เพราะคนยังไม่มีความรู้เรื่องยาที่ตัวเองกิน”

5.3 การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในบริการทางการแพทย์ (Advocacy)

พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครร่วมสนับสนุนกิจกรรมบริการทางการแพทย์ และ ส่วนใหญ่มีการชักชวนเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ให้มาร่วมสนับสนุนแรงงาน และทรัพยากรต่างๆ มีบางส่วนไม่เห็นความจำเป็นในการชักชวนเพื่อน แต่มีเครือข่ายแนวร่วมที่ทำงานร่วมกันอยู่แล้ว และมีการประกาศทางเวทีชุมนุม/Bluesky ในการขอการสนับสนุนเมื่อขาดแคลนทรัพยากร

“The must จำเป็นต้องมา ไม่มีหมอบังคับ”

“ชวนเพื่อนที่ทำงานมาด้วยกัน”

“ไม่ค่อยชวนใครมาหรอก ถ้าเขาอยากจะทำก็มาถามพี่เองได้ เพราะรู้ว่าพี่มาเป็นอาสาสมัครประจำอยู่แล้ว”

“มารู้จักกันในนี้เยอะ เป็นคนร่วมอุดมการณ์”

วิวัฒนาการของการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมชน

วันที่ 30 ตุลาคม 2556 - 6 กุมภาพันธ์ 2557

1. การปฐมพยาบาลกันเอง

ในระยะเริ่มแรกของการชุมชนทางการแพทย์เมือง เริ่มมีประชาชนมาร่วมตัวกันมากขึ้นปัญหาสุขภาพก็ตามมา มีคนเป็นลมกันมากขึ้น และมีการปราบปรามด้วยแก๊สน้ำตา ในขณะที่นั้นยังไม่มีความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ มีเพียงอาสาสมัครที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพทางการแพทย์ดูแลกันเอง มีการปฐมพยาบาลกันไปเท่าที่ทำได้ หรือการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ ผู้เข้าร่วมชุมชนดูแลกันเอง

2. บุคลากรทางการแพทย์เริ่มเข้ามามีส่วนร่วม

ในระยะนี้เริ่มมีบุคลากรทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางการแพทย์ โดยเริ่มมาจากแพทย์ที่เป็นอาสาสมัครเข้าไปในพื้นที่ ที่มีการปะทะ และให้เห็นเหตุการณ์การใช้ความรุนแรง เริ่มเกิดการชักชวนกันเข้ามาในหมู่คนรู้จัก เพื่อมาให้การพยาบาลในพื้นที่ ที่มีการปะทะ และการส่งต่อคนเจ็บ เริ่มมีการประสานงานกันกับหน่วยกู้ภัยของกรุงเทพมหานคร โดยจะเป็นการประสานงานที่เป็นคนรู้จักกัน ช่วยๆกัน โดยมีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันนั้นคือต้องการดูแลคนเจ็บ ส่วนทางด้านยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ มาจากการบริจาคกันในกลุ่ม การขอผ่านกลุ่มเพื่อน หรือคนที่รู้จักกัน

3. การจัดตั้งทีม

แพทย์เริ่มรวมตัวกับอาสาสมัครกู้ภัยของกรุงเทพมหานคร เริ่มมีการจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ที่เป็นรูปเป็นร่าง มีการประสานงานกับทางเวที เริ่มมีการส่งการ์ดมาช่วยดูแลจัดตั้งแพทย์ทำงานร่วมกับอาสาสมัคร จากนั้นก็มีการเชิญชวนกันในกลุ่มคนที่รู้จักกัน มาทำงานเป็นอาสาสมัครกันมากขึ้น โดยมักมาเป็นอาสาสมัครหลังเลิกงานหรือในเวลาเย็นๆ จากนั้นเริ่มมีการรวมตัวกันระหว่างชนมแพทย์ชนบทกับแพทย์อาสา เกิดเป็นหน่วยบริการศิริราช เริ่มมีคณบดีคณะเภสัช มหาวิทยาลัยมหิดล เข้ามาช่วยบริหารจัดการด้านยา ขณะเดียวกันก็เริ่มมีหน่วยบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นหลายจุด มีที่มาที่แตกต่างกัน การทำงานของแต่ละจุดมีการบริหารจัดการเป็นของตนเอง ยังไม่ค่อยเป็นรูปแบบเดียวกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยบริการแต่ละที่ บางแห่งมีการตรวจรักษาโดยแพทย์เป็นระบบ บางแห่งเน้นเฉพาะการจ่ายยา บางแห่งมีการอบรมอาสาสมัครที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ อบรมเพื่อมาทำงานพื้นฐาน เช่น การปฐมพยาบาลเมื่อโดนแก๊สพิษการปฐมพยาบาลเมื่อโดนหมามุ่ย ในระยะนี้ หน่วยบริการทางการแพทย์แต่ละจุดเริ่มเป็นที่รู้จักแพร่หลาย มีโรงเรียนแพทย์เข้ามา แพทย์จากโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน

4. การประสานการทำงานเป็นเครือข่าย

เมื่อมาถึงขั้นนี้ การให้บริการทางการแพทย์มีความเป็นระบบมากขึ้น การบริหารจัดการทางด้านยา และทรัพยากรที่เป็นระบบมากขึ้น มีการประชุมกัน ผลัดเวรกันมาทำงาน เช่น มาจากโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งที่มาจากต่างจังหวัด แบ่งกำลังกันมา ผลัดเวรกันทำงานเวรละ 3 วัน มีการหมุนเวียนกัน เป็นต้น เมื่อถึงจุดนี้ แพทย์ออกมาแสดงจุดยืนทางการเมืองที่ชัดเจนมากขึ้น มีพยาบาลอาสาสมัครเข้ามาทำงาน เดินร่วมกับมวลมหาประชาชน เมื่อมีเหตุจะได้เข้าถึงอย่างทันท่วงที และมีการประเมินเบื้องต้นในการส่งต่อผู้ป่วย ในขั้นนี้ไม่ได้เป็นเพียงเชิงรับ (passive) อย่างที่ผ่านมา แต่มีการให้บริการแบบเชิงรุก (active) ด้วย

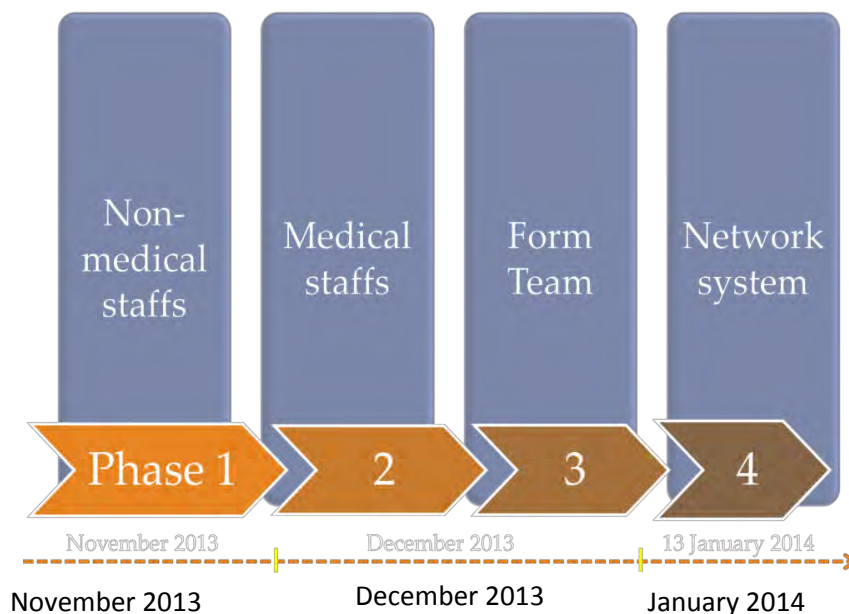
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเพื่อประเมินการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนของคณะกรรมการประชาชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข (กปปส.) ซึ่งดำเนินการในระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2556–17 มกราคม 2557 โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามโครงสร้างของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการบริการทางการแพทย์ในชุมชน ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

พัฒนาการของการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุมทางการเมือง พ.ศ. 2556-2557

มีการเปลี่ยนแปลง 4 ระยะ ดังในรายละเอียดที่กล่าวแล้วในบทที่ 4 คือ

1. การปฐมพยาบาลกันเอง
2. บุคลากรทางการแพทย์เริ่มเข้ามามีส่วนร่วม
3. การจัดตั้งทีม
4. การประสานการทำงานเป็นเครือข่าย



รูปที่ 5 แสดงพัฒนาการของการให้บริการทางการแพทย์ในระยะต่างๆ

ระยะเริ่มแรกของการจัดตั้งหน่วยให้บริการทางการแพทย์นั้น เริ่มมาจากการที่ผู้เข้าร่วมการชุมนุมทำการปฐมพยาบาลกันเองเท่าที่ทำได้เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรง การส่งต่อผู้ได้รับบาดเจ็บก็จัดการกันเอง

เท่าที่ทำได้ มีการเรียกรถพยาบาลกันเอง จนกระทั่งเมื่อมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมการประชุมทางไกลเมืองด้วย เริ่มเห็นความเป็นไปเมื่อเหตุการณ์ปราบปรามการประชุมด้วยใช้แก๊สน้ำตา หรือเหตุความไม่สงบต่างๆ จึงเริ่มเข้ามาให้การปฐมพยาบาลหรือการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในลักษณะช่วยเหลือที่ทำได้ ยาหรือเวชภัณฑ์ต่างๆ เริ่มได้มาจากการขอกันในกลุ่ม หรือการบริจาคมาจากคนรู้จักกัน เครือข่ายของตนเอง

ต่อมาชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเข้ามาในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการทางการแพทย์ในที่ชุมนุมทางการเมือง อย่างไรก็ตามก็ดียังมีความไม่สะดวกในการเข้าพื้นที่ แพทย์ชนบทจึงให้บริการในบางสถานที่ เช่น ในโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นต้น นี่คือช่วงคาบเกี่ยวของระยะที่ 1 และ 2 ในระยะนี้สามารถกล่าวได้ว่า **บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อม แต่ไม่มีช่องทางในการให้บริการโดยตรง**

เมื่อแพทย์รวมตัวกับทีมอาสาสมัคร และร่วมมือกับเวทีการประชุมเริ่มมีการจัดตั้งหน่วยให้บริการทางการแพทย์ในตอนต้น คือ เวทีราชดำเนิน บริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย ถนนราชดำเนิน ในขั้นนี้แพทย์อาสาร่วมมือกับแพทย์ชนบท ทำงานเพื่อดูแลประชาชน ในระยะนี้เองมีการ **“กีดกันทางการเมือง”** นั่นคือฝ่ายที่ไม่สนับสนุนให้มีการชุมนุมทางการเมืองออกมากล่าวว่า การที่แพทย์มาจัดตั้งหน่วยให้บริการเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากดูเหมือนเป็นการเลือกฝ่าย มีการให้ยุบหน่วยบริการทางการแพทย์ แต่ทางแพทย์ไม่ยอมโดยให้เหตุผลว่า การบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องของ สิทธิมนุษยชน เป็นการกระทำที่ไม่เลือกฝ่าย คือ ให้บริการทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ว่าผู้เข้าร่วมการประชุมหรือผู้สลายการประชุม ทั้งนี้บริการทางการแพทย์มีความจำเป็นมาก เมื่อมีคนมารวมตัวกันเป็นจำนวนมาก ปัญหาสุขภาพก็เป็นเรื่องตามมา นี่คือพัฒนาการสู่ระยะที่ 3 คือ การจัดตั้งทีม หน่วยแรกที่เกิดขึ้น คือ ตรงหัวมุม ถนนดินสอ

เมื่อมีหน่วยบริการทางการแพทย์เกิดขึ้นหนึ่งหน่วย ก็เริ่มมีหน่วยให้บริการทางการแพทย์หน่วยอื่นๆ เกิดขึ้นตามมาในหลายบริเวณจากแพทย์กลุ่มต่างๆ **บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมเมื่อมีช่องทางในการให้บริการ จึงออกมาเป็นอาสาสมัครมากขึ้น** ทั้งยาและเวชภัณฑ์ก็มีบริจาคมมากขึ้น มีผู้ให้การสนับสนุนมากขึ้น และมีให้บริการหลากหลายมากขึ้นทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด และน้ำสมุนไพรต่างๆ

อย่างไรก็ดี ในการทำงานของหน่วยบริการต่างๆ มีการทำงานที่เป็นเอกเทศระหว่างกัน บริหารงานแยกกัน ระบบการให้บริการแตกต่างกัน เช่น บางหน่วยมีการตรวจ การรักษาแบบเดียวกับโรงพยาบาล บางหน่วยเป็นการแจกยาเฉยๆ มีการเขม่นกันเองบ้าง แต่ไม่ใช่ปัญหา นอกจากนั้นประสานงานระหว่างกัน เช่น ในกรณีมีการแลกเปลี่ยน การหยิบยืมยาระหว่างหน่วยบริการ

จนกระทั่งมีการนัดชุมนุมใหญ่ shutdown Bangkok ในวันที่ 13 มกราคม 2557 มวลมหาประชาชนจำนวนมากเดินทางเข้ากรุงเทพฯ เพื่อร่วมการประชุมทางไกลเมือง ในขณะที่ฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์ก็มีการเตรียมพร้อมเช่นกัน โดยจัดเจ้าหน้าที่มาประจำที่หน่วยบริการมีการหมุนเวียนกันมา

ให้บริการ รวมทั้งมีการจัดสรรยา เวชภัณฑ์ต่างๆ รวมทั้งรถพยาบาล โดยไม่สนการกีดกันทางการเมืองของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขที่ห้ามข้าราชการเคลื่อนไหว หรือลาหยุด หรือลา กิจ

เป็นประวัติศาสตร์อีกหน้าหนึ่งของวงการสาธารณสุขไทย ที่บุคลากรสาธารณสุขกว่า 3,000 ราย ประกอบด้วย ประชาคมสาธารณสุขจากกว่า 20 ชมรม เช่น สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปแห่งประเทศไทย (รพศ/รพท.) ชมรม ผอ.รพ.ชุมชนแห่งประเทศไทย ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ชมรมทันตแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้มาชุมนุมกันบริเวณหน้าตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้กำลังใจ และสนับสนุนการทำงานของ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 12 มกราคม 2557 ในการแสดงจุดยืนในการดูแลประชาชน โดยไม่สนคำสั่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ดังคำกล่าวของ นพ.ณรงค์ ที่กล่าวว่า “หน่วยบริการสาธารณสุขทุกหน่วยต้องทำงานเต็มกำลังเพื่อดูแลประชาชนอย่างเต็มที่ เราเป็นข้าราชการในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ต้องบริการประชาชนเราจะทำงานอยู่ข้างประชาชนและไม่หยุดงาน เรามีจรรยาบรรณวิชาชีพและศักดิ์ศรีของเรา คือ บริการประชาชนอย่างดีที่สุด อย่าเอาประชาชนมาเป็นตัวประกัน และอย่าเปิดช่องให้ใครมาโจมตีกระทรวงสาธารณสุขว่าเราไม่บริการ”

นับเป็นการเข้าสู่ระยะที่ 4 ที่บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก เดินทางเข้ากรุงเทพฯ เพื่อดูแลประชาชน มีการประสานงานกันของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการประชุมการทำงาน การจัดสรรกำลังคนเข้าหน่วยบริการต่างๆ มีการบริหารจัดการระบบยา เป็นต้น

จากการติดตามสังเกตการณ์ชุมนุม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จึงสามารถสรุปได้ว่า

1. การให้บริการทางการแพทย์เริ่มด้วย “ใจ” ที่อยากจะช่วยเหลือประชาชน

แม้ไม่มียา ไม่มีทรัพยากร ก็พยายามทำเท่าที่สามารถทำได้ มีคนมากมายที่อยากช่วยแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร จนกระทั่งเมื่อมีช่องทาง คนจึงออกมาเป็นจำนวนมาก ระดมกำลังและทรัพยากร ใครที่มีความสามารถด้านใดก็ช่วยในด้านนั้น แพทย์ตรวจคนไข้ เกสซกรช่วยจัดยา และจัดระบบยา พยาบาลดูแลคนไข้ อาสาสมัครกู้ภัยทำหน้าที่ในการกู้ภัย และอำนวยความสะดวกต่างๆ การ์ดของเวทีมาร่วมจัดตั้งหน่วยพยาบาลและอำนวยความสะดวก เวทีมีการแบ่งเงินบริจาคเพื่อค่ายาต่างๆ รวมทั้งบริษัทยาและประชาชนต่างๆ ร่วมบริจาคเท่าที่สามารถช่วยได้ **ทุกคนมีใจที่จะช่วย ขอแค่มีคนเริ่มก็มีคนช่วยสานต่อ**

2. หน่วยบริการทางการแพทย์จะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากปราศจาก “ความกล้าหาญ” ของบุคลากรสาธารณสุข

การไม่ตกเป็นเครื่องมือทางการเมืองของฝ่ายใด การยืนหยัดอยู่บนความถูกต้อง ทำตามจรรยาบรรณในวิชาชีพ ทำให้ผู้ได้รับผลประโยชน์ที่สุด คือ ประชาชน สมดังพระราชปณิธานของสมเด็จพระราชบิดาที่กล่าวว่า “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเองถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”

การประเมินตามโครงสร้างของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ข้อดี ข้อด้อย และแนวทางการพัฒนาในแต่ละหัวข้อของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่

1. ความเท่าเทียมในการรับบริการทางการแพทย์ และแสดงความเป็นธรรมต่อสังคม (equity) ทั้งในการจัดให้มีอยู่ของบริการทางการแพทย์ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ของผู้รับบริการ และการใช้ประโยชน์บริการที่มีอยู่ของผู้รับบริการ (utilization)

ข้อดี คือ มีการจัดบริการทางการแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ชุมนุม โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การชุมนุมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการให้บริการทั้งเชิงรับ และเชิงรุกในด้านการอำนวยความสะดวกในความเป็นอยู่ของผู้ชุมนุมนอกเหนือจากบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้มีการให้บริการที่เท่าเทียมกันแก่ทุกคน ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ และฐานะ การหน่วยบริการทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้ง่าย เนื่องจากหน่วยบริการกระจายอยู่ครอบคลุมบริเวณโดยรอบพื้นที่ชุมนุม และมีการนำทรัพยากรที่มีอยู่ หรือจัดหาได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อด้อย คือ มีความไม่สมดุลระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์ในหน่วยบริการหลายหน่วย โดยรูปแบบมีทั้งการขาดแคลน และมากเกินไปของบุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครในบางช่วงเวลา

แนวทางการพัฒนา ทำได้โดยควรมีการลงทะเบียนบุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติงานเพื่อความสะดวกในการจัดการกำลังคนให้เหมาะสมกับช่วงเวลา รวมทั้งมีการจัดระเบียบคลังยา และเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความครอบคลุมของบริการทางการแพทย์ (coverage)

ข้อดี ในภาพรวมถือว่ามีความครอบคลุมในด้านจำนวนผู้ให้บริการทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และอาสาสมัครแตกต่างกันตามหน่วยบริการ คือ 5-10 ในแต่ละรอบบริการ (โดยเฉลี่ย 3 รอบบริการในหนึ่งวัน) โดยหน่วยบริการกระจายครอบคลุมพื้นที่ชุมนุม โดยระยะทางห่างจากเวทีชุมนุมประมาณ 10-700 เมตร และระยะทางห่างจากพื้นที่ส่วนปลายของการชุมนุมประมาณ 50-800 เมตร ซึ่งทำให้ผู้รับบริการในบริเวณทั้งหมดของเข้าถึงหน่วยบริการได้สะดวก รวมทั้งมีการขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงโดยรถพยาบาลของเครือข่ายอาสาสมัคร โดยใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณไม่เกิน 15 นาที

ข้อด้อย พบว่าในบางช่วงเวลามีหน่วยบริการที่ขาดบุคลากรประจำอยู่ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

แนวทางการพัฒนา คณะผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการประสานงานกันของหน่วยบริการทุกเครือข่าย เพื่อกระจายบุคลากร และทรัพยากรให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

3. ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของหน่วยบริการ (self-reliance)

แต่ละหน่วยบริการสามารถจัดการในกรณีขาดแคลนบุคลากร และทรัพยากรได้ทันทีที่โดยการติดต่ออาสาสมัครให้มาช่วย และขอสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่ใช้การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือ ไม่ทราบ หรือทราบล่วงหน้าในระยะเวลาอันสั้นเมื่อขาดกำลังคน สำหรับทรัพยากรนั้น ส่วนใหญ่หน่วยบริการมีการจัดการ และตรวจสอบจำนวนที่ต้องการ และขาดแคลนเป็นประจำวัน และขอรับบริจาคเพิ่มเติมวันต่อวัน

แนวทางการพัฒนา ควรมีระบบในการจัดการทรัพยากร และกำลังคนที่ชัดเจน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบประจำหน่วย และมีหน่วยงานกลางในการรับผิดชอบในระบบจัดการกลางที่ชัดเจน และมีมาตรฐานการดำเนินงานเป็นคู่มือที่ผู้ปฏิบัติงานขณะนั้นสามารถแก้ปัญหาได้เป็นแบบเดียวกัน ทั้งนี้อาจปรับใช้มาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องบริการแพทย์ในสถานการณั้ฉุกเฉิน เช่น แผนหลักการแพทย์แห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (51)

4. การประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ในสถานการณั้การชุมชน (inter-sectoral collaboration)

ข้อดี คือ มีการร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรแพทย์อาสา ชมรมแพทย์ชนบท องค์กรอาสาสมัครอิสระ กองทัพอากาศ บริษัทฯ พรรคการเมืองบางส่วน หน่วยงานราชการบางส่วน กลุ่มนักแสดง และเครือข่ายประชาชนจิตอาสา ทุกฝ่ายมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ เพื่อดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน

ข้อด้อย ผู้วิจัยประเมินว่ามีข้อด้อย ในลักษณะความร่วมมือที่ไม่เป็นทางการ และขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายหน่วยบริการทั้งหมด และอาจเป็นอุปสรรคจากปัญหาทางการเมือง ภาพลักษณ์ในการวางตัวเป็นกลางของหน่วยงานแพทย์ ทำให้หน่วยงานหลักที่ควรมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ความเป็นอยู่ของประชาชนไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม และบางส่วนเกิดความขัดแย้งกันเอง (52) ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำหลักการ หรือแนวทางการจัดการแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากร และทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนหม่มาก

แนวทางการพัฒนา ควรเน้นการประสานงานกันของทุกฝ่ายในทุกกระบวนการตั้งแต่การวางแผนในสถานการณั้ฉุกเฉินที่มีความซับซ้อน เพื่อป้องกันปัญหาการขาดผู้รับผิดชอบหลักในเหตุการณ์ฉุกเฉินนั้น ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบทางการแพทย์ในสถานการณั้ฉุกเฉิน (ทุกสถานการณั้) ที่เป็นองค์กรอิสระ ปราศจากอิทธิพลจากองค์กรใดๆ และภาครัฐ รวมทั้งมีการจัดทำแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น และมีการฝึกซ้อมปฏิบัติให้พร้อมใช้งานได้จริง

5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ กำหนดปัญหา การวางแผนงาน และการดำเนินงาน (community participation)

กลวิธีในการสร้างความผูกพันระดับชุมชน (community engagement strategy) เป็นหลักประเมินความมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการทางการแพทย์นั้น จากข้อมูลที่ได้ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ (satisfaction) ที่มีการจัดให้ และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ ที่สนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ในที่ชุมชนและสนองต่อปัญหาของชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการทางการแพทย์ (advocacy) โดยการเป็นอาสาสมัคร และชักชวนผู้ใกล้ชิดให้มาร่วมสนับสนุนแรงงาน และทรัพยากรต่างๆ แก่หน่วยบริการ รวมถึงมีการจัดตั้งเครือข่ายอาสาสมัครเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการทางการแพทย์ แต่ในส่วนการมีข้อตกลงร่วมกัน (commitment) เกือบทั้งหมดไม่มีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร มีแต่การสัญญาทางวาจา และมีสัญญาใจที่จะมาร่วมช่วยเหลือตามกำลัง

แนวทางการพัฒนา เป็นไปในลักษณะคล้ายคลึงกับการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วน คือ ควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายตั้งแต่การวางแผน และมีการประสานงานกันเป็นเครือข่ายเดียวกัน กำหนดความรับผิดชอบชัดเจน และมีการตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร หรือแผนงานชัดเจน

การประเมินตามหลักแนวคิดนวัตกรรมทางสังคม (Social innovation platform)

คณะผู้วิจัยได้พิจารณาหน่วยบริการทางการแพทย์ในสถานการณ์ชุมชนเสมือนนวัตกรรมเพื่อสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งตามคำจำกัดความของนวัตกรรมทางสังคม คือ “สิ่งใหม่ๆ ทั้งที่เป็นกระบวนการทางความคิด (จินตนาการ) หรือการสร้างโอกาส หรือการลงมือปฏิบัติ (action) เพื่อแก้ปัญหา หรือเพื่อทำให้สังคมดีขึ้น สิ่งใหม่ๆ นี้รวมถึงการปรับหรือพัฒนาบนฐานเดิมด้วย” (53) โดยลักษณะของกิจกรรมเป็นการเปิดพื้นที่ทางสังคมเพื่อให้เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิดร่วมสร้างของคนในสังคม/ชุมชน และเกิดจิตสำนึกร่วมต่อสาธารณะ ประโยชน์ต่อสังคมมาก่อนประโยชน์ส่วนตนหรือของกลุ่ม ทั้งนี้ได้พิจารณาหน่วยบริการทางการแพทย์ในที่ชุมชนเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. สภาวะชุมชนปกติ ก่อนเกิดความรุนแรง (Status quo)
2. ระยะวิกฤตการณ์ความรุนแรง (Crisis)
3. ในระยะหลังการยุติการชุมนุม (Post-crisis)

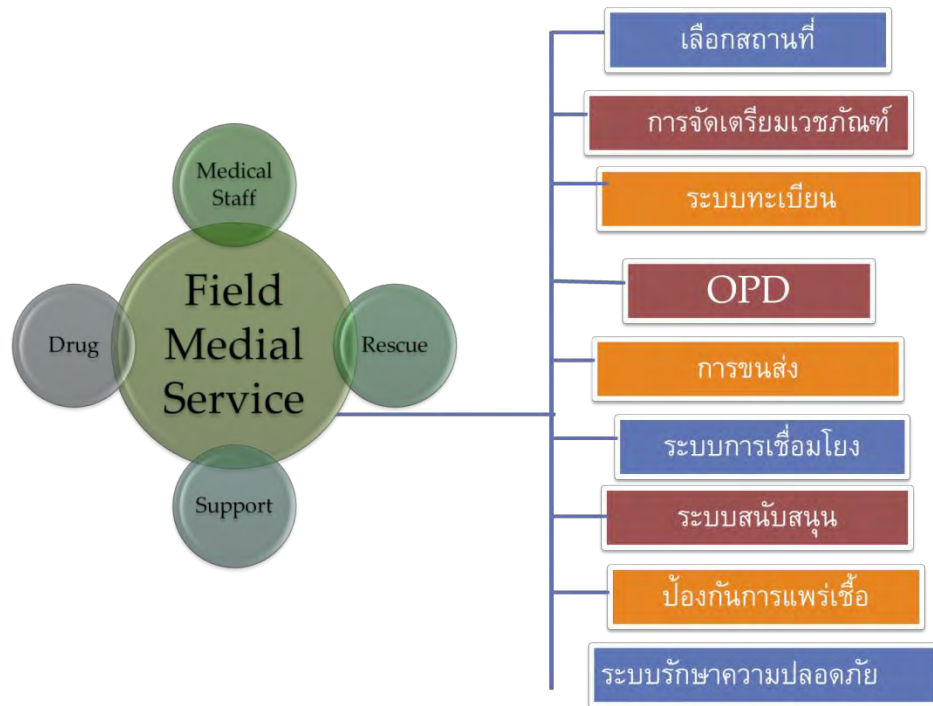
โดยในแต่ละระยะได้วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Beneficiaries & Affected parties) นวัตกรรมที่เกิดขึ้น (Intervention) และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบให้เกิดนวัตกรรมดังกล่าว (Executors) รวมถึงเงินทุนสนับสนุน ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประเมินการให้บริการทางการแพทย์ในการชุมนุมทางการเมืองตาม Social innovation platform

หลักการ	Status quo	Crisis	Post Crisis
Beneficiaries & Affected parties	ผู้ชุมนุม และ อาสาสมัคร	ผู้ชุมนุม ประชาชนบริเวณ ใกล้เคียง อาสาสมัคร บุคลากรทางการแพทย์	ผู้ชุมนุมในอนาคต เครือข่าย จิตอาสา เครือข่ายการ ดำเนินงาน
Intervention	จุดบริการพยาบาล ขั้นต้น (แบบจิตอาสา)	โรงพยาบาลสนาม	Model รพ.สนามที่เป็นระบบ เครือข่ายดำเนินการที่มั่นคง
Executor	อาสาสมัครที่ไม่ใช่ บุคลากรทางการแพทย์ ดูแลเบื้องต้น ได้รับเงินบริจาค หรือ ทุนส่วนตัว	บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัคร ให้การตรวจรักษาอย่างเป็น ระบบ เงินบริจาคจาก ผู้สนับสนุน	ผู้รับผิดชอบของเครือข่าย มีการประสานงาน และ วางแผนจัดการ แบ่งหน้าที่ รับผิดชอบตาม model กองทุนสนับสนุนที่มั่นคง

รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุมทางการเมือง ตามหลักโรงพยาบาลสนาม

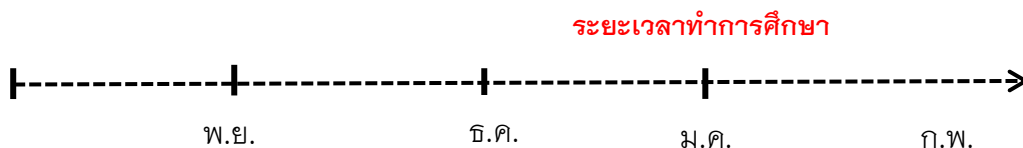
หน่วยบริการทางการแพทย์ในการชุมนุมประท้วง มีการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุม ให้บริการทั้งการตรวจรักษา การจ่ายยา การปฐมพยาบาล ผ่าตัดเล็กและหัตถการต่างๆ มีเตียงพักฟื้นในระยะสั้น และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้บริการในรูปแบบที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสนาม ซึ่งมีจุดเด่นคือ ความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้เข้ากับสถานการณ์ ส่วนที่แตกต่างของหน่วยบริการกับโรงพยาบาลสนาม คือ การรับผู้ป่วยค้างคืนที่หน่วยบริการ ไม่มีรองรับตรงนี้ อย่างไรก็ดี การนำหลักการบริหารจัดการตามหลักโรงพยาบาลสนาม จะมีประโยชน์ในการจัดให้บริการจัดการในพื้นที่การชุมนุมต่อไป ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่การชุมนุมทางการเมืองตามหลักโรงพยาบาลสนาม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษา



รูปที่ 7 แสดงช่วงระยะเวลาทำการศึกษา

1.1 ผู้วิจัยไม่ได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลในช่วงแรกของการประท้วง ในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2556 ดังนั้นข้อมูลการชุมนุมในช่วงแรกจึงได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถึงลักษณะของการชุมนุมและความเปลี่ยนแปลงในระยะต่างๆ

1.2 ผู้วิจัยทำการติดตามเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2556-มกราคม 2557 ดังนั้นการให้บริการทางการแพทย์ในสถานการณ์การชุมนุมอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์

2. กำลังคน

ในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยจำนวน 4 ท่าน ในการเก็บข้อมูลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมการชุมนุมและพื้นที่ของการจัดบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้แบ่งพื้นที่สังเกตการณ์ในจุดบริการทางการแพทย์ต่างๆ ทำการบันทึกข้อมูลด้วยแบบบันทึกและการอัดเทปทสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมารวมกัน ทั้งแบบบันทึกข้อมูลและถอดเทป เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้การศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นเรื่องใหม่ซึ่งไม่เคยมีการศึกษามาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสร้างแบบสัมภาษณ์การให้บริการทางการแพทย์ในสถานการณชุมชนทางการแพทย์เมือง โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) จากการทบทวนวรรณกรรมหลักสาธารณสุขมูลฐาน ในมุมมองของผู้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมชุมนุมทางการแพทย์ และผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครกักกันต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 12 ข้อ 5 domains ในการสร้างเครื่องมือนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1การทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างแบบสอบถาม ระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้มีการลงพื้นที่การชุมนุมเพื่อทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ และปรับปรุงเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดให้เหมาะสมมากขึ้น

4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ได้เจาะลึกถึงภาคการเมืองหรือบริษัทที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. นายแพทย์อมร นนทสูต. องค์ประกอบและหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. 2531: 8-15.
2. Margaret Whitehead. The concepts and principles of equity and health [Internet]. WHO Regional Office for Europe [cited 2014 Feb 7]. Available from: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf
3. ทองหล่อ เดชไทย. การศึกษาการยอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2536 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2557]. 2536; 11-12. เข้าถึงได้จาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/6772/9/Chapter2.pdf>
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [internet].1978 [cited 2014 Feb 7] Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
5. หลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. การสาธารณสุขมูลฐาน ศูนย์ สช.อีสาน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.esanphc.net/online/phc/phc05.htm>
6. International Association for Public participation [Internet]. IAP2 Core values 2007 [cited 2014 Jan 5]. Available from: <http://www.iapz.org/>.
7. Jones L, Wells K. Strategies for academic and clinician engagement in community-participatory partnered research. JAMA 2007; 297:407-10.
8. นายกษ งดงามกุลเกล้าร่างแก้รธน. ที่มา ส.ว. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพธุรกิจ. 1ต.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 ก.พ.20] เข้าถึงจาก: <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/politics/20131001/533593/%.html>
9. เพื่อไทยยื่นขอถวายคืนร่างรัฐธรรมนูญไม่ได้ [อินเทอร์เน็ต]. เดลินิวส์. 21พ.ย. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 ก.พ.20]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dailynews.co.th/Content/politics/196582/%E0%B9>.
10. นายกษขอพระบรมราชานุญาตถอนร่างรธน. [อินเทอร์เน็ต].เดลินิวส์. 8 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/politics/20131208/548429/%E0%B8%99..html>
11. Updated toll: 4 dead, 57 wounded. [Internet]. Bangkok Post. 2013 Dec 1 [cited 2014 Jan 5]. Available from: <http://www.bangkokpost.com/news/local/382573/updated-toll-4-dead-57-wounded>

12. 119 injured in Monday's clashes. [Internet]. Bangkok Post. 2013 Dec 3 [cited 2014 Jan 5]. Available from:<http://www.bangkokpost.com/breakingnews/382970/death-toll-from-sunday-rises-to-four>
13. Kocha Olarn, Paula Hancocks.Tensions Ease in Thailand as Police Remove Barriers. [Internet]. CNN. 2013 Dec 4 [cited 2014 Jan 5]. Available from: <http://edition.cnn.com/2013/12/03/world/asia/thailand-protests/>
14. Protest leader Suthep declares Bangkok seizure after New Year. [Internet]. AseanAffairs. 2013 Dec 28 [cited 2014 Jan 5]. Available from: http://www.aseanaffairs.com/thailand_news/politics/protestleader_suthep_declares_bangkok_seizure_after_new_year
15. นายกรัฐมนตรีแถลงเพิ่มการบังคับใช้ พรบ.ความมั่นคง ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จังหวัดนนทบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี ดูแลการชุมนุม. [อินเทอร์เน็ต]. ข่าวสำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. 25 พ.ย. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2557]. เข้าถึงจาก http://thainews.prd.go.th/centerweb/News/NewsDetail?NT01_NewsID=WNPOL5611250020051
16. สรุปจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ เหตุการณ์ปะทะของกลุ่มชน บริเวณมหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556 . [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์ราวัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 13 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงจาก <http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Badjeb%2013-12-56%20Time%2018.00.pdf>
17. สรุปจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ เหตุการณ์สลายกลุ่มผู้ชุมนุม ด้วยแก๊สน้ำตา เวลา 12.00 น. เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2556 . [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์ราวัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 3 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงจาก <http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Gas%203-12-56%20Time%2019.00.pdf>
18. สรุปจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ เหตุการณ์ปะทะของกลุ่มชน บริเวณรอบทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2556. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์ราวัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 6 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงจาก <http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/BCN%206-12-56%20Time%2008.00.pdf>
19. สรุปจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ เหตุการณ์ปะทะของกลุ่มชน เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2556. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์ราวัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 6 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.

- 2557]. เข้าถึงจาก<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/badjeb3%206-12-56%20Time%2020.00.pdf>
20. สรุปข่าวเต็ดในรอบสัปดาห์ 12-18 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ASTV ผู้จัดการ. 19 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงจาก <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000006869>
 21. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ขีว้าง วัดตู่ต้องสงสัยว่าเป็นระเบิด บริเวณถนนบรมราชตัดทอง เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 20 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 24 ม.ค. 2557]. เข้าถึงจาก <http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Banthat%20Thong%2020-01-57%20Time%2012.00.pdf>
 22. รายงานสถานการณ์ทางการเมือง. [Internet]. Nation Channel. 2013 Dec [cited 2013 Dec 28]. available from: <http://www.nationchannel.com/main/content/politics/378392402/>
 23. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง ในเขตท้องที่กรุงเทพมหานคร จังหวัดนนทบุรี อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี และอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา; 131 ตอนพิเศษ 3ง 2557 ม.ค. 21 [เข้าถึงเมื่อ 23 ม.ค. 2557]. เข้าถึงจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2557/E/013/1.PDF>
 24. ศาล รธน.มีมติเอกฉันท์ 8:0 เลื่อนการเลือกตั้งได้. [Internet]. ASTV ผู้จัดการ. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000009273>.)
 25. ป่วนกาล่วงหน้า-ซัดโหดดับแกนนำ กปท. [Internet]. ไทยรัฐออนไลน์. 27 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thairath.co.th/content/newspaper/399109>
 26. ไม่เลื่อนเลือกตั้ง! รบ.ถก กกต.เคาะเดินหน้า 2 ก.พ.ไม่ให้เจ็บ-ตาย 'ศุภชัย' ยันไม่ลาออก บอกรู้ทำที่อยู่แล้ว. [Internet]. ข่าวมติชนออนไลน์. 28 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1390909487
 27. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ เหตุการณ์ปะทะของกลุ่มชน บริเวณมหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 13 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Badjeb%2013-12-56%20Time%2018.00.pdf>
 28. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ เหตุการณ์ปะทะของกลุ่มชน บริเวณรอบทำเนียบรัฐบาล วันที่ 1-3 ธันวาคม 2556. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 6 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ

20 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Patient%206-12-56%20Time%2020.00.pdf>.

29. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ปะทะ ของกลุ่มผู้ชุมนุม บริเวณศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร (ไทย-ญี่ปุ่น) ดินแดง เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2556. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 28 ธ.ค. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30ธ.ค.2556]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Thai-Japan%2028-12-56%20Time%2022.00.pdf>

30. ม็อบ กปปส. ปะทะเสื้อแดง เดือด. [อินเทอร์เน็ต]. ข่าวเดลินิวส์ออนไลน์. 10 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.dailynews.co.th/Content/regional/207833/%E0%B8%A1>.

31. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ปะทะ บริเวณแยกคอกวัว เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 11 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/CookWoW%2011-01-57%20Time%2012.00.pdf>

32. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ยิงผู้ชุมนุม บริเวณซอยแจ้งวัฒนะ 14 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 13 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Chaengwattana%2013-1-57%20Time15.00.pdf>

33. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ยิงผู้ชุมนุม บริเวณสะพานหัวช้าง เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 15 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/ChangeBridge%2015-01-57%20Time%2011.00.pdf>

34. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ขว้างวัตถุต้องสงสัยว่าเป็นระเบิด บริเวณถนนบรรทัดทอง เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัดน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 20 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/Banthat%20Thong%2020-01-57%20Time%2012.00.pdf>

35. สรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ยิงผู้ชุมนุม บริเวณห้าแยกลาดพร้าว เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2557. [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์เฮอร์วัด สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 19 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ems.bangkok.go.th/report/Badjeb56/5LatPhrao%2019-01-57%20Time%2010.00.pdf>.
36. เผยมีคนได้รับบาดเจ็บ 28 ราย ในเหตุระเบิดเวที กปปส. อนุเสาวรีย์ชัยสมรภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. Nation Channel. 19 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.nationchannel.com/main/content/politics/378392402/>
37. “อรวัดณ์” สรุปเหตุปะทะหน้าสโมสรรองทัพบก รวมเจ็บ 5. [อินเทอร์เน็ต]. มติชนออนไลน์. 29 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1390965051
38. มีหมอลอย (มีอบ) โกลั๊วๆ ชุ่นใจจริง. [อินเทอร์เน็ต]. โพสต์ทูเดย์. 29 ม.ค. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.posttoday.com>
39. ข่าวคราวทางการแพทย์. ชมรมแพทย์ชนบท.
<https://www.facebook.com/pages/%E0%B8%8A%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%9A%E0%B8%97/142436575783508>
40. กัญญา วังศรี. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. Srinagarind Med J 2013;28 (suppl):69-73.
41. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS system) [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี. [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.narenthorn.or.th/node/40>.
42. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา. [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://str.skho.moph.go.th/str/files/IECB.ppt>.
43. โรงพยาบาลสนาม (Field Hospital) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.gotoknow.org/posts/482028>.
44. แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (Non-traditional site; NT site) [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 18 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://beid.ddc.moph.go.th/th/images/news/hospital.doc>.
45. ความหมายและความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8. [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.esanphc.net/online/phc/phc01.htm>.

46. องค์ประกอบและหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน [อินเทอร์เน็ต]. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.dla.go.th/work/e_book/eb1/std210550/15/4.pdf.
47. Margaret Whitehead. The concepts and principles of equity and health [Internet]. WHO Regional Office for Europe. [cited 2014 Feb 7]. Available from:
http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf
48. กฤษณชัย กิมชัย. 30 ปี การสาธารณสุขมูลฐาน [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [เข้าถึงเมื่อ: 18 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.esanphc.net/rtc/30yrsphc/30yrsphc.pdf>.
49. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [online]1978[cited 2014 Feb 7] Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
50. หลักการบริหารด้วย 4M มีอะไรบ้าง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ: 21 ม.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.ban1gun.com/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%A7%E0%B8%A2-4M-%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%AD%E0%B8%B0%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%87_2963.html.
51. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556- 2559 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
52. ความขัดแย้งในสถานการณืแพทย์ฉุกเฉิน ปลัดสธ. vs แพทย์ชนบท [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าว hFocus; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค.2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.hfocus.org/content/2013/12/5707>
53. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และวาสนา อิมเอม. นวัตกรรมสังคม : การให้ความหมายและลักษณะกิจกรรมในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:<http://hdl.handle.net/11228/1247>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ การสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการทางการแพทย์ในสถานการณั้ชุมชน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2556-2557			
PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators
1. Equity	ความเท่าเทียมในการรับบริการทางการแพทย์ ระบบควรแสดงความเป็นธรรมต่อสังคม		
- Availability	Availability of medical care means that care can be obtained whenever people need Availability: A sufficient quantity of functioning, care facilities	Medical professionals Customer Donators (money, drugs)	- ความถี่ของการขาดแพทย์ (สัปดาห์ละกี่ครั้ง.....) - ความถี่ของการขาดแคลนยา, เวชภัณฑ์ (สัปดาห์ละกี่ครั้ง.....)
PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators
- Accessibility	ความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ Accessibility: Health facilities, goods and services accessible to everyone. Accessibility has four overlapping dimensions: - -	Customer	Non-discrimination - การรักษามาดูฐานเดียวกันสำหรับทุกคน (ใช่/ไม่ใช่) - การเข้าถึงสิทธิการรักษา (มี/ไม่มี) Physical access ความง่ายในการหาเตียงพยาบาล (5 ระดับ 1 = ไม่พอใจเลย 2 =

	<ul style="list-style-type: none"> - non-discrimination (การไม่เลือกปฏิบัติ) - physical accessibility - economical accessibility (affordability) - Information 		<p>พอใจน้อย 3= ปานกลาง 4=พอใจค่อนข้างมาก 5=พอใจมากที่สุด)</p> <p>การเข้าถึงข้อมูล</p> <p>ป้ายบอกทางไปจุดปฐมพยาบาล (พอ/ไม่เพียงพอ)</p> <p>เวทีแจ้งข่าวจุดการทำบริการทางการแพทย์ (ทราบ/ไม่ทราบ)</p>
<p>PHC principles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilization 	<p>Definition</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำให้เกิดประโยชน์ - ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์จากการรับบริการนั้น 	<p>Stakeholder</p> <p>Customer</p>	<p>Indicators</p>
<p>2. Coverage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การครอบคลุมของบริการสาธารณสุขนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการบริหารงานสาธารณสุข นอกเหนือจากสมรรถภาพของการใช้ทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่ - ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการ - ผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - วัดการกระจายของบริการอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละประเภทต่อประชากร และปริมาณการใช้บริการสาธารณสุขที่จัดให้ - ระยะห่างจากเวทีการประท้วงถึงเต็นท์พยาบาล..... - ระยะห่างจากพื้นที่ส่วนปลายของการชุมนุมถึงเต็นท์พยาบาล..... - การขยับย้ายผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่ได้ดีที่สุด.....

PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators
3. Self-reliance	ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง	-	-
- Man		Medical staffs เวชภัณฑ์ดำเนิน	การจัดการเมื่อขาดแพทย์ การจัดการเมื่อขาดอาสาสมัคร
- Material		ยา	การจัดการเมื่อขาดยา หรือ เวชภัณฑ์ที่จำเป็น
- Money		ผู้ให้บริการ	การจัดการเงินบริจาคผู้บริจาค
- Method		Medical staffs เวชภัณฑ์ดำเนิน	
PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators
4. Inter-sectorial collaboration	การประสานกันขึ้นทำงานในความร่วมมือขอของหน่วยงานนั้น ๆ ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้อง	Medical professional (จากโรงพยาบาลต่างๆ /สังกัดต่างๆ) Volunteer Drug company	มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน (มี/ไม่มี) มีผลประโยชน์ร่วมกัน (มี/ไม่มี) การลงนามร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ (มี/ไม่มี) การตกลงความร่วมมือกันทางวาจา (มี/ไม่มี) การประชุมการทำงานร่วมกัน (มี/ไม่มี) การแบ่งหน้าที่กันทำงานเป็นส่วนๆ (มี/ไม่มี)

PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators		
5. Community participation (by community engagement strategy)	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ และ กำหนดปัญหา การวางแผนงาน และการดำเนินงาน	บุคลากรทางแพทย์ อาสาสมัคร ผู้ชุมนุม ผู้ร่วมบริจาค	ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการทางการแพทย์ (มี/ไม่มี)		
- Satisfaction	- ความพึงพอใจต่อการให้บริการทาง การแพทย์ สมองต่อปัญหาของชุมชน	ผู้มารับบริการ ผู้ชุมนุม บุคลากรทางแพทย์ อาสาสมัคร ผู้ร่วมบริจาค	ความพึงพอใจของผู้รับ / ให้บริการ	ผลทางจิตใจของการ ให้บริการทาง การแพทย์ และมี ส่วน ร่วมในกิจกรรม	ต่อผลทางเศรษฐกิจ ของการให้บริการทาง การแพทย์ และมี ส่วน ร่วมในกิจกรรม
- Commitment	การมีข้อตกลงร่วมกันในการมีส่วนร่วม (ระบุขั้นตอน วางแผน, ดำเนินงาน หรือ อื่นๆ)	บุคลากรทางแพทย์ อาสาสมัคร ผู้ชุมนุม ผู้ร่วมบริจาค	ข้อตกลงเป็น ลายลักษณ์ อักษร (มีการ ลงบันทึก) มี/ไม่มี	ผลทางจิตใจของการ ให้บริการทาง การแพทย์ และมี ส่วน ร่วมในกิจกรรม	สัญญาใจ

PHC principles	Definition	Stakeholder	Indicators	
<p>- Advocacy</p>	<p>การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เกิดการจัดบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชุมชน</p>	<p>เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติ ผู้มารับบริการ ผู้ชุมนุม บุคลากรทางแพทย์ อาสาสมัคร ผู้ร่วมบริจาค</p>	<p>ส่วนตัวสนับสนุน กิจกรรมในขั้นตอน -วางแผน -แรงงาน -สนับสนุนงบประมาณ -สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ -อื่นๆ ระบุ</p>	<p>มี/ไม่มี การประกาศแจ้ง ทางเวที หรือสื่อ ประชาสัมพันธ์ อื่นๆ (ระบุ....) ประกาศ เพื่อร่วมสนับสนุนในเรื่อง.....</p>

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาสาระสำคัญตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

Primary Health Care principles	สาระสำคัญจากผู้ให้ข้อมูล					
	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถานีอนามัยพาดินชัย	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีสุวรรณ ประตู่ 4 (คปท.) และ กองทัพอธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทางการ แพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
1.Equity						
Availability	<p>มีแพทย์ประจำหน่วย บริการหน้าสถานี พยาบาล เฉพาะช่วง เย็น โดยแพทย์อาสาซึ่ง เป็นแพทย์ทั่วไป และ แพทย์เฉพาะทางมา จากหน่วยงานต่างๆ ทั้ง ภาครัฐ และเอกชน และ มีพยาบาล และเภสัชกร อาสา หมุนเวียนมา ประจำ ไม่ถือว่าขาด แคลนแพทย์ และผู้</p>	<p>-ให้บริการตรวจโรคโดย แพทย์ และจ่ายยาโดย พยาบาล เภสัชกร หรือ อาสาสมัครในรายที่เป็น ยาสามัญ มีขาดแพทย์ ประจำบ่อย เนื่องจาก แพทย์อาสาจะมาประจำ เฉพาะเวลาที่ว่างจาก งานประจำ</p>	<p>-ให้ความรู้ แนะนำการ ใช้สมุนไพร และเน้น การบำบัดรักษาโรคด้วย ตนเอง แนะนำการใช้ยา ฟ้าทะมาจิ รวมถึง ให้บริการนำดีมดลโร พิธ นำถ่านล้างพิษ ให้ผู้ ชุมมุดม มีบริการกัว ชารักษาโรค</p>	<p>-เดิมที่ทีมงานประจำ หน่วยบริการสามเสน และย้ายมาวัดราช นัดดา และย้ายมาที่ สวนลุม</p>	<p>-มีแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลจากรพ.จุฬาฯ และนักเรียนแพทย์ และพยาบาลหมุนเวียนมา ประจำ ตามความสมัคร ใจไม่ขาดแคลนบุคลากร ยา และเวชภัณฑ์</p>	<p>-มีสองหน่วยบริการคือ จากรพ.ศิริราช และจาก มหาวิทยาลัยสงขลานคริ นทร์โดยแต่ละหน่วยมีการ ให้บริการสองส่วนคือการ ตรวจรักษาโรคโดยแพทย์ จ่ายยาโดยเภสัชกร และ ส่วนที่ให้บริการแจกยา สามัญเช่น ยาต้ม ยาแก้ ไข ยาแก้ปวด แก้วชูสมุม โดยยาแก้ปวด แก้วชูสมุม โดยอาสาสมัคร เภสัชกร หรือพยาบาล</p>

	ให้บริการ	หน่วยบริการทาง	หน่วยบริการทาง	หน่วยบริการทาง	หน่วยบริการทาง	หน่วยบริการทาง
Primary Health Care principles	<p>หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภา ทุนายความ และศึกษา ทัศนศึกษา</p>	<p>หน่วยบริการทาง การแพทย์มีช่วงาน ประตุ 4 (คปท.) และ กองทัพรรม</p>	<p>หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวตราช นันตดาฯ และสวนลุม</p>	<p>หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ</p>	<p>หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน</p>	
Availability	<p>-ยา และเวชภัณฑ์ทั่วไป ที่เ้มาก เช่น ยาคุม ยา อม ล้าตี มีการขาดบ้าง แต่ได้รับการสนับสนุน มาได้ทันเหตุการณ์ จาก กทม. กลุ่มเภสัชอาสา กลุ่มแพทย์ และบริษัท ยา ซึ่งสนับสนุนเป็นยา เวชภัณฑ์ และเงิน</p>	<p>-มีการขาดแคลนยา และเวชภัณฑ์บ้าง ประมาณสัปดาห์ละครั้ง โดยทำการขอรับบริจาค จากผู้สนับสนุน หรือขอ จากหน่วยบริการอื่นใน เครือข่ายเดียวกัน</p>	<p>-มีอาสาสมัครจากศูนย์ สุขภาพสวนป่านาบุญ และดูกิจรรมของหมอ เที่ยงประจำหน่วย บริการ มีขาดแพทย์ บ้างโดยเฉพาะช่วง กลางวัน -สมมุไพรที่ใช้ได้รับ บริจาคมาจาก เครือข่ายทั่วประเทศ มี ข่างขาดบ้าง แต่ไม่นาน ก็ได้รับบริจาคมา</p>	<p>-บุคลากรอาสาสมัคร ที่มาประจำเป็นแพทย์ เภสัชกรพยาบาล และ อาสาสมัครอื่นๆ จาก หลายหน่วยงาน (บริเวณสวนลุม บุคลากรส่วนใหญ่มา จากจุฬาลงกรณ์ มหวิทาลัย และรพ. จุฬาฯ)หมุนเวียนกัน ไม่ ขาดแคลน เปิดให้ บริการทางการแพทย์ถึง 5 ทุ่ม หลังจากนั้นมี บริการเฉพาะให้ของใช้ จำเป็น เช่น ผ้าห่ม สบู</p>	<p>-กรณีขาดแคลนยา และ เวชภัณฑ์ที่ใช้ มีการขอรับ บริจาคจากเครือข่าย อาสาสมัคร จะได้ยามา รวดเร็ว ไม่ถือว่าขาด แคลน</p>	<p>-มีการตรวจสอบ และจัด คัดงยาโดยเภสัชกร</p>

	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถานี ความและศึกษา บัณฑิตพยาบาล	หน่วยบริการทาง การแพทย์มัชฌิม ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หยุดตา หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเด็ก	แปรงสีพื้น ยาสีพื้น หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถานี ความและศึกษา บัณฑิตพยาบาล	หน่วยบริการทาง การแพทย์มัชฌิม ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเด็ก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Accessibility	- ให้การบริการ มาตรฐานเดียวกันกับ ทุกคน และไม่มีการ ตรวจสอบสิทธิการ รักษา	- ให้การบริการ มาตรฐานเดียวกันทุก คน ทั้งผู้ชุกชุม และผู้ เดินทางไปมา	- ให้การบริการ มาตรฐานเดียวกันทุก คน ทั้งผู้ชุกชุม และผู้ เดินทางไปมา	- ให้การบริการมาตรฐาน เดียวกันกับทุกคน และ ไม่มีการตรวจสอบสิทธิ การรักษา รวมทั้งมีการ แจกจ่ายใช้จำเป็นโดยผู้ มาขอรับที่หน่วยบริการ และอาสาสมัครนำไป แจกจ่ายให้ผู้ชุกชุม บริเวณใกล้เคียงด้วย	- ให้การบริการมาตรฐาน เดียวกันกับทุกคน ไม่มีการ ตรวจสอบสิทธิการรักษา - ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงหน่วยบริการได้ ง่าย และสะดวกในการ ส่งต่อรพ.จุฬาฯ	- ให้การบริการมาตรฐาน เดียวกันกับทุกคน และ ไม่มีการตรวจสอบสิทธิการ รักษา - ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงหน่วยบริการได้ สะดวก เนื่องจากอยู่ ศูนย์กลางของพื้นที่ชุกชุม

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภา ทันยาความ และศึกษา ภันต์พาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีผลงาน ประดู 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนกลม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Utilization	ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นโรคทั่วไป เช่น หัว เจ็บคอ ผื่นคัน โดย บริเวณหน้าสภา ทนยาความมีแพทย์ ประจำ พบผู้ป่วยโรค เรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน และโรคติด เชื้อบั้ง หากเป็นโรคที่ ต้องการดูแลพิเศษ ฉุกเฉิน มีการส่งต่อ หน่วยแพทย์ศิริราช มีผู้มาทำแผลเป็น ประจำ	ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ใหญ่เป็นโรคทั่วไป เช่น เจ็บคอ เป็นลม หอบ หืด พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคติดเชื้อ ยาที่มี บริการจึงครบคลุม โรคดังกล่าว โดยแพทย์ เป็นวินิจัย และจ่าย ยา และพบผู้ป่วย อุบัติเหตุ โดนทำร้าย อยู่เป็นประจำ มีการทำ แผล และส่งต่อในราย ที่อาการรุนแรง	ผู้มารับบริการมีทั้ง ต่างๆกัน เช่นเจ็บเข่า ปวดหลัง ไอ เจ็บคอ หรือเป็นผู้สนใจจะมา เรียนรู้ศาสตร์แพทย์ ทางเลือก และการดูแล รักษาตนเอง หากเป็นผู้ป่วยที่มี อาการฉุกเฉิน ต้อง ได้รับการรักษาจะส่ง ต่อหน่วยกองทัพธรรม หรือรพ.ใกล้เคียง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า	ผู้มารับบริการมีทั้ง ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป โดยส่วนใหญ่เป็นโรค ทั่วไป เช่น ไอ หัว เจ็บคอ และมีส่วนเป็น โรคเรื้อรังที่ขาดยา เนื่องจากการมาชุมชน เช่นเบาหวาน ความดัน เอ็ดส์ ทางหน่วยบริการ สามารถจ่ายเฉพาะ โรคให้ได้ชั่วคราว	ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ เป็นโรคทั่วไป และมีโรค เรื้อรัง เช่นเบาหวาน ความดัน โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ โดยต้องได้รับ การตรวจวินิจฉัยจาก แพทย์ และรับยาจาก เภสัชกร	ผู้มารับบริการมีทั้งที่เดิน ผ่านไปมาเมื่อเห็นว่ามี การแจกยา จึงเดินเข้ามา ขอ และแบบเข้ามาเมื่อมี อาการเจ็บป่วยจริงๆ เมื่อ อาสาสมัครพิจารณาว่า ควรพบแพทย์จึงส่งต่อให้ แพทย์ ซึ่งผู้รับบริการ ซึ่ง บางส่วนปฏิเสธที่จะพบ แพทย์ เพราะต้องมี ขั้นตอน และบางส่วนเข้า มาเพื่อพบแพทย์โดยตรง

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถานี ทนายความ และศึกษา ภัณฑ์พาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีจำนวน ประสงค์ 4 (คปท.) และ กองทัพอากาศ	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช น์โตคา และสวนสุขุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาร าช	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Utilization (ต่อ)	เนื่องจากอาศัยอยู่ใน บริเวณใกล้เคียง ในภาคราชการรับยา สามีอยู่โดยไม่พบแพทย์ มีส่วนหนึ่งไม่เป็นผู้ ชุมมุน อาศัยอยู่บริเวณ ใกล้เคียงจะมาขอยา เป็นประจำ		ศาสตร์แพทย์ทางเลือก นั้นสามารถรักษาได้ทุก โรค แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีความเชื่อถือ ก็จะไม่รับ รักษา ให้ส่งต่อแพทย์ แผนปัจจุบัน	โดยผ่านการวินิจฉัยของ แพทย์ประจำหน่วย บริการ ในรายที่ฉุกเฉิน หรือสมควรได้รับการ รักษาเฉพาะ จะส่งต่อ รพ.จุฬาร าช ส่วนบุคคลทั่วไปที่มา ชุมมุนพักค้างแรม และ ขาดแคลนของใช้จำเป็น จึงมาขอรับสิ่งของ ดังกล่าว		
2.Coverage	-จำนวนผู้ให้บริการ ประจำหน่วยบริการต่อ รอบบริการของอาสาสมัคร เป็น 8-10 คน และหน่วยรักษาความ	-ผู้ให้บริการแต่ละหน่วย บริการประมาณ 5-8 คน โดยให้บริการ ประมาณกว่า 1,000 ครั้งต่อวัน	-มีจิตอาสาอยู่ประจำ หน่วยบริการตลอด เวลาเนื่องจากเป็นผู้ ชุมมุน และพักอาศัย บริเวณหน่วยบริการ	-จำนวนผู้ให้บริการ โดยรวมขึ้นกับช่วงเวลา ช่วงเย็นจะมีผู้ให้บริการ มากกว่าช่วงเช้าโดย เฉลี่ย 7-10 คน	-การบริการแบ่งเป็น 3 ช่วง ตั้งแต่ 9.00-22.00 น. โดยอาสาสมัครประจำ เป็นแพทย์ 2-3 คน พยาบาล 3-4 คน	ผู้ให้บริการที่มารับยา ที่ไม่มีจำนวนมาก ส่วนที่ รับการตรวจกับแพทย์ พอสสมควร ไม่ได้ขอจอบริการ นานัก (เฉพาะช่วงเวลา

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถานี อนามัยพลาญชัย	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีจำนวน ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพรกรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทั้งวัน	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นันทาฯ และสวนดุสิต	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
2.Coverage (ต่อ)	ปิดอดภัยประมาณ 10 คน โดยให้บริการ ประมาณ 1,000 ครั้งต่อ วัน (รวมที่ไม่ได้พบ แพทย์) ระยะห่างจากเวทีชุมชน ประมาณ 50-200 เมตร	- ระยะห่างจากเวที ชุมชนทั้งสองแห่ง ประมาณ 30-600 เมตร - ระยะห่างจากพื้นที่ ส่วนปลายของการ ชุมชนประมาณ 300- 700 เมตร	- ให้บริการทั้งวัน ตลอดเวลามีจำนวนผู้ ให้บริการหลายพันคน รวมผู้มาขอคำปรึกษา และขอรับคำปรึกษา ตลอดโรฟิดล	โดยให้บริการประชาชน จำนวนมาก รวมทั้ง บริการจ่ายยาทั่วไป และแจกสิ่งของ	และเภสัชกร 2-3 คน ใน แต่ละช่วงเวลามีนักเรียน พยาบาลพยาบาล สภากาชาดไทย และนิสิต แพทย์มาช่วยบ้าง	ที่ผู้เก็บข้อมูลเข้า สังเกตการณ์)

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภ าพยาบาล และศึกษา ภักดิ์พหุวิชาชีพ	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีจำนวน ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
2.Coverage (ต่อ)	-การขนย้ายผู้ป่วย ฉุกเฉินถึง สถานพยาบาล ใกล้เคียง (รพ.กลาง) ประมาณวันละ 1-10 คน			-การขนย้ายผู้ป่วย ฉุกเฉินไปยังรพ.จุฬาฯ และรพ.กลาง (หน่วย บริการหน้าวัดราช นัดดาฯ) โดยรถเข็น เปลสนาม และ รถพยาบาล	-มีการขนย้ายผู้ป่วย ฉุกเฉินไปยังรพ.จุฬาฯ โดย รถเข็น และเปลสนาม	
3.Self-reliance	-การจัดการเมื่อขาด แพทย์ และอาสาสมัคร ลักษณะไม่เป็นทางการ โดยโทรเรียกรถพยาบาล เพื่อน และคนรู้จักมา ช่วย ซึ่งได้รับการตอบ รับที่ดี	-อาสาสมัครที่มาเป็น เครือข่ายพันธมิตร เมื่อ ขาดแพทย์ และ บุคลากร ผู้ประสาน งานจะติดต่อเครือข่าย เช่นเดียวกันกับ ยา เวชภัณฑ์ และของใช้ที่ จำเป็น (มีบริการใน หน่วยบริการประตู 4)	ไม่มีปัญหาการขาด แคลนอาสาสมัคร อาจ มีขาดแพทย์บ้าง แต่ไม่ เป็นปัญหา สำหรับ สมุนไพรรักษา ได้รับ บริการจากทั่วประเทศ ไม่ขาดแคลน อาจมี ปัญหาบ้าง	-การจัดการเมื่อขาด แพทย์ อาสาสมัคร ยา เวชภัณฑ์ และของใช้ที่ จำเป็น โดยติดต่อทาง เครือข่ายบุคลากร สาธารณสุข และเพื่อนฯ	-มีการจัดการเมื่อขาด บุคลากร ยา และ เวชภัณฑ์ โดยส่วนใหญ่ ติดต่อ social network และทีมงานมีส่วนร่วมในการ จัดสรร และบริจาค หรือ ขอรับบริจาค ยา และ เวชภัณฑ์ที่จำเป็น	อาสาสมัครที่เข้าร่วมมา จากหน่วยงานต้นสังกัดที่ รับผิดชอบหน่วยบริการ และมีบางส่วนเป็นอาสา สมัครบุคลากร แพทย์ อิสระ เช่นเภสัชกร พยาบาล และทันตแพทย์

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภา ทุนายความ และศึกษา ภักดิ์พิทักษ์	หน่วยบริการทาง การแพทย์ชุมชน ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพรธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเด็ก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนกลม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
3.Self-reliance Man	-การจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และเงินทุน เป็น ลักษณะไม่เป็นทางการ	โดยติดต่อทางเครือข่าย ผู้ร่วมอุดมการณ์ และ กองทัพรธรรม และ	ในช่วงการผลิต ไม่ เพียงพอ สำหรับเงินทุน เป็นการอยู่ได้ด้วย ตนเอง ไม่รับเงินบริจาค ของกองทัพธรรม	รวมทั้งผู้สนับสนุนด้าน ทรัพยากรต่างๆ จากกลุ่ม นักแสดง		
Material Money (ต่อ)	เช่นกัน โดยผ่านกลุ่ม เพื่อน	ประกาศทางเวทีชุมนุม เพื่อขอการสนับสนุน -มีระบบการหมุนเวียน ยักันระหว่างแต่ละ หน่วยบริการทั้งสาม		-มีระบบการหมุนเวียน ยักันระหว่างแต่ละ หน่วยบริการโดยการ ทำงานของเครือข่าย กลาง เพื่อจัดส่งยาให้ แต่ละหน่วยบริการ อย่างเพียงพอ และ เหมาะสมในแต่ละวัน		
Method	การวางแผนการจัด การ และประสานงานโดยผู้ ประสานงานประจำ หน่วยบริการ ซึ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพ	วางแผนร่วมกันโดยการ ประชุมระหว่างผู้ ประสานงานในหน่วย บริการทั้งสาม แต่การ จัดแล้วแต่หน่วย	ไม่มีข้อมูลเรื่องการ วางแผนการ ดำเนินงาน	การวางแผน การจัดการ ภายในหน่วยบริการ รับผิดชอบโดย บ้า ไพฑิณ สุวรรณมาลา (พยาบาลวิชาชีพ) และ	-มีการประชุมร่วมกัน ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และ ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน (เฉพาะในช่วงแรก) เพื่อ สะดวกในการจัดหา	-มีการวางแผนอย่างเป็น ระบบทั้งการตรวจรักษา และจัดการคลังยา มีการ ประชุมรวมของ อาสาสมัครก่อน

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภา ทนายความ และศึกษา ภัญชีพาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีสถาน ประตู่ 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นันทดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ ปทุมวัน	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Method (ต่อ)	(บ๊ายบาย ซีริวตัน) บริการ	บริการ	มีบริการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ต่างๆ โดยผ่านระบบ เครือข่าย	มีการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ต่างๆ โดยผ่านระบบ เครือข่าย	บุคลากร และมีกลาง บันทึกจำนวนผู้มารับ บริการ -ผู้ประสานงานหน่วย บริการ คือ ดร.สุณีย์ สุวรรณพสุ พยาบาล วิชาชีพ รพ.จุฬาฯ	ลงมือปฏิบัติงาน
4. Inter- sectorial collaboration	หน่วยงานที่ให้ความ ร่วมมือ กัน ทั้งภาครัฐ กทม. พรรคประชา ธิปไตย และภาคเอกชน บริษัทฯ โดยมีวัตถุประสงค์ ความร่วมมือในการ จัดบริการการแพทย์แก่ ผู้ชุมนุม และความ ร่วมมือส่วนใหญ่	หน่วยงานที่ร่วมกันให้ เกิดการบริการเป็น เครือข่ายบุคลากร สาธารณสุขผู้ร่วม อุดมการณ์การเมือง (พันธมิตร)ที่ทำงาน ร่วมกันมาแต่เดิม กองทัพธรรม และ ผู้สนับสนุนภาคเอกชน	หน่วยงานที่ให้ความ ร่วมมือ กันคือเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานแพทย์ ทางเลือกกิจกรรม และ ศูนย์บ้านบุญญ โดยมีวัตถุประสงค์ ร่วมกันในการจัดบริการ และให้	หน่วยงานที่ให้การ สนับสนุน ทั้งภาครัฐ สภาภาค และ ภาคเอกชน วิชาชีพ กลุ่มนักแสดง (ศตวรรษ ฝันดี ฝันเด่น) โดยมี วัตถุประสงค์ร่วมกันใน การดูแลมวลชนใน	หน่วยงานที่สนับสนุนคือ รพ.จุฬาฯ และกลุ่ม เครือข่ายบุคลากรทาง การแพทย์	เป็นความร่วมมือ ของ รพ.ศิริราช หน่วยอาสา กู้ภัย อาสาสมัครอิสระ และมหาวิทยาลัย สงขลา นครินทร์

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสถาน ทนายความ และศึกษา ภักดิ์ที่พาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีจำนวน ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพอธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนดุสิต	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
4. Inter-sectorial collaboration (ต่อ)	ลักษณะไม่เป็นทางการ	โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ในการมาต่อสู้เพื่อ ความถูกต้อง ดูแลด้าน สุขภาพ และให้กำลังใจ แก่ภักดิ์ชน	ความรู้ทางการแพทย์ ทางเลือกแก่ผู้ชุมนุม และความร่วมมือไม่เป็น ทางการ	พื้นที่ชุมชน และความ ร่วมมือเป็นแบบไม่เป็นที่ ทางการ		
5. Community participation (by community engagement strategy)	ทั้งหมดของผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจมาก ที่สุดต่อการให้บริการ ทางการแพทย์ (“มี ความสุขที่ได้ทำงานจิต อาสา”)	ผู้ให้บริการมีความพึง พอใจค่อนข้างมากทาง จิตใจ และทางกาย รวมทั้งไม่มีผลกระทบ ทางเศรษฐกิจ	ผู้ให้บริการมีความพึง พอใจมากที่สุดต่อการ เสนอแนวทางการ แพทย์ทางเลือก และ ให้ความรู้ในการดูแล สุขภาพแต่สถานการณ์	- ผู้ให้บริการมีความพึง พอใจมากที่สุดด้าน ใจดีใจ มีความพอใจ และความสุขในการ ทำงาน แม้จะเหนื่อย ทางกายบ้าง	ผู้ให้ข้อมูลเป็น อาสาสมัครผู้ให้บริการมี ความพึงพอใจมากที่สุด ด้านจิตใจ และไม่มี ผลกระทบต่อน้ำที่การ งาน และเศรษฐกิจ จะมี ความเห็นอกอากาส่วนมาก แต่ก็ทำงานกันอย่างดี มี การเบียดเบียนกัน และ เดินแจกยาตามในบริเวณ ของพื้นที่ชุมชน	จากการสังเกต และ พูดคุยพบว่าผู้ปฏิบัติงาน มีความพอใจ และสุขใจที่ ให้มาร่วมกิจกรรม อาจะมี ความเห็นเห็นน้อยบ้าง เนื่องจากอากาส่วนมาก แต่ก็ทำงานกันอย่างดี มี การเบียดเบียนกัน และ เดินแจกยาตามในบริเวณ ของพื้นที่ชุมชน
Satisfaction	ประชาชนนอกเหนือจากอาสาสมัคร ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการ					

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าตึก ทันยาความ และศึกษา ภัณฑ์พาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีผลงาน ประจักษ์ 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเด็ก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดา และสวนดุสิต	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Satisfaction	-ในประเด็นการ ตอบสนองต่อปัญหา ของชุมชน มีผู้ใช้ข้อมูล กล่าวถึงคุณภาพ ของศิริราชว่าเกี่ยวกับ การรับผู้ป่วย ว่าภาพ ลักษณ์ดี แต่ไม่ดูแล ผู้ป่วย (ความขัดแย้ง ระหว่างหน่วยบริการ) -ผู้รับบริการ (ผู้ชุมนุม จากสุราษฎร์ธานี ตราด และอุบลราชธานี) มี ความพึงพอใจมากที่สุด ต่อการมารับบริการทาง การแพทย์	ผู้รับบริการมีความพึง พอใจต่อการให้บริการ ทางการแพทย์ที่มีอยู่	ในส่วนผู้รับบริการ ที่มารับการรักษาแบบ แพทย์ทางเด็กมีความ พึงพอใจต่อการ ให้บริการ	-มีความเห็นว่า ตอบสนองต่อปัญหา ของผู้ชุมนุม นอกเหนือจากบริการ ทางการแพทย์ -ไม่มีข้อมูลในส่วน ผู้รับบริการบริเวณสวน ดุสิต -ผู้รับบริการบริเวณวัด ราชนัดดา มีความ คิดเห็นว่าไม่ยอมมารับ บริการ เนื่องจาก พูดจาของผู้ให้บริการ	ไม่มีข้อมูลในส่วน ผู้รับบริการ	ผู้รับบริการมีความพอใจ ในการบริการ

Primary Health Care principles	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์หน้าสภา หมายคาม และศึกษา ทัศนคติ</p> <p>มีกรวางแผนการ ดำเนินงาน และประชม กันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการนั้นไม่มี ข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียง สัญญาใจในการร่วม ในแต่ละหน่วยบริการ</p>	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์มีผลงาน ประตู่ 4 (คปท.) และ กองทัพรกรม</p> <p>อาสาสมัครส่วนใหญ่ เป็นจิตอาสาที่ไม่ได้มี การทำข้อตกลงเป็น ลายลักษณ์อักษร มี เพียงสัญญาใจว่า จำเป็นต้องมาช่วย เพราะจำเป็นต้งมี แพทย์ให้บริการ บาง หน่วยบริการมีการลง บันที่กผู้ปฏิบัติงาน</p>	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์ทางเลือก</p> <p>อาสาสมัครเป็น ักยถนมิตรจากศูนย์ สุขภาพ สันติอโศก และ ลูกศิษย์หมอเขียว ไม่ได้ มีข้อตกลงเป็นทางการ แต่เป็นสัญญาใจ</p>	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช ันต์ดาฯ และสวนลุม</p> <p>มีการประชุมกันระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานในหน่วย บริการ และระหว่าง หน่วยบริการ ไม่มี ข้อตกลงเป็นลาย ลักษณ์อักษร อาสา สมัครมีความตั้งใจมา ช่วยเหลือ</p>	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์หน้ารพ.จุฬาฯ</p> <p>มีกรวางแผนของผู้ ประสานงาน และผู้ปฏิบัติ งานในหน่วยบริการ ไม่มี ข้อตกลงเป็นลายลักษณ์ อักษร มีเพียงการ ลงทะเบียนรายชื่อ เพื่อ เรียกมาช่วยเมื่อขาดคน</p>	<p>หน่วยงานบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน</p> <p>บุคคลากรจากหน่วยงานมี การลงชื่อเข้าร่วมกิจกรรม ตามวัน เวลาที่กำหนด ส่วนอาสาสมัครที่ ปฏิบัติงานระยะยาวต้อง มีการลงบันทึก และทำ บัตรประจำตัว ส่วน อาสาสมัครชั่วคราวไม่มี</p>
Advocacy	<p>ผู้ให้ข้อมูลเป็น อาสาสมัครรวม สมนับสนุนกิจกรรม บริการทางการแพทย์ และมีการชักชวนเพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ให้</p>	<p>-ผู้ให้ข้อมูลเป็นแพทย์ อาสาซึ่งทำงาน ภาคสนามในพื้นที่ ชุมม่มาก่อน และเป็น ผู้ชุมนุม ซึ่งให้การ สนับสนุนยา และเงิน</p>	<p>อาสาสมัครเป็น ผู้สนับสนุนแพทย์ ทางเลือกทั้งทางกาย วาจา ใจ นอกจาก ให้บริการบำบัดรักษา และคำแนะนำเรื่อง</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลเป็น อาสาสมัคร และผู้ ประสานงานหน่วย บริการได้มีการชักชวน บุคคลากรสาธารณสุข มาร่วมสนับสนุน</p>	<p>ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ ประสานงานหลักของ หน่วยบริการ ซึ่ง ดำเนินงานบริการทาง แพทย์ในชุมชนมานาน ก่อนการชุมนุมครั้งนี้</p>	<p>มีการชักชวนบุคลากร ทางการแพทย์อื่นมารวม กิจกรรมของโรงพยาบาล สนาม และสนับสนุน ทรัพยากร จนภายหลัง ขยายการ</p>

Primary Health Care principles	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าสภ ทนายความ และศึกษา ภัญชีพาณิชย์	หน่วยบริการทาง การแพทย์มีจำนวน ประตู 4 (คปท.) และ กองทัพธรรม	หน่วยบริการทาง การแพทย์ทางเลือก	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าวัดราช นัดดาฯ และสวนลุม	หน่วยบริการทาง การแพทย์หน้าพร.จุฬาฯ	หน่วยบริการทาง การแพทย์บริเวณแยก ปทุมวัน
Advocacy	มาร่วมสนับสนุน แรงงาน และทรัพยากร ต่างๆด้วย มีการ ประกาศทางเวทียุมนุม ในการขอการสนับสนุน เป็นจำนวนน้อยครั้ง	สำหรับบริการให้บริการ การแพทย์ คุณหมอทั้ง สองท่านที่ให้ข้อมูล ไม่ได้มีการชักชวนเพื่อน หรือบุคคลอื่นมาร่วม กิจกรรม เนื่องจากเชื่อ ว่าความสอดคล้องของ อุดมการณ์การเมืองมี ความสำคัญ และคิดว่า ผู้ที่มีจิตอาสาจะยินดี มาร่วมเอง โดยสามารถ สอบถามที่ท่านได้ ซึ่ง ท่านแสดงตัวชัดเจนว่า สนับสนุนกิจกรรม ดังกล่าว	สมุทไพรแล้ว ยังเป็น ตัวอย่างพฤติกรรม ใช้ชีวิตอย่างพอเพียง และสมดุล	กิจกรรมทั้งด้านแรงแ งาน และทรัพยากร ต่างๆ มีการประชุมเพื่อ ทางเวทียุมนุมเพื่อ ประชาสัมพันธ์ขอการ สนับสนุนบ้าง	ให้การสนับสนุนทั้งทาง กาย และชักชวนให้ผู้อื่น มาร่วมสนับสนุนด้วย เป็นแกนสำคัญในการทำ ให้เกิดความร่วมมือจาก หลายภาคส่วนเพื่อ ให้บริการแก่ผู้ชุมนุม อย่างครบวงจร	บริการทางการแพทย์ เพิ่มเติม คืองานตรวจ สุขภาพช่องปาก

ภาคผนวก ค

ถอดเทปบทสัมภาษณ์

รศ.นพ. ประจักษ์ ศิริราชพัฒน์

Cerebrovascular Surgery and Neurooncological Surgery

ศิริราช

12 มกราคม 2557

การเริ่มของเด็นท์

เริ่มมาจากการที่มวลงชนมีการชุมนุมกันจำนวนมาก แล้วการที่อยู่หลายวัน ปัญหาสุขภาพก็เป็นปัญหาหลัก แล้วทีนี้ทางแกนนำเขาก็อยากจะได้ เขาติดต่อผ่านทางมูลนิธิหลายทีนะครับ ผ่านทางอาสาสมัครแรกๆคือ ถ้ามีการเจ็บป่วยมากก็เอาไปส่ง ภายหลังเนื่องจากอาสาสมัครหนึ่งซึ่งเคยทำงานกับผมในเหตุการณ์ที่มีจุดปะทะ ก่อนการมีเด็นท์นี้ มันจะมีการปะทะตามทีต่างๆ ตอนนั้นผมเป็นแพทย์อาสาที่เข้าไปในจุดปะทะ (อาจารย์เป็นแพทย์อาสา) คือเราเข้าไปเอง เข้าไปกับอาจารย์เอกวุฒิ กับอาจารย์นิรมล 3 คน เข้าไปอยู่ใน filed แล้วได้รู้จักกับอาสาสมัครหลายๆกลุ่ม แล้วทีนี้ พอรู้จักเขาเลยเสนอกับแกนนำว่าลองติดต่อผมมาทำเด็นท์ เพราะผมอยู่ที่ศิริราช แล้วตอนนั้นทางทีมแพทย์ชนบทเขาเข้ามาพอดี ปัญหาของแพทย์ชนบทคือ มีผู้บังคับบัญชาจะพยายามจะไม่ให้ตั้ง พยายามจะไล่คนเข้าไปอยู่ใน รพ. สงฆ์ ช่วยแบบ pooled กันคือไม่ได้ช่วยใคร ตอนหลังเค้าก็เลยแตกแถวมา แต่ไม่กล้าออกหน้า วิธีก็คือเขาก็เลยมาติดต่อผม ให้ผมช่วยกันโดยให้เขาเป็น back up ช่วงกลางวัน ศิริราชเป็น back up ช่วงกลางคืน เขาอยู่ตั้งแต่เช้าถึงบ่ายสาม เราอยู่ตั้งแต่บ่ายสามถึงเที่ยงคืน สลับกันไปอย่างนี้ ต่อมาก็จรรยาภิเจริญก้าวหน้า นึกออกไหม ร่ำรวยกันถ้วนหน้า ก็ขยายกิจการ มีคนมากขึ้น มีคนเข้ามาช่วยเรา แต่แรกเลยนะ เกสซ์กรก็มาช่วยๆเรา มาเรื่อยๆ แล้วตอนหลังเกสซ์กรก็มากขึ้น พยาบาลก็มากขึ้น อาสาสมัครก็หลายๆฝ่ายมากขึ้น คนรู้จักแล้วมากันเอง

แพทย์ชนบทมาจากไหน

แพทย์ชนบทมาจากชมรมแพทย์ชนบท เขามี connection กันระหว่างโรงพยาบาลทั่วประเทศ รพ. ชุมชนในอำเภอต่างๆ ทั่วประเทศ แล้วทีนี้เขาก็ขอความร่วมมือว่าใครมาได้ มาได้กี่วัน เช่นที่มันี่มาสามวันแล้วพัก ไม่เคยขาดสายเลย น้อยมากที่ขาดสาย ให้ รพ. หนึ่ง แล้วอีก รพ. ก็มารับช่วงต่อ รพ. แบ่งๆงานกันไป อำเภอทั้งประเทศ แพทย์ชนบทมาหลักๆ เด็นท์เดียว แล้วผมก็ทำหลักๆ แค่เด็นท์เดียว ภายหลังเด็นท์อื่นเลยกลายเป็นเด็นท์เล็กไป เพราะไม่มีหมอบประจำ ส่วนใหญ่มีพยาบาล ก็เลยเป็นเด็นท์ทำแผลไป เด็นท์เราเลยเป็นเด็นท์หลัก

ด้านความเพียงพอ การขาดหมอ

แล้วด้านความเพียงพอก็มีขาดหมอบ้างในช่วงที่เป็นรอยต่อ ประมาณบ่ายสามถึงเย็นๆ แรกๆ ขาดครั้งสองครั้งแต่ตอนหลังมามากจนไม่มีรอยต่อแล้ว

ยา

เรื่องยา เวชภัณฑ์อะไรอย่างนี้ไม่ค่อยขาด ส่วนใหญ่จะเหลือ เพราะแรงบริจาคมายเยอะมาก แค่ขึ้นขอรับบริจาค ยาอะไรๆแล้วยาจะมาปริมาณมหาศาล ขึ้นขอจากไหนมี 2 ทาง 1.) ขึ้นกระดานหน้าเต็นท์เลย แล้วถ่ายไปลง Facebook ต่างๆบ้าง 2.) ขึ้นตัวในวัง blue sky TV ให้นบนเวทีประกาศส่วนใหญ่มั่นจะเยอะ มั่นจะได้เยอะ

อย่างยาที่ขาดบางทีที่เอาเงินไปซื้อ

เงินที่เหลือเวทีเลย จะมีการทำบัญชี ในระยะแรกๆเราก็ยังไม่มีสตางค์ มียาบางอย่างขาด แต่เราก็เห็นว่าจำนวนไม่ได้มากพอที่เราจะไปขอรับบริจาค เราก็ไปหาหลังเวที หลังเวทีที่มีสตางค์ เราก็เอาเงินไปซื้อ แล้วก็เอาใบเสร็จมา บางครั้งเขาก็เป็นคนซื้อให้เลย แล้วเขาก็มาถามเราว่ายาถูกต้องไหม ยาเคยขาด ปัจจุบันไม่ขาดแล้วละ ปัจจุบันเหลือ

ทำสต็อกยาใหม่คะ

มีการทำสต็อกแบบสมบูรณั้แบบเลย เพราะมีคณะบดี มีอาจารย์อาวุโสของคณะเภสัช มาอยู่ประจำ แทบจะเรียกได้ว่าประจำ ไม่อยู่ก็มีคนที่ฝีมือสูงเลย มา cover ตลอด ทำสต็อกแบบเนียนเลย การทำนี้มาตรฐานเหมือนกับโรงพยาบาล อย่างอาสาสมัครเปลี่ยนแปลงหน้าใหม่ที่เข้ามา ก็จรรู้ว่าต้องทำอะไรเพราะมีหน้าแก่ cover ไว้ หน้าใหม่ก็มาเรียนรู้งาน มาตามเขา

การรับบริการ

เหมือนโรงพยาบาลอะ แต่ step มันจะง่ายหน่อย ก็คือ ต้องแจ้งชื่อ ยืนยันบัตรประชาชน มีการ screen โดยคุณพยาบาลนะ วัดความดัน ไข้ ซีพีจอร์ แล้วระบุว่าป็นโรคอะไร เช่น เจ็บคอ ไอมาสามวัน อะไรยงนี้ซักประวัติได้ง่ายๆ แล้วส่งต่อให้แพทย์

มีการเขียน record ด้วย

มี record ด้วย มีสถิติอยู่ แต่เรายังไม่เคยรวมนะสะว่าตั้งแต่ตอนแรกถึงตอนนี้มีเท่าไร แต่วันที่สูงสุดนี้เคยเป็นพันกว่ารายต่อวัน เต็นท์เดียวนี้ แล้วเป็นรายหนักๆซะเยอะ เช่นเป็นลมอย่างนี้ คนแน่นๆ มากๆ แบบวันเฉลิมพระชนม์ม้อย่างนี้ ก็เป็นลมกันเยอะ เป็นร้อยนะครับ เฉลี่ยๆ ก็วันหนึ่ง สี่ห้าร้อยถึงเจ็ดร้อย ต่อวัน ต่อเต็นท์เดียว แต่ยาเหลือเฟือ แม่ยกเราเยอะ

คนมารักษานี้ก็สิทธิการรักษาไม่เกี่ยว

สิทธิการรักษาไม่เกี่ยวๆ ยกเว้นเราจะ refer เราจะเอาที่ๆเขาสามารถใช้สิทธิได้ง่าย ตรวจสอบบัตรประชาชนเพราะเราต้องการรู้ว่า เขา ชื่ออะไร เป็นอะไร มาอย่างไร เราก็จัดไว้เป็นมาตรฐานอยู่แล้ว ไม่มีต่างดาวหรอก มีเจอเป็นพม่าบ้างเล็กน้อยที่ทำงานแถวนี้

โรคที่เจอ

โรคที่เจอส่วนใหญ่เป็นเจ็บคอ ติดเชื้อ ต่อมทอนซิลอักเสบอะไรแบบนี้ เคสฤดูหนาวอะไรแบบนี้เยอะครับ เป็นลม เพศหญิง อายุมาก ค่าเฉลี่ยของแบบนี้อายุมากอยู่แล้ว ส่วนใหญ่ก็เลยป่วยกันบ่อย เด็กมีน้อยหน่อย เคสที่มีทำแผลมีเรื่อยๆ ไม่เยอะเท่าพวกโรคทางกาย

กรณีถูกยิง

พวกถูกยิงก็มีแต่มันเป็นอีกกรณีหนึ่งนะ อันนี้คือผู้ป่วยนอก ตรวจแบบคลินิกนะ แต่เรามีแผนกฉุกเฉิน แผนกฉุกเฉินนี้มีหลายแบบ เรามีการทำงานชนิดที่ออกไปใน filed ด้วย เวลาฉุกเฉิน มีเหตุปะทะที่ไหน เช่นดินแดงอย่างนี้ เราจะ transfer ไป มีทีมแพทย์ไป เช่นรพพยาบาลสองชั้น แล้วก็อาสาแพทย์กับพยาบาลอีกจำนวนหนึ่ง ไปถึงเราปั๊บก็จะตั้งเตียงที่นั่น เราจะพยายามตั้งให้อยู่ใกล้จุดปะทะที่สุดเท่าที่ยังปลอดภัย เพื่อที่จะได้ทำงานให้จริง ไม่อย่างนั้นจะเอาคนให้มาไม่ได้ อย่างนี้เป็นต้น เวลาไปตั้งจุดก็ไม่ถึงกับต้องลงทะเบียนอะไรอย่างนี้ ยกเว้นเราต้องส่ง มีรุนแรงมีอะไร เราก็ต้องจดไว้ไม่อย่างนั้นจะหายไปคนไข้จะพลอยไม่ได้

บริการมีเพียงพอไหมคะ

เหลือเฟือ เพราะที่ผ่านมากคนไข้ไม่เคยต้องรอคิวกันเนิ่นนาน ยกเว้นบางกรณี เช่น วิกฤติ เช่นเป็นลมสัก 30 คน เราก็รับไม่ไหวละ เราก็ปิดบริการตรวจทั่วไป เหลือเฉพาะฉุกเฉินเท่านั้น ไม่อย่างนั้นมันไม่พอ กรณีแบบนี้มีเฉพาะเวลา event อะ เช่น วันเฉลิมพระชนมชีพอะไร หรือว่า ปีใหม่ ลอยกระทง อะไรอย่างนี้ หรือว่าวันที่มีการเดิน นัดชุมนุมใหญ่อย่างนั้นนะ คนก็จะมาออกกัน ที่ตอนกลางคืนนะ มาออกกันในบริเวณนี้ แล้วก็จะเป็นลม (Note: บริเวณที่คนแน่นที่สุด คือ บริเวณรอบๆเวทีชุมนุม ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการตั้งเตียงอยู่)

ไม่มีป้ายบอกทาง แล้วคนมาถูกหอรอคะ

รู้ครับ ใครเขาก็รู้ หน้าscrแดงเนี่ย ถนนดินสอ ใครเขาก็รู้ เขาเรียกว่าเดินที่ศิริราช เขาเรียกเดินที่บ้านดินสอไง นี่ๆ คือโรงแรมดินสอ เพราะมันอยู่ถนนดินสอไง ถนนนี้เขาเรียกถนนเซเลป เพราะชายของตงแต่งเยอะงะ พวกก็ฟพวกก็บอะไรี่ ผู้หญิงชอบเดิน

แล้วบางเดินที่ เขียนเดินที่ 4 ที่นี้เดินที่อะไรคะ

มันไม่มีเลขหอรอก ความจริงมันน่าจะเลขเก่าช่วงแรกๆที่เขาวางแผนกันมั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นพวกเดินที่พยาบาลดั้งเดิมอะไรแบบนี้

เดินที่รู้จักกัน ทำงานประสานหมดไหมคะ

รู้จักกันหมด แล้วก็ใช้สต็อกเดียวกัน สามารถโยกสต็อกกันได้ยา ขอกันได้ อย่างเวลาคนมาบริจาค ส่วนใหญ่มาสต็อกที่นี้ ยกเว้นนะครับเรามีเครือข่ายอีกนะ เช่นของ คปท. (คณะกรรมการอะไรสักอย่างหนึ่งอะ เพื่อประเทศไทย) เขามีฐานที่มันอยู่ที่นางเลิ้ง เขามี รพ. ของเขาเดิมเขาอยู่ในสนามม้าเลย ตอนนี้อยู่ที่รัชชวาน แล้วมีกองทัพธรรม เราเป็นเครือข่ายกัน ยืมยากันได้เลย แขนงนำก็มาคุยกัน อย่างหมอแม็คอย่างนี้ก็เป็นแกนนำของเครือข่าย เราก็มาคุยกัน อย่างพี่สุวัฒน์เป็นแกนนำของแพทย์ชนบท ทำงานร่วมมือ

กัน อย่างต่อนี้เราจะสลายตัวไปเป็น รพ. สนาม เราก็จะหายมารวมกัน เราทำงานอันเดียวกันได้ ความจริงคนละองค์กร แต่สำหรับศิริราชกับแพทย์อาสา เราคือส่วนเดียวกัน

มีอะไรบ้างคะ

ศิริราชเนี่ยในนามของแพทย์อาสา เป็นเครือข่ายใหญ่สุด รองลงมา คือ มัชวานอะครับ คปท. กับ กองทัพธรรม

แล้วคุณหมอที่มาจาก รพ. ต่างๆที่อยากจะมาช่วยนี่คะ พอมาถึงที่เดินที่ก็แสดงความจำนงได้เลย?

ใช่ ได้เลย ต้องมีบัตรมาแสดงตนว่าเป็นแพทย์ แล้วก็ connect จากใคร มาที่เดินที่ไหนก็ได้ อาจจะไปที่เดินที่ไหน ก็ไปแสดงตัวตรงนั้นก็เป็หมอละ ส่วนใหญ่มาจาก connection ชักชวนกันมา

คนมักจะมาใช้บริการตอนไหนคะ

ตอนค่ำ คนจะตื่นจะตอนเย็นๆ สามโมงสี่โมงเริ่มตื่น พอตื่นปั๊บ ตอนนั้นก็แน่นอน จนถึงค่าๆพอสามทุ่ม สี่ทุ่มก็เริ่มซา คนที่มากก็กลุ่มผู้ชุมนุมที่นี้แหละ ส่วนใหญ่ก็ผู้ชุมนุมที่นอนที่นี้ ตากน้ำค้างจนป่วย หมอที่มานี้ก็หมอบุคลากร หมดสุขภาพ หมดเด็กได้หมด

พื้นที่ชุมนุม จากสะพานมัฆวาน จนถึงราชดำเนินแล้วมันไปสุดตรงไหนคะอาจารย์

หมดที่แยกคอกวัวนี่ครับ

การขนย้ายผู้ป่วยทำยังไงคะ

ใช้รถพยาบาล เราก็ประสานงานกับ กทม. ก็คือ ศูนย์เอราวัณกับบนเรนธร เราก็เป็นเครือข่ายกัน แต่ว่าเขาจะไม่เข้าไปในพื้นที่ ตรงพื้นที่ก็เป็นรถของเราเอง อย่างอาสาที่เราู้จัก เรา settle อยู่แล้ว อย่างรถของศิริราช และเวลาที่เรายกให้เขาช่วยส่ง เราก็เรียกเขามารับ แต่เราก็ต้องรู้จักเขา มีconnection กันเอง

มีการประชุมประสานกันไหมคะ

มีๆ มีประชุมกัน เป็นหลักเป็นการเหมือน จัดในห้องบอลรูมเลยละ แต่ไม่ต้องลงนาม เพราะไม่มีใครมีนาม เวลาเรียกประชุมก็โทรเรียกกัน

มีปัญหาในการบริหารจัดการไหมคะ

ไม่มี ไม่ยากหรอก เพราะคนเยอะ ส่วนใหญ่มาจากโรงเรียนแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ศิริราช จุฬา รามา วชิระ สารพัดอะ แล้วก็มีเอกชนใหญ่ๆ มา มี head มาประชุมร่วมกัน อาสาสมัคร เราก็ประชุมกับหัวหน้าขา

การส่งผลกระทบทางกาย

ไม่ได้นอน ก็เยอะๆ ส่งผลระดับมาก

ทางจิตใจ

พอใจ สนุก มีความสุขมาก

ส่งผลทางเศรษฐกิจ

อ้อ ไม่ส่งผลเท่าไรส่งผลน้อย

เรื่องที่เราระสานกับทางเวที มีเรื่องอะไรบ้างคะ

หลายเรื่อง เรื่องการ์ด เรื่องยาทุกอย่างเลย เรื่องสถานที่ เขามาตกแต่งสถานที่ให้ มาติดแอร์ให้เรา มีเครื่องปั่นไฟของแอร์เพราะก้านบอกมาให้เดินที่นี้ไฮโซหน่อย หน้าตาเป็นตา เลยให้แอร์ แต่มันชอบเสีย

ทีมงาน

แพทย์ เกสัช พยาบาล สารพัด มีเจ้าของบริษัทด้วย ไม่ระบุนาม สามารถบริจาค ยาดมหกแสน ยาดมหนึ่งล้านอะไรอย่างนี้ ด้านบาทนะ มีเครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์ของเราก็ cover ไว้หมด

เหตุฉุกเฉินมีเยอะไหมคะ

เยอะ มีสามเคส ห้าเคสต่อวัน วันธรรมดาวันะ อย่างวันนี้ก็สามแล้ว ไม่นับกลางคืนยิ่งกันอย่างนี้ะ บางคืนก็เป็นห้าราย ก็แล้วแต่สถานการณ์ ทำงานช่วยปิดเต็นท์ คือเรามีอาสาใจ แต่ให้เขาปิดเองก็น่าเกลียด ก็ช่วยเขาปิดทุกวัน ตีหนึ่ง เทียงคืนครึ่ง แต่มีเอร่าวันอยู่ต่อ 24 ชั่วโมง ตอนตรงนี้แหละ อยู่ในรถ ถ้ามีเหตุก็ใช้ระบบ refer ยกเว้นหนักๆเค้าก็จะโทรตาม

ถามหมดแล้ว ขอขอบคุณอาจารย์มากนะคะ

จ้า

ถ้ามีอะไรเพิ่ม หนูจะถามเพิ่มนะคะ

จ้า

ถอดเทปบทสัมภาษณ์

อาจารย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท

12 มกราคม 2557

ชมรมแพทย์ชนบทเป็นการรวมตัวกันของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เมื่อไหร่ก็ตาม ใครก็ตามที่ไปทำงานที่ รพ. ชุมชนนั้นก็ถือเป็นสมาชิก ชมรมเรามีมานานกว่า 30 ปีแล้ว สมาชิกมีประมาณ 3000 กว่าคน

รพ. ศูนย์กับ รพ. ชุมชนเหมือนกันไหมคะ

ไม่เหมือนกัน รพ. ศูนย์คือ รพ. ขนาดใหญ่ ในระดับ รพ. จังหวัด รพ. ชุมชนนี่คือระดับอำเภอไม่รวม รพ. สต. ครับ แต่ก็ดูแลร่วมกัน

ความเป็นมาที่เข้าร่วมการชุมนุม

คือตัวชมรมแพทย์ชนบทมีประวัติศาสตร์การตั้งขึ้นมาด้วยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลคนที่ทำงานในชนบท การที่ทำให้พี่น้องในชนบทนอกจากแพทย์ด้วยกันแล้วก็ดูแลวิชาชีพอื่นที่ทำงานในรพ. ด้วยกันที่สำคัญดูแลชาวบ้านให้ได้รับสิทธิที่พึงได้ ตามที่คนไทยควรได้ พูดย่างๆคือการดูแลคนไทยส่วนใหญ่ คนไทยที่อยู่ในชนบท เพราะฉะนั้นก็จะมีสิ่งต่างๆที่เราเคลื่อนไหวไม่ใช่เฉพาะประเด็นของความเป็นแพทย์ เราเคลื่อนไหวประเด็นสังคม เป็นภาพใหญ่ด้วย ตัวอย่างเช่น เมื่อสมัยนานแล้ว เราณรงค์เดินวิ่ง การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ที่ดังก็คือ การต่อต้านการทุจริตสมัยน้องยังเด็กๆ ทำเรื่องการต้านทุจริตงบประมาณ 1400 ล้านบาท เมื่อปี 2540 เราเก็บรวบรวมหลักฐานจนสามารถทำให้รัฐมนตรีสมัยนั้นเข้าคุกได้ เป็น รมต. คนแรก เพราะฉะนั้นการเคลื่อนไหวของเราเนี่ยเป็นภาพใหญ่ ไม่เฉพาะในวิชาชีพด้วยกัน ไม่ใช่เฉพาะในรพ. .. แต่ยังดูแลสังคม ผมใช้คำนี้แล้วกัน

การทำงาน

มีการเลือกประธานทุก 2 ปี มีกรรมการ เลขามีสมาชิกต่างๆ มีการปรึกษาหารือปัญหาต่างๆ ที่เราต้องต่อสู้ ควรเรียกร้องสิทธิ สิ่งที่เราทำเพื่อเป็นหลักประกันว่าชาวบ้านควรจะได้รับบริการเท่าเทียมกันเหมือนพลเมือง เหมือนคนไทยทั่วประเทศ

การเข้ามาครั้งนี้

1. เราเองได้รับการประสานการติดต่อทั้งจากชาวบ้านในพื้นที่ที่เข้ามาชุมนุมกับทีมแกนนำ เพราะคนมากขึ้นก็มีการเจ็บป่วยไม่สบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วันที่มีการระดมพลการกันมาก จะมีคนเจ็บป่วย ไม่สบายกันอย่างไร นี่เป็นลมกันเต็มเต็นท์เลย เราจะจัดการยังไงละ รพ. ยาลก็ไม่น่าเข้ามา ก็รออยู่ด้านนอก แล้วทีนี้กว่าที่จะเข้ามา คนเป็นลมบางคนก็เสียชีวิตแล้ว อย่างนี้เป็นต้น

2. ประจวบกับพวกเราบางคนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้วย และได้เห็นว่าวันที่เยอะๆ เห็นคนเป็นลมเยอะ

ผมคิดว่าวันที่ 24 พ.ย. 56 เป็นครั้งแรก วันนั้นยังไม่มีระบบบริการทางการแพทย์ มีแค่เต็นท์นิดหน่อย จัดยาจัดอะไร คนเป็นลมเยอะจนเราคิดว่าไม่ไหวแล้ว ก็เลยหาพวกจิตอาสาด้วยกัน ซึ่งก็มีน้องๆ เครือข่ายกู้ภัย เครือข่ายกู้ชีพ เรามีอาจารย์หมอ มีทางศิริราช หมอประจักษ์ จุฬา รามา ในกรุงเทพฯ ทั้งหมด รพ. ในภูมิภาค สงขลานครินทร์ ขอนแก่น เชียงใหม่ รพ. ของมหาวิทยาลัย และพวกเราที่เป็นหมอในชนบท เพราะว่าคนในชนบทออกมา เราเลยติดตามออกมาดู หลัง 24 เลยคุยกัน เลย set ระบบ บริการหรือ เป็นรูปร่างจนออกมาที่น้องเห็นเป็น **โรงพยาบาลสนามในมวลชน** ซึ่งในเมืองไทยไม่เคยมี นี่เป็นครั้งแรกในเมืองไทย อาจารย์ที่มีอิทธิพลสำคัญก็คืออาจารย์หมอประจักษ์ที่น้องสัมภาษณ์เมื่อปี และคุณไฉต อ้วนๆ (อาสาสมัคร) เพราะอาจารย์หมอประจักษ์ไปเรียนที่ญี่ปุ่น อาจารย์จะเห็นอุบัติเหตุที่ญี่ปุ่น เห็นเวลาเกิดอุบัติเหตุ เวลาเกิดแผ่นดินไหว เวลาที่เมืองมัน shutdown เมืองมัน collapse เพราะฉะนั้นจะมีมวลชนแบบนี้ เพราะฉะนั้นเลยต้องเซตระบบให้โรงพยาบาลสนามต้องอยู่ในใจกลางมวลชน อยู่ข้างนอกแล้วมีอะไรเข้ามาไม่ใช่ ต้องอยู่ที่นี้ แต่ว่าต้องอยู่ในที่ๆปลอดภัย มี safe house มีอะไรวิ่งเข้าไปได้ มีทางรถ refer วิ่งออกได้ เป็นต้น ต้องหาจุดที่ปลอดภัย อย่างน้อยที่สุดมวลชนสบายใจได้ มีหมอมียาพยาบาลดูแล พอเราจัดระบบไว้ จัดสต็อกยา คนที่มาเนี่ย ไม่ใช่แค่โรคปัจจุบันทันด่วนอย่างเดียว มีโรคเรื้อรังด้วย เบาหวาน ความดัน ก็มีอย่างอื่นด้วย เรามีทีมแพทย์ ทีมเภสัช ทีมพยาบาล มีวิชาสุขภาพอื่นด้วยๆ มาช่วยกัน (เจอกันที่เต็นท์) เมื่อก่อนมีเต็นท์เล็กๆ แล้วค่อยๆ ขยายกิจการ

ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คณะแพทย์ของศิริราช จุฬา รามา เริ่มต้นในกรุงเทพฯ มีแพทย์ชนบท มีพยาบาลอาสา มีเภสัชของศิลปากร ของมหิดล มาช่วยๆกัน วิธีการเนี่ย คิดว่าเป็นต้นทุนของคนในสังคมไทย คือมีจิตใจที่ด้งามความที่มีใจพร้อมจะให้ มันเป็นต้นทุนที่ ทำให้การทำงานของเราง่ายด้วย ทุกคนมีใจที่จะให้ ทุกคนเหนื่อยไม่ได้บ่น เราเป็นข้าราชการด้วย เราสู้กับระบบที่มันไม่ถูกต้อง ไม่กลัววิชาชีพแพทย์ วิชาชีพสุขภาพเนี่ย ไม่ค่อยกลัว ถ้าเขาไล่เราออก เราก็ไม่ทำงานที่อื่น แล้วการที่ รมต. ไม่ให้ออกมา เราก็กลางานมา ลาป่วย เพราะเราป่วยทางจิต (ลาป่วยมาให้บริการที่นี่)

การบริหารจัดการ

ถ้าปกติ ไม่มี event เราจะจัดเวรกันมา กลางวันเป็นทีมแพทย์ พยาบาล เภสัช จากรพ.ชุมชน ตอนเย็น เป็นอาจารย์แพทย์จากรพ.แพทย์ จะหมุนเวียนกันแบบนี้ แต่ถ้ามี event อย่างตอนนี้ เราต้องระดมพลอย่างรอบนี้ เอรารถพยาบาลมาประมาณ 60 คันจากทั่วประเทศ ทุกภาค จากอาสากู้ภัยและจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เราเป็นกบฏ

ตั้งแต่เรียกระดมพลทุกครั้ง ตั้งแต่ 5 ธันวาคม เราก็เริ่มแล้ว 9, 12 ธ.ค. แล้วรอบนี้ 13 ม.ค. ปกติมากันไม่ต่ำกว่า 30 คน แต่รอบนี้มา 60 มาเยอะ เพราะว่า รตม. ห้าม รพ.. เยาวธออกมา ห้ามข้าราชการลามา เลยเหมือนเรียกแขกก็เลยมีคนอยากมาเยอะ มาเป็น 2 เท่าเลย (หัวเราะ) 60 คนนี้มาจากรพ.ทั่วประเทศ ยังไม่นับที่ตัวเองส่วนตัว เยอะมาก เรามีลงทะเบียนออนไลน์อาสาสมัครด้วย คนทำงานรอบนี้ ทาง การแพทย์ทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 1000 คน

เป็น connection กัน แล้วเปิด Facebook ลงทะเบียน เครือข่ายอาสาสมัครทางการแพทย์รวมตัวกันหลวมๆ เรียกว่าเครือข่ายทางการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ 9 สถาบัน: รามา ศิริราช จุฬา ธรรมศาสตร์ มศว. สงขลานครินทร์ ขอนแก่น เชียงใหม่ วัลย์ลักษณ์ และมีชมรมแพทย์ชนบท แพทย์อาสา อาจจะเป็นทั้งเอกชน แพทย์ที่ประกอบอาชีพอิสระ ทันตะ เกษัช พยาบาล มีหมดแหละ ในการทำงานจริงๆมีเครือข่าย คุ้มภัยด้วย อันนี้ก็สำคัญ เราก็ทำงานเชื่อมกับระบบที่เรามี เช่น ส่วนของกรุงเทพมหานคร ศูนย์เอราวัณ คือ เพราะเขาจะมีรถ เขาเป็นคนกรุงเทพเขารู้ทาง เราชพ. บ้านนอกเราไม่รู้ทาง กระทรวงสาธารณสุขก็มีบ้าง ประสานกันแบบหลวมๆ เพราะเราเป็นกบฏเขา อาจจะไม่ไว้ใจกันก็ได้ ตอนแรกๆที่เราตั้งเต็นท์ใหม่ๆมีผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขมาบอกให้ยุบเต็นท์ เพราะอันตราย ดูไม่เหมาะสม และเหมือนเป็นการเลือกข้าง แต่เราบอกว่ามันมีความจำเป็น เวลา มีประทะ เราก็ออกไปใน filed ตำรวจบาดเจ็บจากเหตุการณ์ ไทย-ญี่ปุ่น ก็เอามาในรถ มาเปลี่ยนเสื้อในรถ เวลาเราทำงานจริง เราไม่ได้เลือกข้าง แม้ใจเราจะเลือกข้าง ความถูกต้อง

เรามีการนัดหมายกัน อย่างพุงนี้ (13-1) จะมี 7 วิถี เราการประชุมกัน เราจัดตามวิชาชีพที่ มา มา ได้ที่วัน ใครพักที่ไหน ใครอยู่ที่เวทไหน พยายามจัดให้ใกล้ที่พัก ใครอยู่ลุมพินีก็ไปลุมพินี ไปอโศก ใครอยู่ ประตูนาก็ไปราชประสงค์ เรามีรายชื่อเขาอยู่แล้ว ให้เขาสมัครเข้ามา เรามีแกนนำแต่ละภาค พอเรา ประกาศทางเฟสบุ๊ค ที่ไหนสนใจจะมาร่วม คนก็ลงทะเบียนกัน

แล้วคุณหมออาสาที่มาสมทบละคะ

เรามีรับสมัครออนไลน์และที่รับสมัครหน้างาน 2 อย่าง โดยใครมาเราก็มีการลงทะเบียนที่เต็นท์นี้ (SH)

การทำงานแต่ละเต็นท์เหมือนกันไหมคะ

การทำงานอาจจะต่างกัน เพราะเต็นท์นี้เป็นโรงพยาบาลสนามหลัก เต็นท์อื่นๆอาจจะแค่จ่ายยา ไม่มี การรับคนไข้ที่เป็นลม ไม่มีฉีดยา เต็นท์ศิริราชคือโรงพยาบาลสนามหลัก ถ้าเต็นท์อื่นๆ อาจจะไม่มีหมอม มีแต่พยาบาล เต็นท์ศิริราชเรียกว่าเต็นท์พยาบาลดินสอ หรือเรียกว่า ดินสอโมเดล รพ. สนามดินสอโมเดล

อาจารย์คะ หนู search หา ดินสอโมเดลได้ไหมคะ

ไม่มี เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ที่เล่าให้ฟังยังไม่มีเขียนสรุปออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร

ถ้าหนูเขียนออกมาแล้วส่งให้อาจารย์ proof ได้ไหมคะ

ได้ น่าจะให้อาจารย์ประจำ proof เพราะเป็นเจ้าของไอเดีย ลองเขียนให้อาจารย์ประจำดูเท่าที่หูรับฟัง เขียนออกมาแบบนี้ได้รึเปล่า

แล้วความเพียงพอของการให้บริการระยะ มีหมอมามากเพียงพอหรือคะ

โดยภาพรวมโอเค เรามีคนไข้เฉลี่ย 500 คนต่อวันเฉพาะเดินที่นี้ เดินที่อื่นๆ ก็ประมาณ 200-300 แต่ยังไม่รวมแจกยาม ยาตาม ยาหม่อง

Accessibility นี้เป็นตัวอย่าง

เราต้องมีโรงพยาบาลสนามให้เขา access ได้ง่าย ขณะเดียวกันจริงๆ ในวันที่เยอะเนี่ย เรามีอาสาสมัครพ.ยาบาลตามจุดต่างๆ ที่เรารับสมัครออนไลน์ คอยแจกยามตามจุดต่างๆ แล้วอย่างในวันพรุ่งนี้ (13-1) ในวันที่มีคนมาเยอะ มีการเดิน เรามีอาสาสมัครพ.ยาบาลเดินไปกับเขาเลย คอยดูแลคอยประเมิน เพราะถ้าเรารับสมัครอาสาสมัครทั่วไปเนี่ย เขาประเมินไม่ได้บางครั้ง พอเขามีอะไรโทรเรียกอย่างเดียว ที่นี้รพพยาบาลวิ่งว่อนทั้งกรุงเทพฯเลย ขณะที่คนเป็นไม่มาก คือคนเป็นลมเนี่ยต้องให้เขานอนพัก แล้วที่นี้พอมีพยาบาลเดินไปกับมวลชนด้วย เป็นลม หลบเข้าบ้านชาวบ้าน ชาวบ้านก็น่ารักให้ความร่วมมือ เป่าพัดลมให้ แล้วถ้ามีคนไข้ที่จำเป็น เจ็บหน้าอก ไม่รู้จะเป็นหัวใจขาดเลือดไหม พยาบาลก็ประเมินแล้วโทรเรียก รถเราก็ standby อยู่สองคันสามารถวิ่งฝ่าฝูงชน พอเราไม่ส่งคนไข้ ถึงแม้คนแน่นขนาดไหน คนก็จะแหวก แหวกแบบสิ้นเลย แป๊บเดียว

แล้วรพพยาบาลเดินที่ละกี่คันคะ

อย่างน้อย 2 คัน standby ข้างในตลอด เดินที่ SH หลัก เดินที่อื่นๆ ไม่มีรถ แต่จะมีของกรุงเทพฯ ประกะบ (เอราวัณ) เป็นมุมหน้า รร. สตรีวิทย์ วัดราชนัลดา สีแยกคอกวัว ถ้าจำเป็นเราก็เรียกเขาเข้ามา

คนที่มารับบริการ

ผู้สูงอายุ ปกติก็มีความเสี่ยงอยู่แล้ว เพราะเขามีโรคประจำตัว แล้วยิ่งคนเยอะอีก ก็ยิ่งต้องระมัดระวังมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ตอนนั้นถ้ามีการปะทะก็มีความเจ็บป่วยอีกลักษณะหนึ่ง

เหตุปะทะมีเยอะไหมคะ

มีไทย-ญี่ปุ่น มีบชน. (กองบัญชาการตำรวจนครบาล) มียิงแก๊สน้ำตา มีสะพานชมัยมรุเชฐ นอกนั้นก็เหตุดอกวน เมื่อ 2 วันก่อนมียิงกันที่แยกคอกวัว หลังเที่ยงคืน รพพยาบาลเราก็เอารถออกไป service

ต้องเพิ่มเดินที่ใหม่คะ

การเพิ่มเดินที่นี้ลำบาก ต้องมี resource เยอะ ถ้าเราจัดการอย่างอื่น คือ ถ้ามีควรถนุเยอะ เราก็มีพยาบาลอาสาเยอะดีกว่า การตั้งเดินที่ก็กินพื้นที่ด้วย

การคนเพียงพอใหม่คะ

วันชุมนุมเยอะๆ ไม่พออยู่แล้ว เป็นบางวันแต่ปกติคนก็เพียงพอ เหลือเผื่อ สบายๆ

Self-reliance

เรื่องคนมีการจัดการ เรื่องยา 80% ได้จากการบริจาค (เป็นยา) แต่เรามีนโยบายไม่รับเงินสดอีก 20% มาจากกองทุน คือกองกลางจะเผื่อเงินไว้ ถ้าชาวบ้านจะมาบริจาคเป็นเงินสด เราไม่รับ เราจะมีกา list รายการยา วันนี้เราขาดยาอันนี้ๆ เขาจะไปซื้อมาให้เรา เราก็จะบอกร้านที่ราคาถูก ที่เขามาแจ้งว่าขาย ในราคาทุนให้

การวางแผน

มีการปรับเปลี่ยนสถานการณั้ อันนี้เป็นจุดเด่นของ รพ. สนาม เราต้องปรับให้ได้ตามสภาวะการณั้ เราต้องฟังคุณสุเทพ จะไปที่ไหน ลักษณะเคลื่อนเป็นยังไง ถ้าไปบุกสถานที่ราชการอาจมีการปะทะ เราก็ต้องเตรียมกันแก๊สน้ำตา หนังสือนาง หรืออะไรก็แล้วแต่ แต่ถ้าเคลื่อนไปเพื่อไปพัก ไปนอนก็เตรียมอีกแบบหนึ่ง

แล้วอย่างการเตรียมยาให้เข้ากับสถานการณั้ เตรียมให้พออย่างไร

เรามีคลัง ที่นี่จะเป็นคลัง เราจะแชร์ทรัพยากรร่วมกันกับทุกคลัง โดยมีทีมอาจารย์เกศชมา มีทีมจัดการเหมือนโรงพยาบาลเลย เลยให้คำว่าโรงพยาบาล

ผลกระทบกับอาจารย์

ทางด้านร่างกาย-จิตใจ

เหนื่อยกาย แต่ไม่เหนื่อยใจ เรามีความสุข ไม่มีผลกระทบในเชิงลบ จากประสบการณ์คือ ถ้าเราออกมาในที่สว่าง เราเปิดตัว ไม่มีใครทำอะไรเรา แต่สำคัญคือ เราอย่ามีแผล คือ ถ้าคนบริหารงานแล้ว ทุจริตเนี่ย คนก็มาเคาะเราออก แต่เราออกมาแบบนี้ เราต้องมั่นใจ ถ้าไม่มั่นใจอย่าออกมา

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

แน่นนอน แต่นิดหน่อย เมื่อเทียบกับว่าสิ่งที่เราจะทำให้ประเทศชาติ อย่างถ้าเราเอารถหลวงออกมาใช้ เราใช้เงินจากภาษีอากรประชาชน อาจจะมีค่าใช้จ่ายที่เราไม่สามารถใช้เงินหลวงได้ เราก็ออกเอง แต่บางทีก็มีคนบริจาค เช่นเรื่องที่พัก พอเขารู้ข่าว บางทีมาหลายวันเขาก็ให้ที่พักเรา คนไทยมีจิตใจดีมาก เยอะ

ขอถามการเตรียมการพຽนนี้ะคะ

อาจารย์ประจำคณะเล่าเรียง คืออย่างนี้ เราเซตโรงพยาบาลสนามแบบนี้ทุกจุด ใกล้เคียงกัน แต่จุดใหญ่สุดคือปทุมวัน เป็นcenter นอกนั้นเราก็จัดระบบ มีการจัดทีมหมอ ทีมพยาบาล ทีมเภสัช ตามระบบเหมือนกัน มีทีมติดตามเวลาชบวนเคลื่อน มีอาสาสมัครเดินกับมวลงชน เคลื่อนรวมแทรกซึมไปกับมวลงชน เป็นหลักร้อย มาจากการรับสมัครส่วนหนึ่ง แล้วอีกส่วนหนึ่งเวลาขึ้นเวทีเราก็บอกกับมวลงชน คือ เขาต้องดูแลตนเอง ถ้าเป็นโรคประจำตัวก็เอายามา ควรกินอาหารมา กินข้าวเข้ามา ไม่งั้นจะเป็นลม พกยาตาม ยาหม่องมา ประกาศแบบนี้ทุกวัน แล้วแต่จะหะเวที นอกเหนือจากดูแลตัวเองแล้วต้องดูแลกันเองด้วย มากันสิบคน ก็จับคู่กันดูแล พวกกันไปด้วยคือดูแลตัวเองดีกว่า แต่เมื่อไหร่เจ็บป่วยไม่สบาย ถึงขั้นให้กาพยาบาลไปดูแล เราก็จะจัดระบบที่สุด

ขอถามเพิ่มเติมเรื่องรพ. สนามหน่อยนะคะ

หลักการ รพ. สนามในสากลมี ทางทฤษฎีตะวันตกเป็นอีกแบบ เขาตั้ง green zone คือต้องปลอดภัยจริงๆ แต่ของเรา hot zone เลย ทางเอเชียจริงๆ ญีปุ่นบอกไม่ใช่ ถึงเป็น hot zone ก็จัดบริการได้ คุณก็ดูหลัก safety ไปด้วย แต่ญี่ปุ่นบอกก็ตั้งได้

แสดงว่าของเราค่อนข้างคล้ายญี่ปุ่น

ลองถามอาจารย์ประจำศู

ขอบคุณนะคะอาจารย์ ถ้ามีอะไรหนูจะถามเพิ่มเติมนะคะ (ขอบคุณค่ะ/ขอบคุณครับ)

ภาคผนวก ง

ประมวลภาพเหตุการณ์
การแพทย์กับการชุมนุมทางการเมือง
พ.ศ. 2556-2557

บรรยากาศการชุมนุมบริเวณอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย
14 ธันวาคม 2556



บรรยากาศการชุมนุมหน้าเวที มวลมหาประชาชนเข้าร่วมการชุมนุม
อย่างหนาแน่น โดยจะทยอยมากขึ้นมากขึ้นในเวลากลางคืน เพื่อมาฟังการปราศรัยของแกนนำ



หน่วยบริการทางการแพทย์ บริเวณหน้าสภาทนายความ



หน่วยบริการทางการแพทย์หน้าร้านศึกษาภัณฑ์ พาณิชย์



ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัครในการช่วยจัดยา ในหน่วยบริการทางการแพทย์
หน้าร้านศึกษาภัณฑ์ พาณิชย์





ช่วงเวลาพักของอาสาสมัครที่มาให้บริการในหน่วยบริการ



เจ้าหน้าที่กำลังแจกจ่ายยาแก่ผู้เข้ารับบริการ



หน่วยบริการทางการแพทย์ศิริราช หน้าร้านอาหารเมทวาลัย ศรีแดง



รถพยาบาลเตรียมพร้อมให้บริการนำส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ



บรรยากาศการให้บริการภายในหน่วยบริการ



มีการจัดสรรพื้นที่สำหรับการตรวจ การจ่ายยา และพื้นที่เก็บยา



ที่พักรถของมวลงมหาประชาชน บริเวณถนนราชดำเนิน



นกหวีดและธงชาติ กลายเป็นสัญลักษณ์ทางการเมือง สินค้าขาดดีติดตลาด



หน่วยบริการบริเวณสะพานผ่านฟ้าลีลาศ



บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัคร และทีมวิจัยถ่ายภาพร่วมกัน



การพักอาศัยของผู้เข้าร่วมการประชุม มีกางเต็นท์นอน



การปราศรัยบนเวที

12 มกราคม 2557

มีการนัดชุมนุมใหญ่เพื่อ SHUT DOWN BANGKOK ในวันที่ 13 มกราคม 2557 ทำให้มีพลมหาประชาชนหลังไหลมารวมตัวกันมากขึ้น





มวมหาประชาชนจากจังหวัดต่างๆมารวมกัน มักนั่งกันตามกลุ่มของตน หรือจังหวัดของตน มีการดูแลกันในทีมที่มาด้วยกัน



ความหนาแน่นของผู้เข้าร่วมการชุมนุมทำให้ทางเดินเท้าบริเวณโดยรอบติดขัด



เจ้าหน้าที่หน่วยบริการกำลังจ่ายยาตามให้แก่ผู้เข้าร่วมการชุมนุม



พัฒนาการของหน่วยบริการศิริราช มีแอร์ปรับอากาศ
แต่การเข้าหน่วยบริการต้องฝ่าห่มู่ประชาชนอันหนาแน่นที่มารวมตัวกันในคืนวันนี้





การพักผ่อนของมวลชนมหาประชาชนที่ขึ้นมารวมตัวกัน เตรียม SHUT DOWN BANGKOK ในวันรุ่งขึ้น





ทางการแพทย์เอง มีรถพยาบาลจากจังหวัดต่างๆ กว่า 50 คัน และอาสาสมัครกว่า 1,000 คน รวมตัวกัน
เตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์



15, 17 มกราคม 2557

นับตั้งแต่ 13 มกราคม 2557 เป็นต้นมา การชุมนุมได้มีการเปลี่ยนรูปแบบ ไปรวมตัวในจุดต่างๆ หน่วยบริการทางการแพทย์มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ กระจายเพิ่มขึ้นตามจุดที่มีการชุมนุม



การชุมนุมบริเวณแยกปทุมวัน



บรรยากาศโดยรอบ กลายเป็นถนนคนเดิน



ที่พักของผู้ชุมนุมหน้าไอศถศาลา – มาบุญครอง







ภาคผนวก จ

ประมวลภาพเหตุการณ์
การแสดงออกทางการเมืองของบุคลากรสาธารณสุข
ที่มา: Facebook ชมรมแพทย์ชนบท







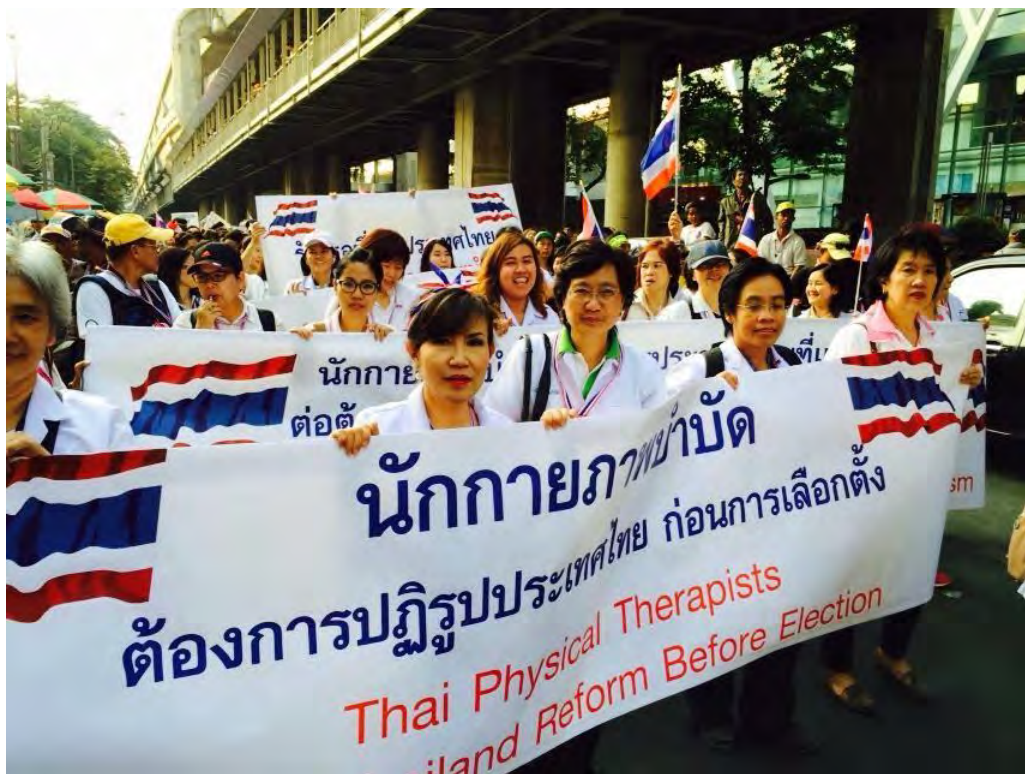
















ก

การสาธารณสุขมูลฐาน

ความหมาย, 13-14

นิยามศัพท์เฉพาะ, 2

แบบสัมภาษณ์, 54-72

ผลการประเมิน, 28-32

หลักการดำเนินงาน, 14

 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม, 14

 การปรับระบบบริการ, 15

 การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคม, 15

 การมีส่วนร่วมของชุมชน, 14

การประสานงานระหว่างหน่วยงาน

 ข้อดีข้อด้อยและแนวทางพัฒนา, 39

 ผลการประเมิน, 31

การมีส่วนร่วมของชุมชน

 ความหมาย, 14

 แนวทางพัฒนา, 40

 ผลการประเมิน, 31-32

ค

ความครอบคลุม

 ข้อดีข้อด้อยและแนวทางพัฒนา, 38

 ผลการประเมิน, 29-30

ความเป็นธรรม

 ข้อดีข้อด้อยและแนวทางพัฒนา, 38

 ผลการประเมิน, 28-29

องค์ประกอบ, 15
ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
แนวทางพัฒนา, 39
ผลการประเมิน, 30

ร

โรงพยาบาลสนาม

การบริหารจัดการ, 12-13
ความหมาย, 11-12
โรงพยาบาลสนามในมวลชน, 80
วัตถุประสงค์, 12
หลักการจัดบริการ, 41-42

พ

พื้นที่การชุมนุม

สวนลุมพินีและแยกปทุมวัน, 25
สะพานผ่านฟ้าลีลาศ, 24
บรรยากาศ, 93
อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย, 23
บรรยากาศ, 86
ระยะทางจากหน่วยบริการ 30

ห

หน่วยบริการทางการแพทย์

การจัดตั้ง, 33-34

ความสัมพันธ์ของปัจจัยในการจัดตั้ง, 20

ผู้ให้ข้อมูล, 26

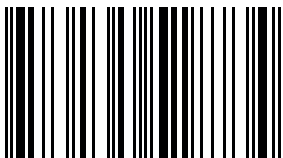
รูปแบบการให้บริการ, 41-42

สถิติ, 26-27

สรุปการสัมภาษณ์, 60-72



ISBN: 978-616-551-873-4



ราคา 250 บาท