

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

วิโรจน์ เชมรัมย์

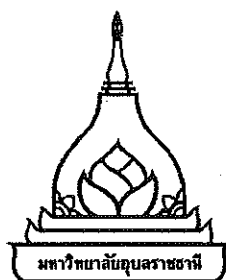
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**POLICY IMPLEMENTATION ON EMERGENCY MEDICAL
SERVICE SYSTEM**

WIROTE SEMRUM

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PUBLIC ADMINISTRATION
MAJOR IN PUBLIC ADMINISTRATION
FACULTY OF POLITICAL SCIENCE
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY**

YEAR 2011

COPYRIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์

เรื่อง การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ผู้วิจัย นายวิโรจน์ เชมรัมย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

(ดร. จิตพล กักต้ววนิช)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทองใบ สดขารี)

กรรมการ

(ดร. เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ)

กรรมการ

(ดร. อรทัย เลียงจินดาถาวร)

กรรมการ

(ดร. จิตพล กักต้ววนิช)

รักษาราชการแทนคณบดี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุทิศ อินทร์ประสิทธิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2554

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ทองใบ สุดชาติ ดร.จิตติพล ภักดีวานิช ดร.เพชรรัตน์ ไสยสมบัติ และดร.อรรถัย เลียงจินดาถาวร อาจารย์ที่ปรึกษาและ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้แนวคิด คำแนะนำและความรู้ที่มีคุณค่าในการวิจัย มาโดยตลอด ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในคณะรัฐศาสตร์และอาจารย์พิเศษทุกท่านที่ได้ทุ่มเททั้ง กายและใจ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าแก่ผู้วิจัย โดยเฉพาะ ศาสตราจารย์ ดร.บุญทัน ดอกไธสง และ ศาสตราจารย์ ดร.เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ คณบดีผู้ก่อตั้ง วิทยาลัยรัฐศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารสาธารณสุข ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกหน่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในเขตตรวจราชการสาธารณสุข เขต 13 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจาก พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคน โดยเฉพาะ ดร.เสฐียรพงศ์ ศิวินา เพื่อนที่มีความเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณบุคลากร กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ร่วมกันทำงานจน สำเร็จล่วงทุกประการตลอดเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาเล่าเรียน ขอขอบคุณผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานีทุกท่านที่สนับสนุนให้ศึกษาหาความรู้ โดยเฉพาะนายแพทย์สุรพร ลอยหา และ ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์

ท้ายนี้ ขอน้อมรำลึกถึงพระคุณของอาตมยัย แอ้ไค้ว คุณแม่ประจวบ เขมรัมย์ “แม่ดีเด่นแห่งชาติ ปี 2544” บุพการีผู้ให้กำเนิดและให้โอกาสในการศึกษาเล่าเรียน คุณป้อมเพชร เขมรัมย์ คู่ชีวิตผู้ที่คอยเอาใจใส่ ดูแลและให้กำลังใจมาโดยตลอด พร้อมด้วย บุตรสาว “น้องนิคดา” บุตรชาย “น้องชัยโย” บุตร-ธิดา ผู้เป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนพี่ๆน้องๆ “เขมรัมย์” โดยเฉพาะ แพทย์หญิง คณินนิคย์ เขมรัมย์ น้องสาวผู้น่ารักที่คอยดูแลสุขภาพอนามัยและให้กำลังใจ รวมถึงครอบครัว “ปีตาภา” ทุกคนที่เอื้ออาทรด้วยไมตรีจิตที่ดีตลอดมา ขอมอบความสำเร็จครั้งนี้ให้แก่ทุกๆ คนที่ได้ กล่าวมา และจะนำความรู้ที่ได้ไปสร้างประโยชน์ให้สังคมไทยเจริญรุ่งเรืองยิ่งขึ้นไป

(นายวิโรจน์ เขมรัมย์)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
 โดย : วิโรจน์ เชมรัมย์
 ชื่อปริญญา : รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต
 สาขาวิชา : รัฐประศาสนศาสตร์
 ประธานกรรมการที่ปรึกษา : ดร.จิตติพล ภักดีวานิช

ศัพท์สำคัญ : การนำนโยบายไปปฏิบัติ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ศึกษาประสิทธิผลการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติและหาแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน รวมจำนวน 350 คน 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 จำนวน 5,480 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 12 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด 2) ด้านการสนับสนุนเครือข่าย 3) ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 5) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตามลำดับ และมีการนำนโยบายการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย เป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ตามลำดับ ส่วนแนวทางอื่นๆ ที่จะทำให้การนำนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จอย่างยิ่งคือ ภาคการเมืองต้องสนับสนุนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ABSTRACT

TITLE : POLICY IMPLEMENTATION ON EMERGENCY MEDICAL
SERVICE SYSTEM
BY : WIROTE SEMRUM
DEGREE : DOCTOR OF PUBLIC ADMINISTRATION
MAJOR : PUBLIC ADMINISTRATION
CHAIR : TITIPOL PHAKDEEANICH, Ph.D.

KEY WORDS : POLICY IMPLEMENTATION / EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM

This study aims to study the factors that influence the adoption of policies to ensure emergency medical service system. Effectiveness of the emergency medical service system are implemented and the right to raise the achievement levels of emergency medical services system policy to comply with the conditions. An integrated research approach (Mixed method), quantitative samples are 1) the management of emergency medical services, hospitals, health centers under the jurisdiction of local governments, foundations and NGOs, a total of 350 people, 2) recipients of services, including, service emergency medicine in 2009 of 5,480 people and groups that are used to collect qualitative information on the key data (Key Informants) of 12 people found the factors that affect the system policy services, emergency medical practice, these are 1) the attitude of the variables that could explain the variability of the scores of the medical emergency service within 10 minutes had the highest 2) support networks 3) the promotion and published 4) communication and 5), standards and policy objectives, respectively, and is developing policies to implement the emergency medical system. The overall average was 3.72 standard deviation equal to 0.18, based on descending into the standards and objectives of the policy that the resources of the policy. The agency that implements policy. The attitude of the miners. Communication. To disseminate and support the network and the other partners, respectively. That the policy is implemented emergency medical services is extremely successful. Need political support and local ownership of the Emergency Medical Service.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	

1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 คำถามในการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5

2 แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 พัฒนาการและสาระสำคัญของนโยบายระบบการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	8
2.2 การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลใน ต่างประเทศ	20
2.3 แนวคิดนโยบายสาธารณะ	51
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	55
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	2
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	75
2.7 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย	93

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 ระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	105
3.2 ตัวแปรในการวิจัย	105
3.3 ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง	106
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	108
3.5 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ	109
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	112
3.7 การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	113
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	116
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	117
4.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบาย ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis	141
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	143
4.4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	166
4.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงผสมผสาน (Mixed Method) กรอบแนวทาง การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติของ เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	172
5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
5.1 การสรุปผลการวิจัยและสรุปข้อค้นพบ	194
5.2 การอภิปรายผล	202
5.3 ข้อเสนอแนะ	211
เอกสารอ้างอิง	212

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ก ผลการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ	224
ข หนังสือขอเก็บข้อมูล	227
ค หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	230
ง แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (IOC)	233
จ แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	242
ฉ แบบสอบถามความพึงพอใจ	251
ช แบบสัมภาษณ์	254
ซ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑	259
ประวัติผู้วิจัย	277

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ผลการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งประเทศ 3 ปี ย้อนหลัง	3
2.1 การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากตัวแบบ ของนักวิชาการและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	94
2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และข้อคำถาม	103
3.1 สัดส่วนตัวอย่างแบ่งตามจังหวัดและหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน	107
3.2 สัดส่วนของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งตามจังหวัดในเขต 13	108
4.1 จำนวน อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของลักษณะทางประชากร	117
4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบาย ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้าน	119
4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านมาตรฐาน และวัตถุประสงค์ของนโยบาย	121
4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านทรัพยากร ของนโยบาย	123
4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านลักษณะ หน่วยงานที่นำนโยบายไป ปฏิบัติ	125
4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ ปฏิบัติ	128
4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านการ ติดต่อสื่อสาร	131

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านการ ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่	134
4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของ การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านการ สนับสนุนจากเครือข่าย	136
4.10 การวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Regression) ในการเลือกตัว แปรอิสระที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ	141
4.11 การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ในการ เลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติ	142
4.12 ตัวชี้วัดและผลงานการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ 3 ปี ย้อนหลังในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	146
4.13 งบประมาณที่ได้รับในการดำเนินการตามนโยบายระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ 3 ปี ย้อนหลัง ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	150
4.14 จำนวนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่13	151
4.15 อุปกรณ์สื่อสารที่ใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัดของเขตตรวจ ราชการสาธารณสุข ที่ 13	158
4.16 การสนับสนุนงบประมาณในการประชาสัมพันธ์การแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	160
4.17 การประเมินการรับรู้ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 13	161
4.18 สังกัดของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 13	162

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.19	การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารงานการบริการการแพทย์ ฉุกเฉินระดับจังหวัด ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	163
4.20	จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร ($n = 5,480$)	166
4.21	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของ ผู้รับบริการด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	168
4.22	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของ ผู้รับบริการด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	169
4.23	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของ ผู้รับบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	170
4.24	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของ ผู้รับบริการด้านผลของการให้บริการ	171
4.25	จำนวนและร้อยละของประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	176

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบัน	16
2.2	การทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	18
2.3	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา	24
2.4	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น	29
2.5	โครงสร้างองค์กรของ Rural Ambulance Victoria (RAV)	32
2.6	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย	35
2.7	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศฝรั่งเศส	39
2.8	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศสวีเดน	42
2.9	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศจีน	45
2.1	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศแอฟริกาใต้	48
2.11	โครงสร้างองค์กรของ Rescuer -15	49
2.12	ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลของ Rescure-15 ในประเทศปากีสถาน	51
2.13	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn	60
2.14	ตัวแบบการวิเคราะห์ทางด้านการจัดการ	61
2.15	ผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	61
2.16	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Sabatier and Mazmanian	63
2.17	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Hambleton	64

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
2.18	ตัวแบบกระบวนการนํานโยบายไปปฏิบัติของ Cheema and Rondinelli	65
2.19	ตัวแบบการนํานโยบายไปปฏิบัติของ วรเดช จันทรรต ตัวแบบเชิงบูรณาการ	67
2.20	กรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย	99
4.1	การทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	153
4.2	กรอบแนวทางการนํานโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติในเขต ตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13	181

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น จึงได้จัดบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (สงครามชัย ติทองดี และคณะ, 2546)

ส่วนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ในการทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน กรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นต้องรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่นต่อไป แต่ปัญหาการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นที่ผ่านมามีพบว่า โครงสร้างและหน่วยงานในการติดต่อประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่มีระบบการประสานข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่ง ระหว่างนำส่ง และการให้การรักษาส่งต่อผู้ป่วยถึงสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นแกนหลักสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์ เมื่อมีการประสานงานที่ดี มีการส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการได้พบผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็นเท่าเทียมกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

จากการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2552) ในปี 2547 พบว่า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 12 ล้านครั้งต่อปี จำแนกเป็นผู้เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน จำนวน 60,000 คน อุบัติเหตุจราจร 17,000 คน อุบัติเหตุอื่นๆ และพิษวิทยา 13,000 คน รวมทั้งเสียชีวิตจากโรคฉุกเฉินอื่นๆ 30,000 คน ผู้ป่วยจะมีอาการหนักมากน้อยแตกต่างกันไป ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤต (Crisis) ร้อยละ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ 28 ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าความสูญเสีย

ทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติเกิดจากอุบัติเหตุจราจร จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 20 หรือประมาณ 9,000-12,000 คนต่อปี

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการเสียชีวิต การทุพพลภาพโดยไม่สมควร จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ เช่น 1) การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย ผู้ป่วยฉุกเฉินถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยวิธีต่างๆ กันดังนี้ (1) นำส่งโดยญาติและผู้ประสบเหตุนำส่ง ร้อยละ 85 (2) นำส่งโดยมูลนิธิต่างๆ ร้อยละ 1-15 (3) นำส่งโดยรถพยาบาล (รัฐ และเอกชน) ร้อยละ 0.1 2) อัตราการเสียชีวิตและพิการโดยไม่สมควรเนื่องจากความล่าช้าในการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ความล่าช้าในการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี และการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม และ 3) ขาดองค์การรับผิดชอบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ซึ่งปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลและนำส่ง ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หน่วยงานอิสระและอาสาสมัคร การที่มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงทำให้มีรูปแบบที่หลากหลายขาดมาตรฐานทางการแพทย์ ทั้งด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งความรู้และวุฒิภาวะของบุคลากรที่ให้บริการ ไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพการบริการของหน่วยงานต่างๆ ได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 1 ใน 4 ของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในสิบปีประมาณ 2545 และได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดตั้งและพัฒนาระบบ จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 10 บาทต่อประชากรที่จดทะเบียน ในระยะ 2 ปีแรก คือ ปีงบประมาณ 2545 และ 2546 เพื่อเป็นการปูรากฐานการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) หลังจากนั้นได้มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2547 เห็นชอบในเรื่องยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินและให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในทุกจังหวัด โดยใช้งบประมาณในระบบการรักษาพยาบาล (30 บาทรักษาทุกโรค) ปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลมีนโยบายให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย และในวันที่ 21 ธันวาคม 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้เห็นชอบผ่านพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและในปี 2551 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 ในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 6 มีนาคม 2551 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม 2551 เป็นต้นไป กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) ขึ้นตามมาตราที่ 14 ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 เป็นหน่วยงาน

องค์กรมหาชน ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ตารางที่ 1.1 ผลการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งประเทศ 3 ปีซ้อนหลัง

กิจกรรม	ปี 2551		ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนปฏิบัติการกู้ชีพ						
☐ บริการระดับ BLS	179,517	38.29	181,221	28.66	177,927	24.58
☐ บริการระดับ ALS	123,213	26.28	107,886	17.06	102,149	14.11
☐ บริการระดับ FR	166,126	35.43	343,211	54.28	443,768	61.31
รวม	468,856	100	632,318	100	723,844	100
ประเภทของเหตุที่ให้บริการ						
☐ เหตุป่วยฉุกเฉิน	236,603	50.46	358,109	56.63	410,818	56.755
☐ อุบัติเหตุจราจร	170,970	36.47	198,253	31.35	222,540	30.744
☐ พลัดตกหกล้ม	14,627	3.12	21,693	3.43	28,166	3.891
☐ ตกจากที่สูง	3,746	0.80	4,988	0.79	4,996	0.690
☐ เหตุเพลิงไหม้	229	0.05	186	0.03	213	0.029
☐ เหตุจมน้ำ	685	0.15	870	0.14	942	0.130
☐ เหตุถูกทำร้ายร่างกาย	16,000	3.41	19,173	3.03	22,015	3.041
☐ เหตุทำร้ายตนเอง	2,184	0.47	2,956	0.47	3,174	0.438
☐ เหตุระเบิดหรือวัตถุอันตราย	267	0.06	283	0.04	355	0.049
☐ เหตุอาชญากรรม	2	0.00	11	0.00	10	0.001
☐ เหตุภัยธรรมชาติ	84	0.02	60	0.01	61	0.008
☐ ไฟฟ้าดูด	630	0.13	792	0.13	920	0.127
☐ เหตุอื่นๆ	22,829	4.86	24,944	3.95	29,634	4.095

จากนโยบายการพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รัฐได้กำหนดขึ้นและได้นำนโยบายไปปฏิบัติจนเกิดผลดีและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุต่างๆ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินได้มีระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกวิธีตามหลักวิชาการและส่งไปในสถานบริการที่มีการเตรียมพร้อมการช่วยเหลือด้วยวัสดุอุปกรณ์และผู้เชี่ยวชาญอย่างครบครัน ทำให้ลดการตาย ลดความพิการ และความทุกข์ทรมาน โดยไม่จำเป็น

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่า นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญและต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและรัฐบาล โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขยังต้องแสวงหามาตรการที่จะกระจายความสำเร็จของนโยบายการพัฒนาาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ และมีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนา ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเพื่อยกระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ให้ดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิผลการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.2.3 เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกสภาพพื้นที่

1.3 คำถามในการวิจัย

1.3.1 ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.3.2 การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติเป็นอย่างไร ประสพผลสำเร็จหรือไม่

1.3.3 มีการพัฒนาแนวทางหรือกลยุทธ์อย่างไรที่จะเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกสภาพพื้นที่

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ทำการศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จำนวน 4 จังหวัด (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ)

1.4.2 ทำการศึกษานี้ 2553 หลังมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ผลการศึกษาจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.5.2 ได้ทราบถึงผลของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.5.3 ผลการศึกษาจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาวิธีการดำเนินการเพื่อยกระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.5.4 ได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.5.5 นำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา และเป็นแนวทางในการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติในท้องถิ่นอื่นๆ ต่อไป

1.6 คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การนิยามศัพท์เฉพาะมีจุดมุ่งหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับความหมายของคำต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษานี้

นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การกำหนดนโยบายของรัฐบาลที่จะจัดระบบบริการฉุกเฉินแก่ผู้ประสบภัยและมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการช่วยเหลือ ได้รับบริการการช่วยเหลือได้ทันเวลา มีคุณภาพ ลดการเสียชีวิต พิการและทุพพลภาพ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องจากขั้นตอนการกำหนดนโยบายที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการนำทรัพยากรที่มีอยู่ไปบริหารเพื่อให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยอาจมีการแปลงนโยบายออกเป็นรูปของกฎ ระเบียบ แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดผลกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบาย

ประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง ผลการดำเนินงานของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินต่อระดับการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย คือความครอบคลุมการให้บริการ การบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนไม่ว่าจะจากสาเหตุจากโรคและภัยต่างๆ จากธรรมชาติและที่มนุษย์เป็นผู้กระทำที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอันจะนำไปสู่ความพิการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงความเจ็บป่วยที่ประชาชนเข้าใจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดผลต่อความพิการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 150 เตียงลงมา มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งหมื่นคน เป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

สถานีอนามัย หมายถึง สถานบริการทางสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่เกิดจนตาย เดิมเรียกว่า สุขศาลา มาเปลี่ยนเป็น สถานีอนามัย และปัจจุบันเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบางแห่ง สถานีอนามัยรับผิดชอบ งานบริการด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น การฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ฉีดวัคซีนเด็ก การดูแลโภชนาการเด็ก งานอนามัยโรงเรียน ตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับนักเรียน คัดกรองภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ การดูแลผู้พิการ การดูแลวัยทำงาน การดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพเบื้องต้นงานฟื้นฟูสมรรถภาพ และอีกมากมายภาระหน้าที่เป็นสถานที่ดูแลประชาชนด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หมายถึง หน่วยงานสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในระดับอำเภอมีหน้าที่รับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้วนำไปถ่ายทอดเพื่อให้สถานีอนามัยปฏิบัติ และทำหน้าที่ติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับนิเทศงานให้งานบรรลุเป้าหมายโดยบริหารงานขึ้นตรงต่อนายอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หมายถึง หน่วยงานสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด
เทียบเท่ากรม มีหน้าที่รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำไปถ่ายทอดต่อให้สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ปฏิบัติและทำหน้าที่ติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับ
นิเทศงานให้งานบรรลุเป้าหมาย โดยบริหารงานขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัด

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้ ได้แบ่งการนำเสนอเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 พัฒนาการและสาระสำคัญของนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในต่างประเทศ

ส่วนที่ 3 แนวคิดนโยบายสาธารณะ

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 7 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

2.1 พัฒนาการและสาระสำคัญของนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1.1 ความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสดขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีระบบการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะที่เรียกว่า “รถพยาบาลฉุกเฉิน” หรือ “แอมบูแลนซ์” มานานกว่าหนึ่งร้อยปีมาแล้ว เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและประเทศในยุโรปอีกจำนวนมาก แต่การจัดให้เกิดเป็นระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินจริงๆ นั้น เริ่มต้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อมี ค.ศ.1966 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาจนกระทั่งปัจจุบัน ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ก็ได้มีการจัดตั้งและพัฒนาในลักษณะเดียวกันแต่

จะมีโครงสร้างและการใช้ทรัพยากรแตกต่างกันพอสมควร โดยมีเป้าหมายใหญ่เหมือนกันคือการทำให้มีการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็วมีคุณภาพอันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต พิกัด หรือ ปัญหาในการรักษาพยาบาลลดลง

สำหรับประเทศไทยได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกุศล โดยควบคู่กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่างๆ ดำเนินการโดยมูลนิธิป่อเต็กตึ๊งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล โดยที่บุคลากรไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมและถูกวิพากษ์วิจารณ์จากวงการแพทย์ว่าทำให้เกิดความพิการและสูญเสียมากกว่า

ได้มีความพยายามเริ่มต้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาเมื่อประมาณ 20 กว่าปีที่ผ่านมา โดยได้มีการประชุมปรึกษาหารือกันหลายครั้ง เพื่อจัดระบบการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ต่อมาได้จัดทำแผนร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพมหานครกับศูนย์ส่งกลับของกรมตำรวจ โดยพัฒนาเครือข่ายวิทยุสื่อสารร่วมระหว่างโรงพยาบาลซึ่งมีสังกัดต่างกัน มีระบบรถพยาบาลฉุกเฉินที่ใช้ของศูนย์ส่งกลับเป็นหน่วยงานหลักความร่วมมือดังกล่าวมีอุปสรรคตามมาก่อนข้างมาก เนื่องจากขาดความร่วมมือของโรงพยาบาลต่างๆ ด้วยกันเอง

ต่อมาภายหลังจากการปฏิวัติภายใต้การนำของ พลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลังรักษาพระนคร และจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 123 เพื่อบริการเหตุด่วนแก่ประชาชน ได้จัดให้มีหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินขึ้น มีจำนวนประมาณ 40 คัน ให้บริการประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ได้ให้บริการไปไม่นานก็ยุติลงด้วยเหตุผลทางอำนาจและการเมือง

กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมการแพทย์ รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลราชวิถีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2532 จำนวน 150 ล้านบาท ได้ทำการก่อสร้างอาคาร EMS แล้วเสร็จและเปิดดำเนินการบางส่วนในปี พ.ศ. 2536 ได้บรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้เริ่มมีการจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ. 2536 ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการให้การรักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ ต่อมา กรุงเทพมหานครโดยวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นเป็นทางการเมื่อเดือนธันวาคม 2537 ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ กรมการแพทย์ ได้เปิดศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีโดยรอบโรงพยาบาลราชวิถี

และต่อมากรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่บริการโดยจัดตั้งศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลเถลิงและศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีขึ้นในปีต่อมา และได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานครให้มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่ และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ โรงพยาบาลหลายแห่งต้องระดมเงินจากมูลนิธิของโรงพยาบาลและขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกระบบราชการ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุขให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้นแผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน กว่า 90 แห่งได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ

ส่วนช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น นโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนา จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้จำนวน 10 บาท ต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน (คาดว่าปีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงินประมาณ 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จทุกขั้นตอนในการพัฒนา ในระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นแล้วจะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบโดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากแหล่งเงินทุนต่างๆ ตามความเหมาะสม ในอัตรา 18 บาท ต่อหัวประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในแต่ละปีจะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ปีละ 1,200 ล้านบาท (อัตรา 18 บาทต่อหัวประชากร ได้มาจากการศึกษาของคณะวิจัยในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2543) และในปี พ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแผนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งในด้านมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดย

ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ได้บูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้งบประมาณในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปีอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายผลเปิดโครงการต้นแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใน 15 จังหวัดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลมีนโยบายให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย และในวันที่ 21 ธันวาคม 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้เห็นชอบผ่านพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและ ในปี 2551 ได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 ในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 6 มีนาคม 2551 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2.1.2 ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไป แบ่งเป็นระยะดังนี้

2.1.2.1 การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การจัดให้มี ผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้า นาที่ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2.1.2.2 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

2.1.2.3 การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)
หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced Life Support กับระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

2.1.2.4 การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care)
หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่

เกิดเหตุ นานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

2.1.2.5 การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การตามส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

2.1.2.6 การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาสภาพผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ มิฉะนั้นแล้ว เวลาที่เสียไป กับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น (สมชาย กาญจนสุด, 2552 : 3)

2.1.3 องค์ประกอบหลักการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ ดังนี้

2.1.3.1 ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้ง การเรียก การถ่ายทอดข้อมูล และการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสถาบันรับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำได้ง่าย เช่น 191 หรือ 1669 เป็นต้น โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อไปยังศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ ประจําการและมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจําการ หรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2.1.3.2 ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการและระบบควบคุมทางการแพทย์ โรงพยาบาลที่จะนำส่ง ต้องมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันที และมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้

ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลล์ลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

2.1.3.3 บุคลากรและการอบรม ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในระบบว่าจะกำหนดให้ใคร ทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่า ในประเทศไทยในระยะเริ่มแรก ได้มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

1) แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดมาตรฐานระบบและการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

2) พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอน และพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชน เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการ การลำเลียงขนย้าย การสื่อสาร และ ACLS

3) เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้ไม่มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-Basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT-basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่า เจ้าหน้าที่กู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ซึ่งผลิตรุ่นละ 60 คน ใน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลหลายแห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขึ้นบนโคในสายวิชาชีพนี้ให้มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยที่เรียกว่าเวชกรฉุกเฉินขั้นสูง หรือ EMT-paramedic ที่เทียบเท่าปริญญาตรี และมีใบประกอบโรคศิลปะได้ สามารถให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับ ALS ได้

4) ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมี

ความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชั่วโมง เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ของกรมการแพทย์) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบที่มีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

5) ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่า

ผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตนเพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 วัน

2.1.3.4 กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่างๆ อยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินรองรับ

2.1.3.5 การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นภาษีเหมาจ่าย ภาษี บุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นและให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงานงบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

2.1.3.6 การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและเหมาะสม เกิดคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2.1.3.7 การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริม

ความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ่อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

2.1.3.8 มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ต้องมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในขณะเดียวกันคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเองเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

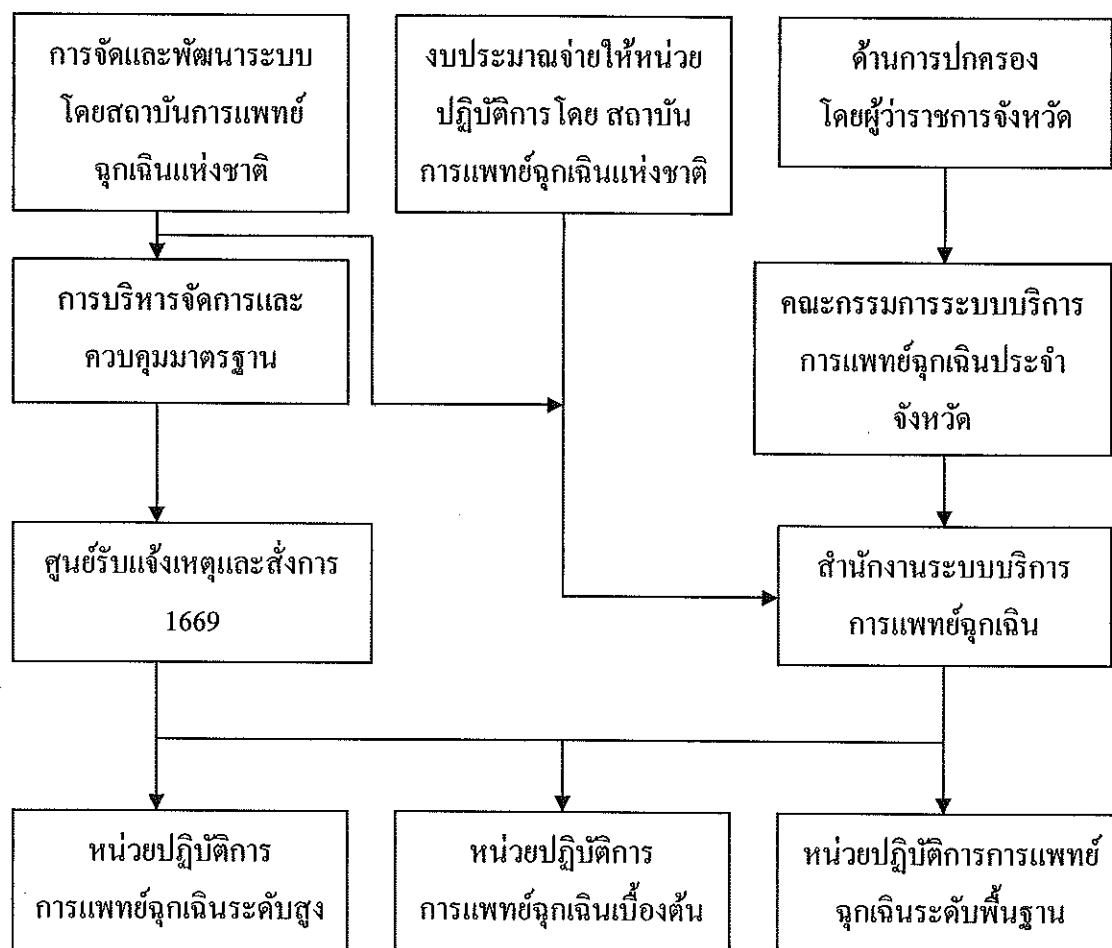
2.1.3.9 ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศต้องมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น

2.1.3.10 การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ต้องมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

2.1.3.11 การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

2.1.3.12 การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

2.1.4 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบัน



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบัน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551)

2.1.4.1 คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยข้าราชการในหน่วยงานต่างๆ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนในการจัดตั้ง ควบคุม กำกับดูแล การปฏิบัติงาน การตรวจสอบคุณภาพ การติดตามประเมินผล การกำหนดมาตรฐานต่างๆ การจัดแบ่งพื้นที่บริการ การจ่ายค่าตอบแทน และแต่งตั้งหัวหน้าสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ส่วนหลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้อำนาจกับหลักเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดขึ้น

2.1.4.2 สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด เป็นหน่วยงานหนึ่ง ทำหน้าที่รับนโยบายจากคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด มาจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดให้สามารถให้บริการได้ดังนี้ คือ

- 1) จัดหาหน่วยรถพยาบาลและจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการ (Zoning) ให้หน่วยรถพยาบาลที่ตั้งขึ้นสามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด
- 2) กำหนดโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่บริการ ในปัจจุบันกำหนดให้นำผู้ป่วยส่งเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น
- 3) ตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของหน่วยรถพยาบาล ตามมาตรฐานกำหนดโดยคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด ควบคุม กำกับ และพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด
- 4) จัดสรรงบประมาณการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย งบประมาณการดำเนินงาน ค่าตอบแทนของหน่วยรถพยาบาล และการพัฒนางาน
- 5) รวบรวมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

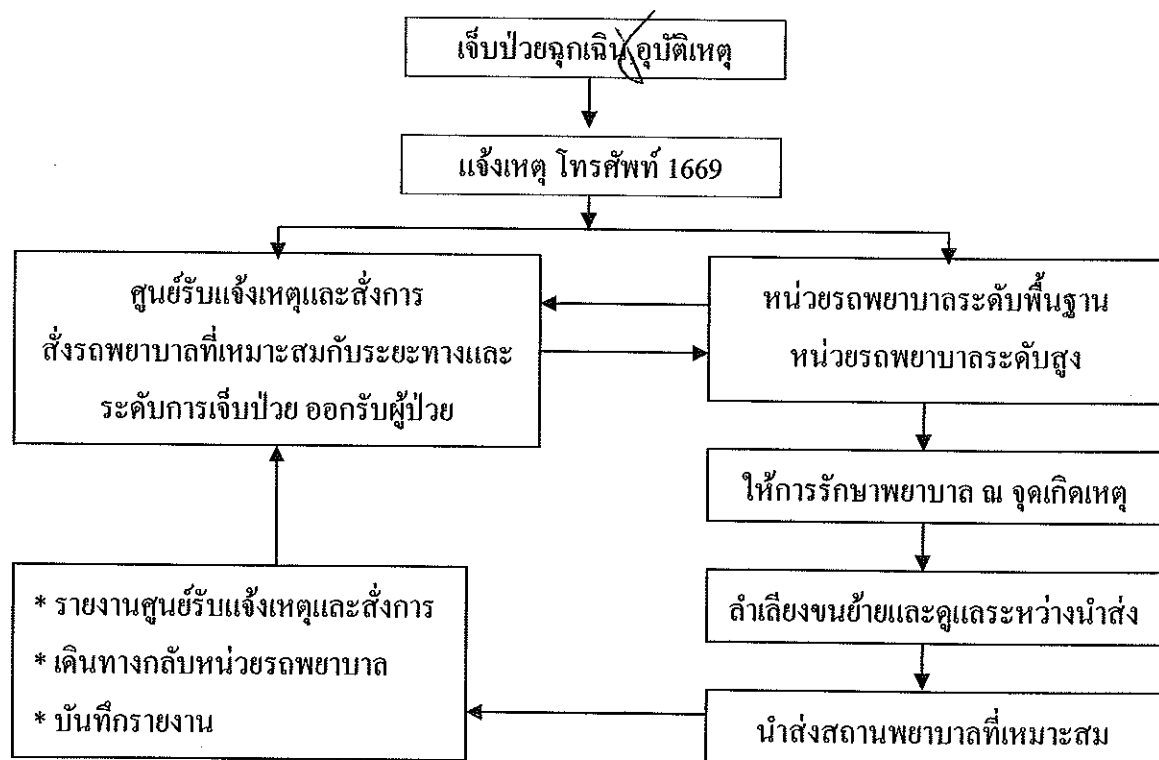
2.1.4.3 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch center) ประจำจังหวัด อยู่ในควบคุมกำกับและใช้งบประมาณโดยตรงของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้จ่ายค่าซื้อบริการ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานีเป็น จังหวัดเดียวในประเทศไทยที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนจังหวัดอื่นๆ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นผู้ดำเนินงาน มีเจ้าหน้าที่ประจำ 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่วิทยุสื่อสาร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ผู้ควบคุมระบบที่อยู่ประจำศูนย์ฯ หรือติดต่อได้ทันที ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเครือข่ายระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ ภาระงานประกอบด้วย รับแจ้งเหตุสั่งการให้หน่วยรถพยาบาลออกปฏิบัติงาน ติดต่อประสานงานกับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการกิจของหน่วยรถพยาบาล ให้คำปรึกษาทางการแพทย์แก่หน่วยรถพยาบาลและประชาชน บันทึกรายงานข้อมูลการปฏิบัติงานทางอินเทอร์เน็ตในแต่ละเวร และรวบรวมรายงานจากหน่วยรถพยาบาลส่งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดทุกเดือน

2.1.4.4 หน่วยรถพยาบาลหรือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Ambulance Station) เป็นหน่วยราชการหรือนิติบุคคลที่สมัครเป็นหน่วยรถพยาบาลกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเขต Zoning ของตนเองตลอด 24 ชั่วโมง ตามคำสั่งของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยและรถพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดกำหนดขึ้น หน่วยรถพยาบาลจะแบ่งออกเป็นสามระดับคือ

1) หน่วยรพพยาบาลระดับต้น (First Responder: FR) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับอาสาสมัครกู้ภัย รพพยาบาลมีอุปกรณ์ระดับต้นและสามารถให้บริการการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติการจำนวน 250 บาท/ครั้ง

2) หน่วยรพพยาบาลระดับพื้นฐาน (Basic life Support: BLS) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Technician-basic: EMT-B) ใช้รพพยาบาลที่มีอุปกรณ์ระดับพื้นฐาน ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์/พยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติราชการ 500 บาท/ครั้ง

3) หน่วยรพพยาบาลระดับสูง (Advance life Support: ALS) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับแพทย์ พยาบาล เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (Emergency Medical Technician-intermediate: EMT-I) รพพยาบาลมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตระดับสูง สามารถให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในระยะวิกฤต ให้การช่วยเหลือในระดับสูง อยู่ในความควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ



ภาพที่ 2.2 การทำงานระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

แนวทางการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 6 ขั้นตอน
ดังภาพ คือ

- (1) เมื่อมีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือได้ทางโทรศัพท์ให้รถพยาบาลออกมารับผู้ป่วยได้ทันที
 - (2) การแจ้งเหตุ ใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เบอร์เดียวทั่วประเทศ และใช้ได้กับโทรศัพท์ทุกชนิด เป็นสายด่วนเรียกไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของแต่ละจังหวัด
 - (3) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ สอบถามเหตุการณ์ คัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตรวจสอบเขตพื้นที่เกิดเหตุและสั่งการให้หน่วยรถพยาบาลที่เหมาะสมออกมารับผู้ป่วย
 - (4) หน่วยรถพยาบาลจะต้องถึงที่เกิดเหตุให้เร็วที่สุดและใช้เวลาในที่เกิดเหตุให้น้อยที่สุด ให้ทำเฉพาะการช่วยเหลือฉุกเฉินเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตเท่าที่จำเป็นก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเท่านั้น
 - (5) การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาล ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะเป็นผู้ตัดสินใจและประสานงานกับโรงพยาบาลที่สั่งให้รถพยาบาลนำผู้ป่วยไปส่ง โดยมีหลักการเลือกจะต้องเป็นโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยได้ดีที่สุดและประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกร เช่น ตำรวจ เทศบาล เป็นต้น
 - (6) การดูแลและนำส่งในรถพยาบาล เจ้าหน้าที่ในรถพยาบาลต้องให้การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่มีการบาดเจ็บเพิ่มเติม จนกระทั่งส่งมอบผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
- กล่าวโดยสรุปได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง หรือกล่าวได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพ และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี และการนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ มีการควบคุมทางการแพทย์ มีการจัดหน่วยปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่ได้จัดให้มีการแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในเมือง นอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินงานได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะเกิดผลที่คุ้มค่าและสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ซึ่งมีการดำเนินการในต่างประเทศมานานกว่าร้อยปีแล้ว สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการดำเนินงานในลักษณะสังคมสงเคราะห์โดยเอกชน ส่วนภาครัฐมีการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในลักษณะของโครงการนำร่องใน พ.ศ. 2547 และออกเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาครอบคลุมทุกจังหวัด เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2551 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งคำถามวิจัยว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติในเขตตรวจราชการที่ 13

2.2 การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้การจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในต่างประเทศ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ประเทศ ซึ่งได้แก่ประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ และ ปากีสถาน ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละประเทศดังนี้

2.2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การเกิดขึ้นในการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลมาจากสงครามกลางเมืองเมื่อ ค.ศ. 1861 โดยได้มีการจัดการขนส่งผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ใช้ม้าลากคนออกจากสนามรบ จากนั้น ค.ศ. 1865-1950 ได้มีการบริการของรถพยาบาลฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเมือง ยกเว้นในชนบทมีการพัฒนาเป็นอย่างเชื่องช้า ใน ค.ศ. 1960 ได้มีเริ่มการบริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลโดยวิธีที่เรียกว่า Biotelemetry ให้บุคลากรที่มีความรู้ดีในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เรียกว่า Paramedic ที่สามารถช่วยเหลือ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์

การเปลี่ยนแปลงการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้นเริ่มเมื่อ ค.ศ. 1960 กล่าวคือมีการจัดการเกี่ยวกับการผลิตคนที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เรียกว่า Paramedic ที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงนั้นมาจากการพัฒนาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ส่งผลให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคติดต่อลดลง ประกอบกับช่วงนั้นมีการเติบโตจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว สภาพสังคมกลับเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ประกอบกับ การเปลี่ยนแปลงของประชากรในอเมริกาเริ่มมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น วิถีชีวิตประชาชนเปลี่ยนแปลง มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุสูงขึ้น การตายฉุกเฉินด้วยโรคหัวใจสูงขึ้น จึงเกิดแรงผลักดันจากสังคม (Shah, 2006: 414-432) ทำให้เริ่มมีการจัดการด้านกฎหมายในปี ค.ศ. 1973 ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินนับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งตาม

กฎหมายนี้ ระหว่างนี้ได้มีการออกกฎหมายอยู่ตลอด ซึ่งพบว่ากฎหมายที่มีความสำคัญต่อระบบมากที่สุดคือกฎหมายที่เป็นสิทธิของประชาชนที่เรียกว่า Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA), Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ซึ่งสามารถคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายมิให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นโดยยังอยู่ในภาวะอันตราย (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 21) หลังจากการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันจึงได้มีการประเมินผลงานตามแผนงานที่กำหนดขึ้น และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นเด็กมากขึ้น

ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) FR (Fire Engine Ladder Truck) มีความสามารถเท่าหน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) ส่วนใหญ่พบว่าหน่วยปฏิบัติการที่เป็นของรัฐมักจะเป็นศูนย์ระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีการจัดทำโครงการ Health 2000 ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนในด้านการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยบุคคลที่ทำหน้าที่นี้เป็น Bystander

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกา นั้นมี 2 ส่วนคือ

2.2.2.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่ (อดิศักดิ์

ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 23-24 ; วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549)

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในภาครัฐระดับรัฐ (State) มีองค์กรที่รับผิดชอบคือกองฉุกเฉิน กรมการขนส่ง (EMS Division of Department Transportation) ซึ่งแต่ละรัฐจะรับผิดชอบระบบงานของตนเอง มีสถาบันฝึกอบรมที่เป็นเฉพาะทางด้านการบริการก่อนนำส่งสถานพยาบาลและจะไม่มีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ระดับปฏิบัติการมี Fire Rescue & EMS Station ตั้งอยู่ที่ Fire Department ลักษณะการงานเป็น Fire-based EMS สถานพยาบาลและเอกชนที่ทำหน้าที่ทั้งการให้บริการและการฝึกอบรมอาสาสมัครและประชาชน ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการระดับพื้นฐานของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นมาจากการเป็นนักดับเพลิงและกู้ชีพก่อน (Pittsford Volunteer Ambulance, 2006) ผู้ที่สอนจะเป็น EMT-M ในหน่วยบริการนั้นเป็นผู้สอนให้แก่อาสาสมัคร นักเรียนในโรงเรียน นอกเหนือจากนี้ยังมีมหาวิทยาลัยในรัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบริการอีกด้วย (University of North Dakota, 1999) องค์กรที่มีความสำคัญที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินคือ องค์กรอาสาสมัครพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของการจัดบริการในสหรัฐมีองค์กรเหล่านี้ที่ปฏิบัติงาน และ

กาชาดสหรัฐอเมริกาที่มีการจัดบริการด้านการศึกษาในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน(American Red Cross, 2006) ดังนั้นในการบริหารงานทั้งด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ด้านเทคโนโลยีและการจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ จึงขึ้นอยู่กับรัฐนั้นและองค์กรที่รับผิดชอบ ซึ่งก็พบว่าในการวางแผนนั้นจะใช้การวางแผนกลยุทธ์ และมีการควบคุมกำกับประเมินผล ซึ่งตามหลักฐานปรากฏให้เห็นตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ที่ ได้มีกฎหมายในการจัดทำแผนงานประเมินผล ซึ่งพบว่า หน่วยงานบริการหลายแห่งมีการดำเนินงานดังกล่าว ตัวอย่างเช่น รายงานการประเมินผลกระทบของการบริการฉุกเฉินของศูนย์บริการทางการแพทย์ ซานโฮเซ (San Jose Medical Center) ที่จัดทำ โดยจังหวัดซานตา คลารา รัฐแคลิฟอร์เนีย (Santa clara County, 2004) สำหรับการควบคุมการทำงานนั้นได้มีการกำหนดให้บุคลากรที่เข้ารับการอบรมต้อง Refresher Course ทุก 1-2 ปี ตามที่กำหนดของแต่ละรัฐ เช่น EMT-B 40 ชั่วโมง EMT-P 80 ชั่วโมง ACLS ทุกปี เป็นต้น

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ สหรัฐเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของแองโกลอเมริกัน ดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษ บุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไปซึ่งได้แก่

บุคลากรพิเศษ กลุ่มพารามedikและเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technicians: EMTs) ปัจจุบันมี National Education and Practice Blueprint ได้กำหนดระดับต่างๆ ของ ผู้ให้บริการ (providers) ไว้ 4 ระดับคือ: First Responder, EMT-Basic, EMT-Intermediate, and EMT-Paramedic สำหรับ First Responder ซึ่งบุคคลที่ปฏิบัติงานหน้าที่ใด หน้าที่หนึ่งที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และสะดวกต่อการติดตามตัวเพื่อเข้ามาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อนที่หน่วยฉุกเฉินจะไปถึงเช่น ครู ตำรวจ พนักงานผจญเพลิง เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยชุมชนอื่นๆ เป็นต้น ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดบทบาทของ First Responder คือ ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนอื่นๆในที่เกิดเหตุ ประเมินผู้ป่วยต่อจากผู้ประสบเหตุที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น และค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เก็บข้อมูล บันทึกการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ส่งต่อการดูแลให้กับบุคลากรฉุกเฉินในระบบต่อไป 2) กลุ่มของเจ้าหน้าที่สื่อสารด้านความปลอดภัย (Public Safety Communicators) และเจ้าหน้าที่สื่อสารในการรับแจ้งเหตุและศูนย์สั่งการที่สามารถคำแนะนำในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ (Emergency Medical Dispatchers: EMD)

สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิมพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse) มักปฏิบัติงานในฐานะของ EMT ระดับใดระดับหนึ่งในงานการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล หรือปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลฉุกเฉินในรถพยาบาลผู้ป่วยหนัก(Mobile Intensive Care Unit) หรือปฏิบัติงานในหน่วยการขนส่งทางอากาศ,แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency

Physician) หน้าที่หลักของแพทย์คือปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินและให้การปรึกษากับหน่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล มีแพทย์อีกหลายสาขาที่มีบทบาทในงานบริการภาวะฉุกเฉิน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practitioners) กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์โรคหัวใจและอื่นๆ

จากความแตกต่างของบุคลากรที่มีในการให้บริการ ดังนั้นวุฒิที่บัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree สำหรับหลักสูตรของ EMT-I นั้นจะมีหลากหลายขึ้นกับแต่ละรัฐ

กลุ่มอาสาสมัคร ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะประกอบไปด้วย First Responders ซึ่งมีรายละเอียดในหน้าที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น และ Bystanders คือบุคคลทั่วไป ซึ่งนับว่ามีความสำคัญมากถ้าได้รับการอบรมให้มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรอเวลาที่รถฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุ

การจัดการอบรมประชาชน ได้มีการสอนให้ทั้งผู้ใหญ่และเด็กรู้จักเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินนี้และสามารถโทรได้ รวมทั้งสอนให้รู้ว่าควรใช้เพียงกรณีฉุกเฉินเท่านั้น การติดต่อสถานีตำรวจในกรณีไม่ฉุกเฉินให้ใช้เบอร์โทรศัพท์ธรรมดา สอนให้ประชาชนคิดเบอร์โทรศัพท์ไว้ตามที่ต่างๆทั้งในบ้าน และที่ทำงาน ประชาชนที่แจ้งเหตุถูกสอนให้สงบสติอารมณ์และรู้วิธีการแจ้งเหตุที่ถูกต้องรวมทั้งให้รู้วิธีการปฐมพยาบาลระหว่างรอหน่วยฉุกเฉิน สำหรับกรณีกินหรือสัมผัสสารพิษ ประชาชนถูกสอนให้รู้ว่าสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ด้วยตนเองเพียงใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุไปยังศูนย์พิษวิทยา

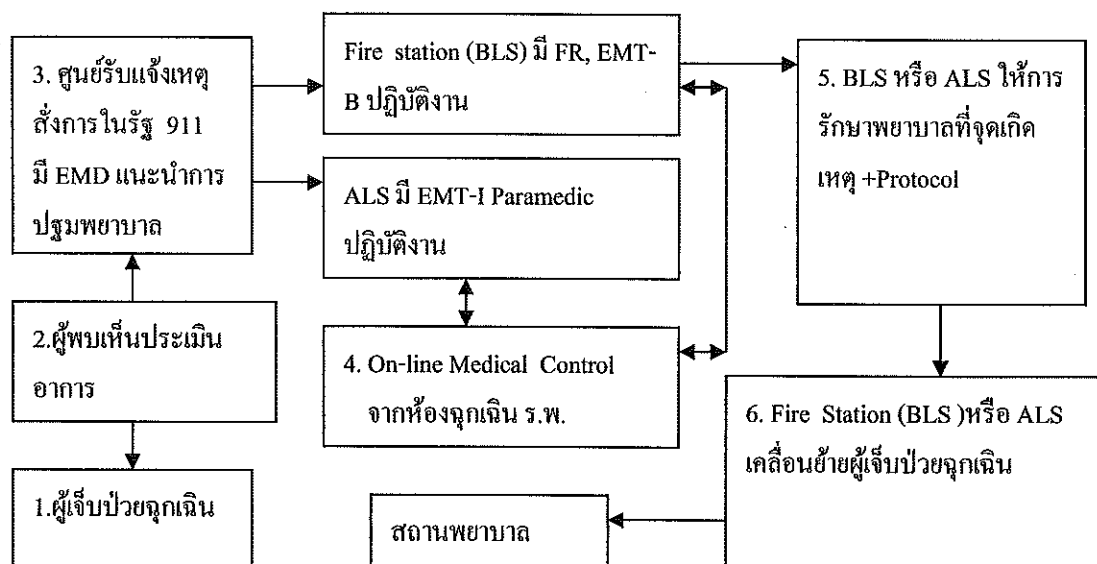
การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ในสหรัฐอเมริกาสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 911 จะเป็นหมายเลขที่ใช้ทั้งรัฐบาลและเอกชน ซึ่งได้ดำเนินงานมาเกือบ 30 ปีมาแล้ว ปัจจุบัน 9-1-1 ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 25 ของประเทศและครอบคลุมประชากรร้อยละ 78 ที่ศูนย์ 9-1-1 โทรศัพท์ที่เข้ามาจะปรากฏหมายเลขอัตโนมัติ (Automatic Number Identity (ANI)) และบอกที่อยู่ของผู้ป่วยตามที่แจ้งไว้ได้ทันที (Automatic Location Identity (ALI) ระบบนี้เรียกว่า Enhanced 9-1-1 หรือ 9-1-1E อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรที่ไม่มีโทรศัพท์ ซึ่งในบางรัฐมีถึงร้อยละ 12 ยังคงไม่สามารถเข้าสู่ระบบฉุกเฉินได้ทันที โทรศัพท์สาธารณะโดยไม่ต้องหยอดเหรียญหรือเสียบเหรียญใดๆ เบอร์โทรศัพท์เดียวกันสามารถต่อขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานต่างๆ เช่น ตำรวจ สถานีดับเพลิง หน่วยฉุกเฉิน ระบบการควบคุมทางการแพทย์นั้นมีทั้ง การควบคุมทางการแพทย์ทางตรง (On-line Medical หรือ Direct Medical Control) โดยการปฏิบัติงานที่อยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การสั่งการของแพทย์ในห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลในพื้นที่ สำหรับการควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม (Off-line Medical หรือ In-direct Medical Control) ได้ใช้การจัดทำ โปรโตคอล (Protocol) ในการปฏิบัติงาน

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์และพาหนะ การจัดหาด้านระบบการเงินใช้งบประมาณมาจากทั้งภาครัฐและเอกชน ในระบบที่งบประมาณมาจากภาษีอย่างเดียวนั้น บางพื้นที่อาจเก็บสูง \$20 ต่อคนต่อปี ในบางแห่งงบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐเฉพาะบางเรื่อง เช่น ภาษีรถยนต์ ค่าธรรมเนียมใบขับขี่รถยนต์ การละเมิดกฎจราจร และภาษีอื่นๆ ในโปรแกรมที่มีการเรียกเก็บเงินเมื่อมีการใช้บริการ จะมีแหล่งเงินมาได้จาก 5 แหล่งคือ Medicare, Medicaid, บริษัทประกันเอกชน การจ่ายเองของผู้ป่วย และ การทำสัญญาพิเศษสำหรับบริการ (Special Service Contracts) อุปกรณ์มาตรฐานที่กำหนดตามกฎหมายของสหรัฐ ซึ่งจะมีทั้งรถ วัสดุครุภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ พาหนะที่ใช้มีทั้ง รถยนต์ เรือ และเฮลิคอปเตอร์

2.2.2.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) ป้อนข้อมูลเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ EMD, FR, EMTs, Paramedics แพทย์ คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์ทางตรงและทางอ้อม การจัดหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่ง ทั้งนี้จะมีกิจกรรมสนับสนุน(Supportive Activities) ที่ได้กล่าวมาข้างต้นเชื่อมต่อเป็นส่วนสนับสนุน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำป้อนข้อมูลเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล เวลาที่ใช้ในการออกปฏิบัติงาน (Response Time) ในเขตเมือง ค่าเฉลี่ย 7 นาที (Response Time ในเขตชนบท ค่าเฉลี่ย 13 นาที เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (On Scene Time) เขตเมือง ค่าเฉลี่ย 18.7 นาที เวลาที่ใช้ในการออกปฏิบัติงานในเขตชนบท ค่าเฉลี่ย 21.7 นาที (Grossman et al., 1997)

2.2.2 ประเทศญี่ปุ่น

การเกิดขึ้นของการจัดการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้น เป็นการจัดการการนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นครั้งแรกที่เมือง โยโกฮามา (Yokohama) ใน ค.ศ. 1933 ภายใต้การดูแลของหน่วยดับเพลิงท้องถิ่น หลังจากนั้นมีการจัดการโดยการใช้กฎหมายใน ค.ศ. 1947 โดยรัฐธรรมนูญได้ออกกฎหมายให้อำนาจท้องถิ่นในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล แต่มีการปฏิบัติตามกฎหมายบางเมืองเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลง ในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ด้วยระบบการแพทย์สมัยใหม่เริ่มขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1960 โดยกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ประกอบกับช่วงนั้นการเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นไปอย่างรวดเร็ว พร้อมกับปัญหาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการตายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงได้มีการปรับปรุงกฎหมายอีกครั้ง ใน ค.ศ. 1964 โดยให้การดูแลทั้งในเรื่องอุบัติเหตุและภัยธรรมชาติ หลังจากมีการวางแผนการบริการโดยเริ่มเฉพาะวันหยุดและกลางคืน จนกระทั่ง ค.ศ. 1977 จึงได้มีการออกกฎหมายในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบที่ให้การดูแลผู้ที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีการกำหนดวันฉุกเฉินประจำปี ช่วงนั้นจำนวนผู้ที่บาดเจ็บลดลงแต่จำนวนผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคไม่ติดต่อมากขึ้นจึงมีการออกกฎหมายในการบริการกลุ่มนี้ ค.ศ. 1982 ได้ประกาศให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บต้องได้รับการนำส่งจากรถพยาบาลฉุกเฉินด้วย ค.ศ. 1991 ได้มีกฎหมายในการคุ้มครองคนที่ให้บริการมีกฎหมายคุ้มครองผู้ที่ปฏิบัติ ELSTs และช่วงเดียวกันนั้นจนถึงปัจจุบันได้เริ่มมีโครงการผลิต เวกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ จากนั้นได้มีการเริ่มการเพิ่มหน้าที่ในการทำงาน และกำหนดทิศทางในการดูแลที่เน้นคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Japan International Cooperation Association., 2006; Tanigawa & Tanaka, 2006: 365-366)

ปัจจุบันญี่ปุ่นได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในการรักษาพยาบาล ที่เน้นคุณภาพของการบริการและการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินเช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในการศึกษานี้จะกล่าวเฉพาะการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) หน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) ส่วนใหญ่พบว่าหน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (BLS) เป็นหน้าที่ของ

เทศบาล ส่วนหน่วยบริการระดับสูงในปัจจุบันมีโครงการนำร่องใช้ตัวแบบการบริการของฝรั่งเศส-เยอรมัน ที่ใช้เฉพาะแพทย์และพยาบาลในการปฏิบัติงาน ในรถฉุกเฉิน ICU ที่เรียกว่า “Doctor car” และเฮลิคอปเตอร์ที่เรียกว่า “Doctor Heli” ซึ่งจะมีการดำเนินงานในเมืองฮอคโคโด นาฮาโน ชิเบะ คานากาวะ ชิฟูกะ อิชิ วาคายา โอคายามา และฟูกูโอกะ สำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีโปรแกรมการสอนนี้จัดโดยกองบัญชาการความมั่นคงทางชาติญี่ปุ่นและกลุ่มอาสาสมัคร โดยทำการอบรมภายใต้หลักสูตรการช่วยชีวิตที่โรงเรียน และสำหรับประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะในประเทศญี่ปุ่นเกิดภัยธรรมชาติบ่อยครั้งนั่นเอง (Tanigawa & Tanaka, 2006: 365-366)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของญี่ปุ่น นั้นมี 2 ส่วนคือ (Japan International Cooperation Association, 2006; Tanigawa & Tanaka, 2006: 366-339; วิชาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549)

2.2.2.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมมาตรฐานการฝึกอบรมระดับชาติที่เรียกว่า National Standard training มีคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการควบคุมทางการแพทย์ที่เรียกว่า Medical Control Advisory Board ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาด้านการศึกษาและทักษะต่างๆ ที่เหมาะสมกับการศึกษาในทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่ในการเตือนภัยระดับชาติ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อการควบคุมสั่งการทางการแพทย์และข้อมูลข่าวสารด้านภัยพิบัติไปยังระดับปฏิบัติการและประเทศอื่นในโลกได้อีก 38 ประเทศ สำหรับระดับปฏิบัติการกองดับเพลิงของเทศบาลในแต่ละจังหวัดเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำส่งผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและให้การช่วยเหลือขั้นต้น (BLS) ลักษณะการงานเป็น Fire-Based EMS มีหน่วยงานของรัฐคือเทศบาลของแต่ละจังหวัดเป็นผู้จัดการศึกษาสำหรับนักเรียน ประชาชน และBystander นอกเหนือจากมีมหาวิทยาลัยในรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร ปัจจุบันมี วิทยาลัย 13 แห่ง มหาวิทยาลัย 4 แห่ง และศูนย์ฝึกอบรม : ELSTA มีวิทยาลัยเอกชนผลิต EMT แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในความควบคุมของคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการควบคุมทางการแพทย์ มีองค์กรอาสาสมัครที่มีบทบาทเด่นอีกคืออาสาชาติญี่ปุ่นและอาสาสมัครอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ในการจัดการศึกษาแก่พลเมืองในประเทศ

ในการวางแผนนั้น ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนงาน การกำกับและควบคุมอย่างมาก ดังเช่น การวางแผนงานตั้งแต่ ค.ศ. 1984 ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวางแผนในการประเมินผลผู้ที่ให้บริการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน การวางแผนนิเทศงานและการประเมินผล โปรแกรมการศึกษา และการประเมินการบันทึกการปฏิบัติงานของ ELSTs การประเมินผลเพื่อการตัดสินใจปรับปรุงคุณภาพของ ELSTs เป็นต้น การควบคุมคุณภาพ

นั้นผู้ที่ปฏิบัติงานต้อง License การปฏิบัติงาน EMS (ไม่มี Re-License) มีการกำหนดให้บุคลากรทุกคนเข้าอบรมก่อนการปฏิบัติงาน 160 ชั่วโมง และ Retraining ขณะปฏิบัติงาน 128 ชั่วโมง ทุก 2 ปี แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงาน EMS ต้อง Retraining ACLS กับสถาบัน JATEC

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาด้วยการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่สามารถดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกลุ่มวิชาชีพ อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป หน้าที่หลักของบุคลากรเหล่านี้คือช่วยชีวิตผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งจะมีความสามารถที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของแองโกลอเมริกันดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษที่ให้บริการและบุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในปัจจุบันพบว่าการนำตัวแบบของฝรั่งเศสเยอรมันมาใช้ ซึ่งมักพบในเมืองใหญ่ บุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่

บุคลากรพิเศษ Standard First Aids Class one: SFAC1 ซึ่งจะเทียบเท่ากับ EMT-I ในสหรัฐอเมริกา โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลท้องถิ่น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน สามารถทำ EKG ใส่หลอดเพื่อช่วยหายใจได้ และ Emergency Life Support technician: ELST หรือ EMTs ซึ่งจะเทียบเท่ากับ Paramedic ในสหรัฐอเมริกา โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลระดับชาติ ใช้เวลาเรียน 5 ปี หรือมีประสบการณ์อบรมมากกว่า 2,000 ชั่วโมงของ SFAC มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน สามารถทำ EKG ใส่หลอดเพื่อช่วยหายใจได้ ภายใต้ความควบคุมของแพทย์ ในกรณีที่เป็นสถาบันของเอกชนการเรียนเหมือนกันเพียงแต่มีความแตกต่างของจำนวนชั่วโมงอยู่ที่ 1,785 - 2,445 ชั่วโมง

สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิมจึงเป็นพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) หน้าที่สำหรับพยาบาลและแพทย์นั้น จะออกปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการ ALS ตามเมืองใหญ่ ที่ใช้ตัวแบบของฝรั่งเศสเยอรมัน

จากความแตกต่างของบุคลากรที่มีในการให้บริการ ดังนั้นวุฒิที่บัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree การเรียนเป็นระบบ On the Job Training (วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549)

กลุ่มอาสาสมัคร ประกอบไปด้วย First Aids Class one: FAC-1 บุคคลที่ปฏิบัติงานบุคลากรฉุกเฉินในระบบซึ่งจะเทียบเท่ากับ EMT-B โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลท้องถิ่น มีความสามารถ จากนั้นใช้เวลาในการอบรม 135 ชั่วโมง สามารถดูแลช่วยเหลือออกซิเจนทางปากได้ และ Bystanders ที่ใกล้ชิดผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งทางประเทศญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญในกลุ่มนี้มากที่สุด การประเมินผลการรอดชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากการช่วยเหลือของกลุ่มนี้สามารถช่วยชีวิตได้มากเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือนอกจากนี้ในงานเอ็กซ์โป 2005

ที่เมืองอิชิ (Aichi) Bystander ยังสามารถช่วยชีวิตผู้ที่หัวใจหยุดเต้นจำนวน 5 คนให้รอดพ้นจากความตายได้

การให้การศึกษาแก่สาธารณชนในกลุ่มประชาชนและกลุ่ม Bystander นี้ประเทศญี่ปุ่นได้ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการจัดการศึกษาไว้ในระบบและนอกระบบซึ่งได้นั้นกลุ่มเป้าหมายคือญาติของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยทำการอบรมภายใต้หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพชีวิตที่โรงเรียน

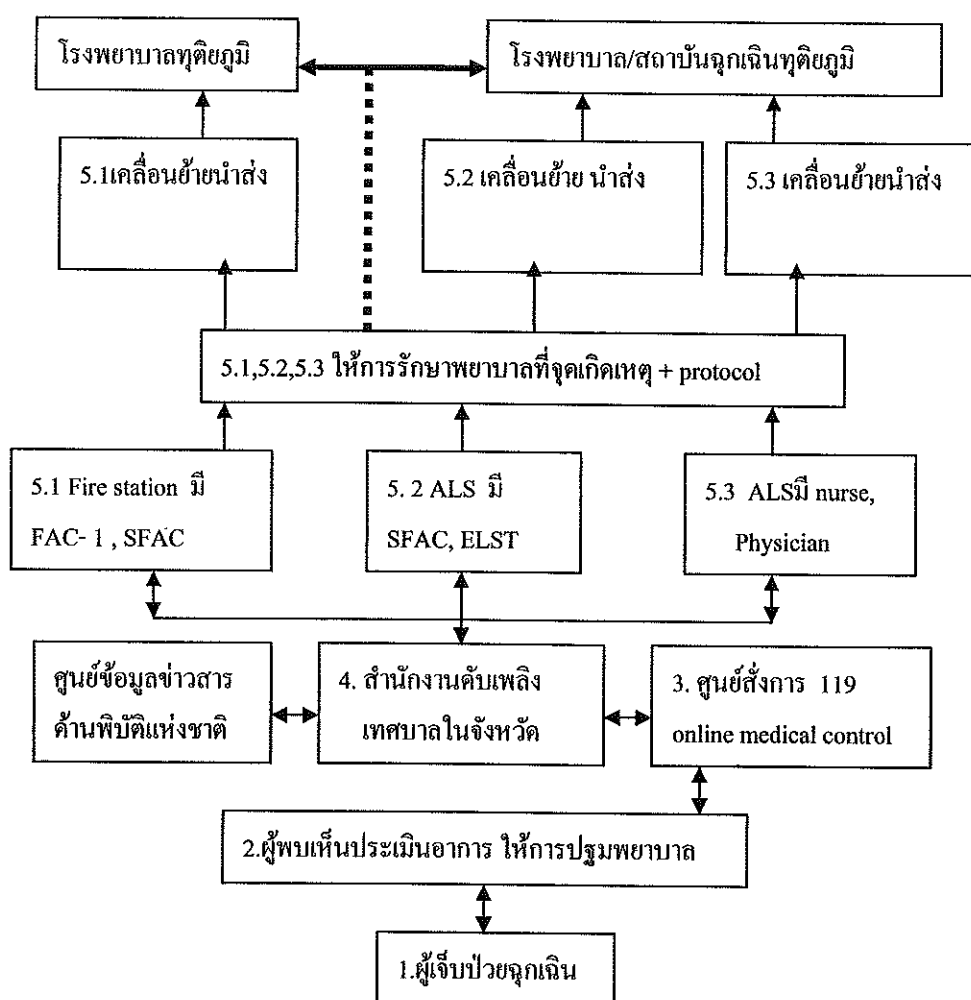
การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาการสื่อสารการแจ้งเหตุนั้นว่าญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ได้ใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินระบบเดียวคือ ซึ่งได้ดำเนินการใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1963 สำหรับระบบข้อมูลข่าวสารนี้เป็นระบบที่สามารถเชื่อมต่อไปยังศูนย์สั่งการของเทศบาลในแต่ละจังหวัดได้ทันที ทำให้ใช้ง่ายและสะดวกซึ่งอาจเป็นมีการตอบสนองต่อการปฏิบัติงานได้รวดเร็ว ลักษณะเด่นของระบบนี้คือระบบข้อมูลข่าวสารยังใช้ในการเตือนภัยทางธรรมชาติและระบบการแพทย์ที่สามารถเชื่อมเครือข่ายไปได้ทั่วโลกและเชื่อมต่อไปยังศูนย์สั่งการของเทศบาลทุกแห่งได้ ซึ่งได้มีการจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1977 เป็นต้นมา ระบบการควบคุมทางการแพทย์นั้นมีทั้ง การควบคุมทางการแพทย์ทางตรง (On-line Medical หรือ Direct Medical control) โดยการปฏิบัติงานที่อยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การสั่งการของแพทย์ซึ่งอยู่ที่ศูนย์สั่งการสำหรับการควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม (Off-line Medical หรือ In-Direct Medical Control) ในประเทศญี่ปุ่นมีการแบ่งเป็นอีก 2 กลุ่มคือ In-Advance Medical Control เช่นการพัฒนาโปรโตคอลของศูนย์สั่งการในการช่วยชีวิตทางโทรศัพท์ การพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการแยกผู้ป่วยในการนำส่งสถานพยาบาลเป็นต้น และ Ex-post-facto Medical Evaluation เช่นการประเมินผลการทำงานของ ELSTs การจัดทำกลยุทธ์สำหรับการปรับปรุงคุณภาพการศึกษาต่อเนื่องและโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤต การประเมินผลการตัดสินใจในคุณภาพของการดูแลสุขภาพในบุคลากรที่ช่วยชีวิตเป็นต้น

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐคือระบบประกันสุขภาพ ซึ่งได้จากรัฐบาลท้องถิ่น และในกลุ่มลูกจ้างและพนักงานบริษัทจะเป็น ระบบประกันสำหรับพนักงานในแต่ละบริษัท นอกเหนือจากนี้ยังมีการจัดทำ Protocols หลายชุดได้แก่ ชุดนำส่งเคลื่อนย้าย ชุดของเจ้าหน้าที่กองดับเพลิงที่ศูนย์สั่งการ ชุดความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่กองดับเพลิง เป็นต้น กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐ

2.2.2.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) ไปถึงนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ FAC-1, SFAC ELSTs แพทย์ พยาบาล คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุม การแพทย์ทางตรงและทางอ้อม การจัดหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถ แอมบูแลนซ์ เครื่องบิน เรือ ทั้งนี้จะมีกิจกรรมสนับสนุน(Supportive Activities) ที่ได้กล่าวมาข้างต้น เชื่อมต่อเป็นส่วนสนับสนุนกิจกรรมพื้นฐาน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึง โรงพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำไปถึงนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่ง สถานพยาบาลตามภาพที่ 2.4 ดังนี้



ภาพที่ 2.4 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศ ญี่ปุ่น

ผลของการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล (Japan International Cooperation Association., 2006; Tanigawa & Tanaka, 2006: 370) ในปี 2004 มีผู้ที่เรียกใช้บริการจำนวน 5.03 ล้านคน เฉลี่ยรับแจ้งเหตุส่งการจำนวน 605 คนต่อชั่วโมง จำนวนผู้นำส่งสถานพยาบาล 4.7 ล้านคน Response time เฉลี่ย 6.4 นาที

2.2.3 ประเทศออสเตรเลีย

การเกิดขึ้นของการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 100 ปีที่ผ่านมา ใน ค.ศ. 1892 โดยสมาคมบริการก่อนนำส่งสถานพยาบาลแห่งเซนต์จอห์น (St John Ambulance Association) ได้เริ่มให้ความสนใจในการอบรมปฐมพยาบาลแก่ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากนั้นไม่นานได้มีสถานีดำรงจนำรถม้าในการจัดการขนส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล ใน ค.ศ. 1904 มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครผู้ชายที่เรียกว่า The Perth Men's Division of the St John Ambulance Brigade ในรัฐออสเตรเลียตะวันตก หลังจากนั้นงานอาสาสมัครได้เป็นที่ยอมรับของชุมชนเป็นอย่างมาก ต่อมา ค.ศ. 1913 มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครผู้หญิงที่เรียกว่า The first Women's Division จากนั้น St John Ambulance จึงได้เริ่มมีการจัดการนำผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล โดยใช้รถยนต์และมอเตอร์ไซด์เป็นครั้งแรก การดำเนินงานของ St John Ambulance ในฐานะของมูลนิธิสาธารณประโยชน์ จึงได้รับการสนับสนุนจาก องค์กร Lotterywest รัฐบาลและอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป (St John Ambulance, 2004: 31)

การเปลี่ยนแปลงในการจัดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลที่เป็นระบบนั้นเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายทางการเมืองในสมัยของนายกรัฐมนตรี เจฟฟรีย์ เคนเนท (Jeffrey Kennett) ที่ให้ความสำคัญต่อการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม (privatization) ส่งผลต่อการนำหลักการทางเศรษฐศาสตร์และธุรกิจภาคเอกชนมาใช้ในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในขณะนั้นสร้างความสับสนต่อการทำงาน กล่าวคือวัฒนธรรมการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากความคุ้นเคยฉันทมิตรจึงเปลี่ยนเป็นการทำงานของผู้ที่ให้บริการฉุกเฉิน มีความไม่เข้าใจกันระหว่างวิชาชีพ มีความสับสนในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศ เพื่อความอยู่รอดขององค์กรจึงทำให้ออสเตรเลีย มีการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ค.ศ. 1990 ได้มีการกำหนดกฎหมาย Ambulance Service Act ให้รัฐบาลท้องถิ่น มีหน้าที่จัดหาและกำกับดูแลงานบริการรถพยาบาลฉุกเฉินแก่ประชาชน และระบบการให้บริการก่อนถึงสถานพยาบาล อีกทั้งยังมีจัดการด้านกฎหมายใน 2 ประเด็นคือการคุ้มครองคนที่ให้บริการพบว่ามีกฎหมายคุ้มครองผู้ให้บริการ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 41 ; วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549 ; Omeara, 2002: 1, 27-28)

ปัจจุบันออสเตรเลียได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งในการศึกษานี้จะกล่าวเฉพาะการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีหน่วยปฏิบัติงานจะมีอยู่ 3 ระดับคือ 1) First responder System เป็นหน่วยชุมชนดำเนินการดูแลกันโดยผู้ที่ดูแลนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมที่จัดไว้ 2) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) หน่วยนี้จะปฏิบัติงานโดย CERT (Community Emergency Response Team) และต้องรองานกว่าหน่วยปฏิบัติงานขั้นสูงมาถึงเพื่อให้การรักษาและนำส่งไปยังสถานพยาบาลต่อไป 3) หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support หรือ ALS) หน่วยปฏิบัติการที่เป็นทั้งของรัฐและเอกชนจะมีการจัดบริการเหมือนกันเพียงแต่มีความแตกต่างในชื่อของแต่ละหน่วยซึ่งแต่ละรัฐจะมีการจัดที่แตกต่างกัน ในบางรัฐจะมีบริการด้วยการบริการทางภาคพื้นดินและทางอากาศ หรือแม้แต่ในพื้นที่ที่มีหิมะ ในด้านการป้องกันมี โครงการป้องกันการบาดเจ็บของชุมชน (RAV, 2005: 24, 31) ในการศึกษาของโอมีรา พบว่าการจัดบริการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลในชนบทของรัฐวิกตอเรียนั้นได้ทำให้เกิดรูปแบบในการดูแลดังกล่าว 3 ตัวแบบคือ (Omeara, 2002: 9-10, 37)

(1) Community Model เป็นรูปแบบชุมชนควบคุมตนเองและพึ่งตนเองที่มีคุณค่าสูง ในโมเดลนี้จะมุ่งให้ความสนใจกับความพอใจของพอใจและความยอมรับของชุมชนในท้องถิ่น อย่างไรก็ตามมันอาจจะไม่ยั่งยืนเพราะแยกตัวจากกลไกการสนับสนุนของวิชาชีพ

(2) Sufficing Model เป็นรูปแบบบริการสาธารณะที่ดีกับประชาชนในทุกพื้นที่โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย สภาพทางภูมิศาสตร์ เพศ หรือเชื้อชาติ ลักษณะนี้มักมีความขัดแย้งภายในด้านทรัพยากรที่ใช้

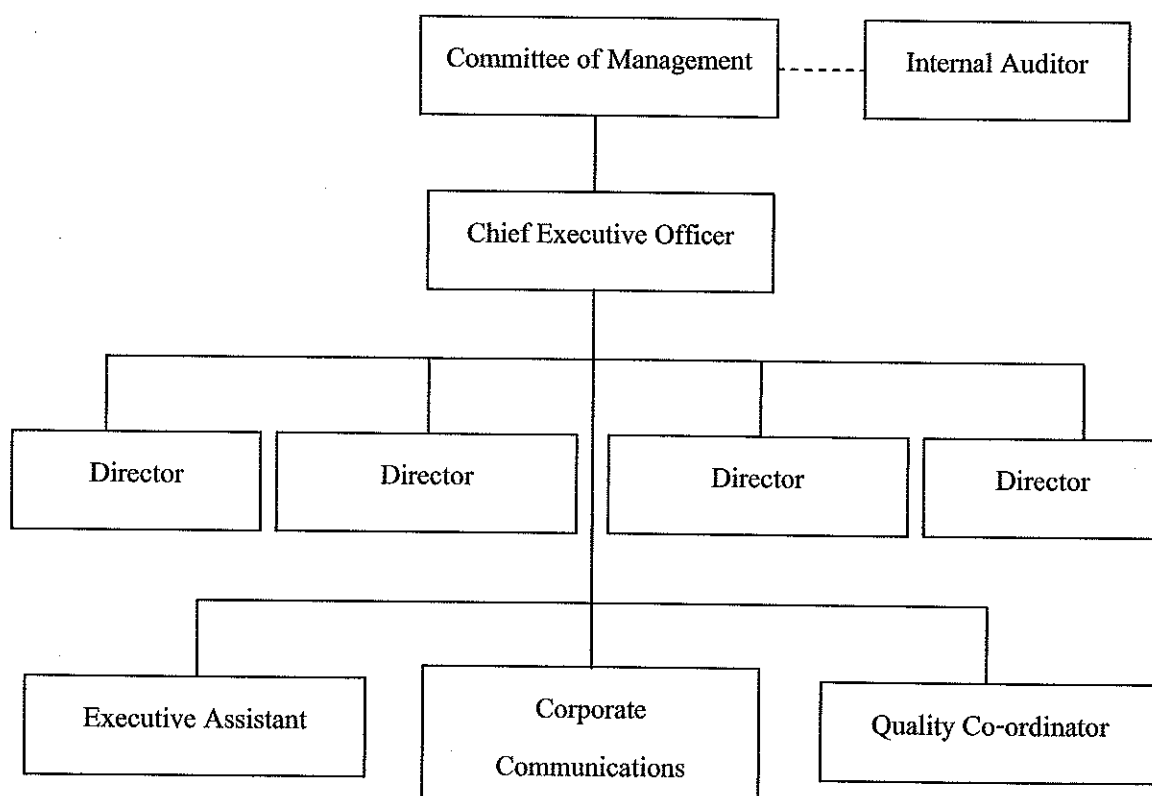
(3) Expert Model รูปแบบบนฐานความเชื่อที่มีของวิชาชีพที่มีความไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การฝึกอบรมและประสบการณ์เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของชุมชน อาจไม่ตรงกับชุมชนและผลน้อยกว่ามาตรฐานการปฏิบัติที่ดี

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบันของออสเตรเลีย นั้นมี 2 ส่วนคือ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 23-24 ; วิชาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549 ; Rural Ambulance Victoria, 2005: 20, 23; St John Ambulance, 2005)

2.2.3.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับรัฐ (State) ในที่นี้นำเสนอเฉพาะรัฐวิกตอเรีย มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพภายนอกที่เรียกว่า Auditor General Victoria มีโครงสร้างการบริการ 3 ส่วนคือ Metropolitan Ambulance Services ทำหน้าที่ในการบริการในเมือง Rural Ambulance Victoria และ Alexandra & District Ambulance Services ทำหน้าที่ในการบริการในชนบท

ในที่นี้จะนำเสนอโครงสร้างของ Rural Ambulance Victoria (RAV) ในส่วนของการจัดองค์กร โครงสร้างของ RAV เป็นการจัดองค์กรตามแบบงานหลักและงานที่ปรึกษา (line and staff organization) (สมพร เพ็ญจันทร์, 2547 : 159-160) แม้ว่ารูปแบบองค์กรเป็นแบบ flat แต่จากรายงานการวิจัยของ โอเมรา (O'mera, 2002: 8) กล่าวว่า เป็นโครงสร้างที่ซับซ้อนและเป็นการบริหารงานที่รวมศูนย์ นอกจากนี้ RAV ยังมีบริษัทเอกชนที่สนับสนุน คือ TABCORP Holdings Pty Ltd และ Tabaret Big BBQ Benefit และ บริษัท โซนี่ ระดับปฏิบัติการในชุมชนมีทีมที่ปฏิบัติงานที่เรียกว่า CERT มีหน่วยบริการทั้งสามส่วนในรัฐเป็นผู้จัดการศึกษาสำหรับนักเรียน ประชาชน และ Bystander นอกเหนือจากมีมหาวิทยาลัยในรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร ในปัจจุบันในรัฐวิกตอเรีย RAV จะมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย 4 แห่งคือ ในการผลิตบุคลากรบริการ ในการบริการงานนั้นของในแต่ละรัฐจะรับผิดชอบระบบงานของตนเอง RAV ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้กำกับของรัฐ ใช้การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานและมีตัวที่ใช้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนมาก อีกทั้งมีการเทียบเคียงผลงานที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดอีกด้วย ที่มีความชัดเจนมาก



ภาพที่ 2.5 โครงสร้างองค์กรของ Rural Ambulance Victoria (RAV)

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในออสเตรเลียเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของ แองโกลอเมริกัน ดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษที่ให้บริการและบุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่

บุคลากรพิเศษ ในออสเตรเลียมีหลายระดับ คือ พนักงานดูแลเบื้องต้น(Patient Transport Officer: PTO) มีหน้าที่ให้การดูแลแก่ประชาชนที่ป่วย หรือได้รับบาดเจ็บก่อนถึง โรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาล พนักงานดูแลเบื้องต้นจะให้การรักษาเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่คงที่ในระหว่างการนำส่ง สำหรับเวชกรฉุกเฉิน (Paramedic) ในประเทศออสเตรเลียเรียกว่า Ambulance Officer ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี โดยเรียนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติงานสนาม พนักงานช่วยชีวิตจะถูกฝึกในระดับคลินิกขั้นสูงสุด สำหรับงานบริการ รถพยาบาล และจะได้รับการฝึกให้ทำหัตถการต่างๆ ตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นในฐานะพนักงาน รถพยาบาลรวมถึงการใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงแบ่งระดับได้ทั้งหมด 5 ระดับ จนถึง Papamedic ในการให้บริการ ดังนั้นวุฒิที่บัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree การเรียนเป็นระบบ On the Job Training (วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549)

กลุ่มอาสาสมัคร นับเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญพบว่าในบางรัฐ ประมาณครึ่งหนึ่ง เป็นการทำงานของอาสาสมัคร การผลิตบุคลากรที่ให้บริการที่ประกอบไปด้วย first responders ใน ออสเตรเลียได้กำหนดบทบาทของ First Responder คือ การปฐมพยาบาล และรอนกว่าหน่วย ฉุกเฉินจะมาถึง ยังมีกลุ่มการบริการของชุมชนที่เรียกว่า Community Reference Groups ซึ่งจะเป็นอาสาสมัคร บริการข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รับข้อมูลจาก RAV ต่อไปยังชุมชน

ในออสเตรเลียจะกล่าวถึงนักเรียนในโรงเรียนเขตชนบทของออสเตรเลียมีการใช้ นักเรียนเป็นอาสาสมัคร โดยได้รับการอบรมให้มีขีดความสามารถในการช่วยชีวิตผู้ที่หุดหยาใจ โปรแกรมการสอนในโรงเรียนสำหรับนักเรียน สำหรับประชาชนทั่วไปเรียกว่า First Aid Response Program ซึ่งจะเป็นหลักสูตรปฐมพยาบาลระดับที่ 1 ระดับที่ 2 สำหรับผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉินและจากภัย ต่างๆ กลุ่มพิเศษที่มีการจัดการศึกษาคือกลุ่มที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีการผลิตอาสาสมัครที่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารด้วยการแจ้งเหตุนั้นใช้ โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 000 แจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการซึ่งจะสามารถเชื่อมโยงไป ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ที่รับเหตุจะต้องตั้งอยู่ที่หน่วยฉุกเฉิน (หน่วยรถพยาบาลต่างๆ) และสามารถ เชื่อมโยงการแจ้งเหตุไปหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ดับเพลิง และหน่วยรถพยาบาล ใน ส่วนของ RAV ได้มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีในเรื่องของ Telemedicine ใช้ในการช่วยสอนแก่ First Responder และบุคลากร Ambulance การควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม (Off-line Medical หรือ

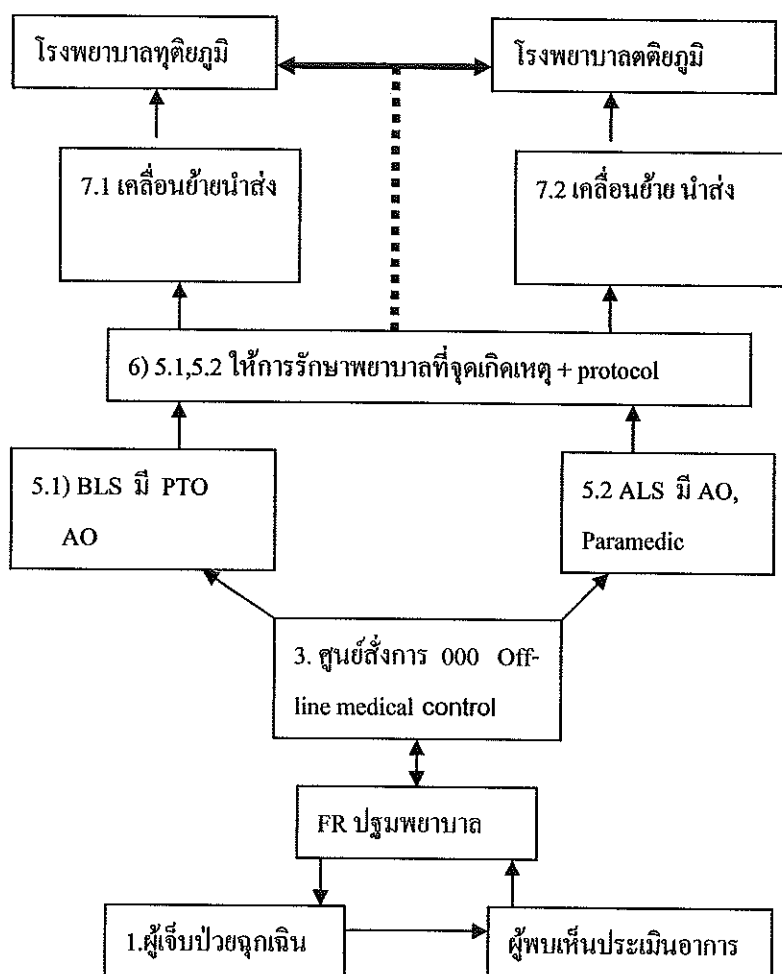
In-direct Medical Control) มีการพัฒนาโปรโตคอลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเช่น ของพารามedik เป็นต้น

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการด้านการเงินของระบบนั้น โดยส่วนหนึ่งมาจากการจ่ายโดยรัฐซึ่งมาจากภาษีทั่วไป ในกรณีฉุกเฉินการเรียกใช้รถพยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้ที่เกษียณอายุหรือผู้ที่ถือบัตรสุขภาพมีสิทธิได้รับการเดินทางโดยรถพยาบาลฟรีทั่วประเทศเลย สำหรับกองทุนสุขภาพส่วนใหญ่จะครอบคลุมการให้บริการรถพยาบาลภายใต้มาตรฐานของแต่ละกองทุน นอกเหนือจากงบประมาณมาจากของรัฐแล้วยังมีงบประมาณที่ได้มาจากกองทุน ภาคธุรกิจ ซึ่งสนับสนุนให้กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงาน ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่มีหลักสูตรชุดความรู้ในการฝึกอบรมมาก และมี Protocol ของการบริการด้วยทั้งในผู้ให้บริการ กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา

2.2.3.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) บังคับนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ FR , PTO, AO, Paramedics คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์และทางอ้อม การจัดหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ เครื่องบิน ทั้งนี้จะมีกิจกรรมสนับสนุน (Supportive Activities) ที่ได้กล่าวมาข้างต้นเชื่อมต่อเป็นส่วนสนับสนุนกิจกรรมพื้นฐาน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำบังคับนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ดังภาพที่ 2.6 ดังนี้



ภาพที่ 2.6 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศ
ออสเตรเลีย

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล (RAV, 2005: 5-9) ในปี 2004 มีผู้ที่เรียกใช้บริการจำนวน 111,099 คน ผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการจำนวน 12 คนต่อ ชั่วโมง จำนวนผู้ที่ได้รับการขนส่งประมาณ 79,724 ราย เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10 นาที ที่ 50 percentile (RAV, 2005: 5-9) ความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (AO แพทย์ พยาบาล คนในชุมชน) ต่อความสามารถของการปฏิบัติงานทีม Ambulance ระดับดีมากร้อยละ 41

2.2.4 ประเทศฝรั่งเศส

การเกิดขึ้นของการจัดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1792 โดยศัลยแพทย์ในกองทัพของ Napoleon Bonaparte ชื่อ Dominique Larrey ผู้ซึ่งได้นำเอาวิธีการรักษาในสนามรบมาใช้เพื่อลดการเสียชีวิตในการรักษาผู้ป่วยหนัก มีการเปลี่ยนแปลงของการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นโดยมีการก่อตั้ง Service d' Medicale Urgence: SAMU ซึ่งเป็นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล” ใน ค.ศ. 1960 โดยก่อตั้งขึ้นมาเนื่องจากปัญหาหลักคือการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองและเทคโนโลยีการคมนาคมก่อให้เกิดการตายจากการจราจรสูงขึ้น จนเป็นสาเหตุนำของการตายของประชากร ขณะเดียวกัน พบว่ามีการตายส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาระหว่างเกิดเหตุจนถึงการนำส่งโรงพยาบาล ในขณะที่ขีดความสามารถของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมาก ความแตกต่างของการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาช่วงเวลาก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นเวลาที่สำคัญมากกว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก อีกเหตุผลหนึ่งคือในบางเวลาโรงพยาบาลมีความไม่พร้อมที่จะให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันที ดังนั้นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บบนท้องถนนรอดชีวิตมากขึ้นจึงใช้แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ในกองทัพของ Napoleon Bonaparte คือให้การรักษาเร็วที่สุดในที่เกิดเหตุและส่งต่อให้เร็วที่สุดไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วย ใน ค.ศ. 1986 ได้มีการออกกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดบริการรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุนี้ มาจาก Federal Government's Ministry of Health กฎหมาย 86-11 ลงวันที่ 6 มกราคม ได้กำหนดพันธกิจของ SAMU ไว้ให้เป็นศูนย์การรับเหตุและสั่งการการตอบสนองเหตุอย่างชัดเจนบทบาทและความรับผิดชอบของบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องถูกกำหนดเป็นบทบัญญัติที่ชัดเจนในรูปของกฎหมายและมีผลในการบังคับใช้ เดิมระบบการแจ้งเหตุในฝรั่งเศสไม่มีศูนย์รับแจ้งเหตุรวม ประชาชนต้องเลือกแจ้งเหตุเป็น 3 หมายเลขคือ 17 สำหรับตำรวจ 18 สำหรับดับเพลิง และ 15 สำหรับ โรงพยาบาลรับผิดชอบ แต่เมื่อไม่นานนี้กลับพบว่ามีจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับสารพิษและการเจ็บป่วยจากโรคฉุกเฉินจำนวนมากเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ดังนั้นจึงได้มีการจัดหน่วยควบคุมทางการแพทย์ที่เรียกว่า “SAMU Call Centers” หรือ “Medical Regulation Centers” เพื่อที่จะได้คัดแยกผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ก่อนที่ SAMU ออกปฏิบัติการ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ , 2544 : 27 ; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547 : 1-3 ; Raymond Poincare Hospital, 2004: 1-2)

ปัจจุบันฝรั่งเศสได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีหน่วยปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) มีหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นของหน่วยดับเพลิง คือรถพยาบาลของหน่วยดับเพลิง (Fire Department Ambulances) ตั้งอยู่ที่สถานีดับเพลิง และหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้น

ภาคเอกชน คือหน่วยรถพยาบาลของเอกชน (Private Ambulance) ที่เข้าร่วมเครือข่ายของ SAMU และปฏิบัติงานตามคำสั่งของ SAMU center 2) หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง (Hospital Mobile Intensive Care Units :SMUR) ทำหน้าที่ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุในกรณีที่ SAMU Center พิจารณาแล้วว่าเป็นกรณีการเจ็บป่วยรุนแรง (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ , 2544 ; วิชาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549 ; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547 : 1-3)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของฝรั่งเศส นั้นมี 2 ส่วนคือ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 ; วิชาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549 ; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547 : 1-3 ; Masméjean et al., 2003: 670 ; Raymond Poincaré Hospital, 2004: 1-2)

2.2.4.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3 หน่วยงาน Fire Brigade ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกองทัพบก และ Police สังกัดกองกำลังตำรวจแห่งชาติฝรั่งเศส ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั้งภัยและภัยพิบัติเบื้องต้นแก่ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และมี SAMU ซึ่งจะประกอบไปด้วย SAMU Center ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้หน่วยพื้นฐานปฏิบัติงาน ส่วน SMUR เป็นหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง ซึ่งทั้ง SAMU Center SMUR ขึ้นตรงกับโรงพยาบาลในแต่ละ Department การบริหารงานนี้พบว่าในแต่ละเขตจะรับผิดชอบงานของตนเอง และแต่ละพื้นที่จะมีการประเมินผลของตนเอง

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาในฝรั่งเศสจะใช้นุคลากรทางด้านสุขภาพทั่วไปคือ กลุ่มแพทย์จะเป็น ผู้ควบคุม SAMU Call Center หรือที่เรียกว่า “Regulator Doctors” ต้องมีประสบการณ์ ใน Emergency Units หรือ Hospital Mobile Intensive Care Units และต้องมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีความสงบลง ควบคุมสติอารมณ์ได้ยามฉุกเฉิน มีความรับผิดชอบและมีหน้าที่เป็นผู้นำใน SAMU สำหรับพยาบาลต้องมีสุขภาพแข็งแรงสามารถว่ายน้ำ ขับรถได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น ผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมใน Mobile Intensive Care Unit จะทำหน้าที่ในรถพยาบาลเป็นผู้ดูแลสิ่งของทั้งหมดรวมทั้งต้องปฏิบัติงานสนาม ในบางครั้งจะต้องเป็นผู้ช่วยแพทย์ แต่ในบางครั้งจะต้องออกปฏิบัติงานเอง และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มพนักงานดับเพลิงและตำรวจจะได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี ซึ่งมีความสามารถในการช่วยชีวิตเบื้องต้นได้

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ปัจจุบันมีเพียงหมายเลขเดียว คือ 15 เป็นหมายเลขระดับชาติ ส่วนถ้าเป็นนานาชาติจะเป็นหมายเลข 112 ซึ่งเป็นหมายเลขที่สามารถเชื่อมต่อไปยังประเทศในยุโรปได้ (Masméjean et al., 2003: 670) SAMU Call Center

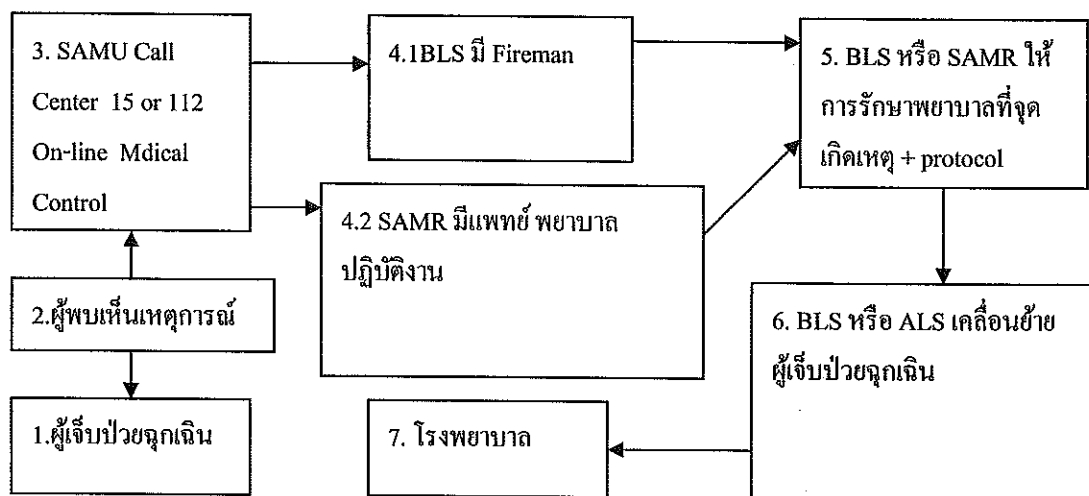
ในแต่ละจังหวัดจะมีศูนย์ติดต่อ สื่อสารทางการแพทย์นี้ 1-2 ศูนย์ โดยมักจะตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลใหญ่ของจังหวัดนั้น มีหน้าที่รับเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน คัดกรอง (Telephone Triage) เรียกหน่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุและควบคุมการปฏิบัติ ลักษณะนี้เป็นการควบคุมทางการแพทย์ทางตรง (On-line Medical Control) โดยการปฏิบัติงานที่อยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การสั่งการของแพทย์ซึ่งอยู่ที่ศูนย์สั่งการ สำหรับการควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม (Off-line Medical Control) มีการพัฒนาโปรโตคอลของการปฏิบัติงานในการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินของแพทย์ ของพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของฝรั่งเศสนี้ได้รับงบประมาณทั้งจากท้องถิ่น และจากรัฐบาลกลางที่ได้จากภาษี ตัวอย่างของจังหวัด Essonne SAMU ได้รับงบประมาณ 1 ใน 3 จากท้องถิ่นและที่เหลือได้จากระบบสวัสดิการในการโทรเข้า SAMU call นั้นจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ค่าออกปฏิบัติงานของ SAMU ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง สำหรับชุดความรู้มีการจัดทำ Protocols ของในแต่ละโรงพยาบาลในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการบาดเจ็บ กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา

2.2.4.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) ป้ายนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ FR แพทย์ พยาบาล คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์และทางอ้อม การจัดหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ เครื่องบิน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำป้ายนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลตามภาพที่ 2.7 ดังนี้



ภาพที่ 2.7 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศ
ฝรั่งเศส

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล การประเมินกระบวนการของศูนย์สั่งการในเขตเมืองพบว่า การส่งตัวผู้ที่บาดเจ็บใช้เวลานานกว่าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติงานในความร่วมมือในการทำงาน (Dolveck et al., 2006) การแจ้งเหตุที่หมายเลข 15 จำนวน 4,100,000 ราย นำส่งผู้ป่วย 634,892 รายคิดเป็นร้อยละ 15.4 ของที่ได้รับแจ้งเหตุ ครัวชาย กาญจนรินทร์ (2547 : 1-3)

2.2.5 ประเทศสวีเดน

การเกิดขึ้นของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเริ่มขึ้นเมื่อมีหลักการพื้นฐานในการจัดบริการทางสุขภาพโดยผ่านทางกฎหมายและบทบัญญัติต่างๆเช่น Health and Medical Services Act of 1982 ที่ได้กำหนดไว้ว่าประชาชนทุกคน ต้องได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค และเข้าถึงบริการได้ง่าย ดังนั้นการดูแลก่อนส่งสถานพยาบาลจึงได้เกิดเป็นระบบในศูนย์สุขภาพชุมชนของรัฐบาลและโรงพยาบาลตั้งแต่ 1983 เป็นต้นมา ในปี 1992 รัฐบาลกลางโดย The Ministry of Health and Social Affairs and the Federation of County Councils ได้ประกาศรับรองการเข้าถึงระบบบริการของประชาชน (Swedish Institute, 2003 ; Sandock et al., 2005: 1-4)

ปัจจุบันสวีเดนได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติงานจะมีอยู่เพียงระดับเดียว เป็นหน่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในการจัดการจะมีการวางกำลังของสถานีรถพยาบาล (Ambulance Station) ไว้ตามจุดสำคัญของเมืองเช่นที่ Stockholm มีการวางไว้ที่ 4 จุดใหญ่ และสถานี (อดิศักดิ์ ผลิผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 23-24) สำหรับในการป้องกันก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้นในสวีเดนมีความโดดเด่นในเรื่อง การที่ชุมชนมีส่วนร่วมใน

ดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินของชุมชน โดยเน้นการป้องกันในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ ซึ่งทาวน์เนอร์และดอว์สเวล (Towner & Dowsell, 2002: 276-277) ได้รายงานว่โปรแกรมการป้องกันการบาดเจ็บที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Base Program) ปี 1995 และ 1996 การศึกษาของ สวานสตรอม และคณะ (Svanstrom et al., 1995-1996) ปี 1987 เป็นการศึกษาของ เชลพ (Schelp) ส่วนนึลเซน (Nilsen, 2006: 269) ได้รายงานว่มีการศึกษาของ ฟาโคตปีง (Folkoping) ลิดโคปีง (Lidkoping) โมทารา (Motala) และฟาลัน (Falun) และการศึกษาของ กรุนแบรนสันและ เบรมเบิร์ก (Guldbrandsson & Bremberg, 2004: 215)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของสวีเดน นั้นมี 2 ส่วนคือ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2544 : 23-24 ; วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ, 2549 ; Sandock et al., 2005: 1-4)

2.2.5.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานกระทรวงสุขภาพ และสวัสดิการสังคม คณะกรรมการด้านสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติและสภาการประเมินด้านเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพทำหน้าที่เกี่ยวกับ การออกกฎหมาย การควบคุมกำกับและการประเมินผล ในระดับเมืองมีสภาเมืองและผู้แทนท้องถิ่นของเมืองทำหน้าที่ในการจัดการการเงิน การจัดองค์กรและการติดตามการจัดบริการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ในระดับปฏิบัติการมีสถานีรถพยาบาล (Ambulance Station) เป็นความรับผิดชอบของแต่ละจังหวัด County Council บางแห่งจะดำเนินการเอง แต่บางแห่งจะใช้วิธีซื้อบริการจากภาคเอกชนเป็นช่วงเวลาซึ่งพบว่ามีน้อยมาก นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้แทนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กและคนชราที่อาจมีโอกาสดเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ (Swedish Institute, 2003)

ในการบริการงานของสวีเดนนั้นรัฐบาลมีการวางแผนงานและประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องด้านสุขภาพ มีความชัดเจนเริ่มจากปี 1900 ที่เน้นถึงการปรับปรุงคุณภาพเป็นสำคัญ และประเด็นคุณภาพได้กล่าวกันมากในปี 1994 และมีการนำมาใช้ใหม่อีกครั้งหนึ่งใน ปี 1997 ดังนั้นจึงได้มีการนำการบริหารงานคุณภาพ หรือ Total Quality Management: TQM มาใช้เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ประชาชน (Swedish Institute, 2003)

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษา ประกอบด้วย บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแตกต่างกัน บุคลากรจะคล้ายกับของฝรั่งเศส จะมี Paramedics Nurse ผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการฝึกเพิ่มเติม 7-20 สัปดาห์ โดยทั่วไปฝึกอบรมผู้ที่เป็น Paramedics Nurse ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความสามารถในการขับรถ การเคลื่อนย้าย

ผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุ (จันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ, 2549 ; สัมภาษณ์) และวิสัญญีแพทย์สั่งการที่ศูนย์สื่อสารซึ่งเป็นหัวใจของระบบ ปัจจุบันเริ่มมีการผลิตแพทย์ที่เป็นเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

กลุ่มอาสาสมัครและประชาชน บุคลากรอาสาสมัครนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งรัฐบาลของสวีเดนได้ให้การสนับสนุน บุคลากรเหล่านี้จะทำงานทั้งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนสำหรับการทำงานอาสาสมัครด้วย อย่างไรก็ตามพบว่ามีอาสาสมัครที่ทำงานที่ไม่หวังเงินตอบแทน (The National Board of Health and Welfare, 2003) สำหรับประชาชนในชุมชนทั้งหมดที่เสี่ยง ได้มีการสอนให้ทั้งผู้ใหญ่และเด็กสามารถช่วยชีวิตผู้ที่หยุดหายใจได้ โดยประชาชนทุกคนไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่จะมีหน้ากากสำหรับใช้ในการช่วยชีวิตผู้ที่หยุดหายใจเพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน

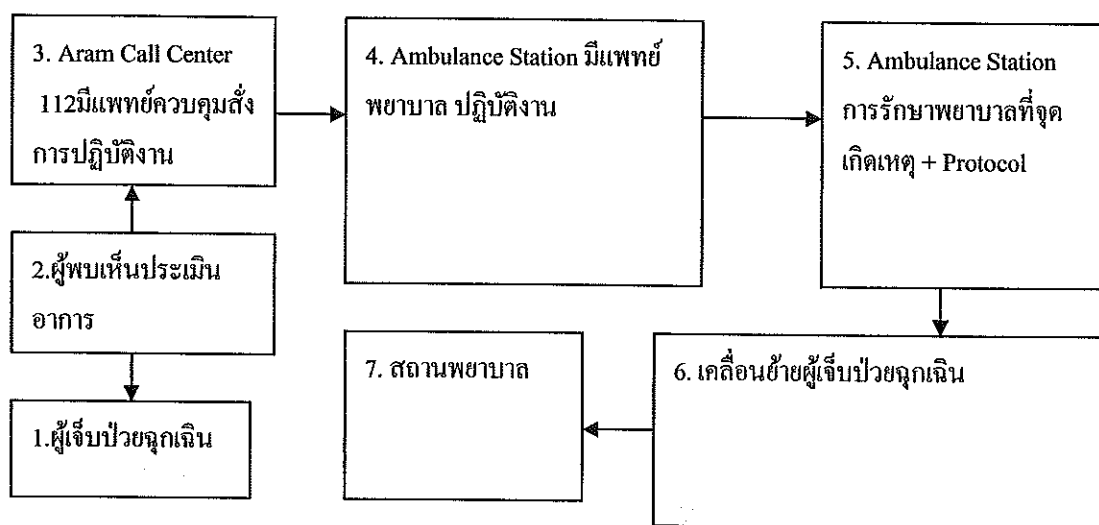
การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การแจ้งเหตุของประชาชนสามารถโทรศัพท์แจ้งเหตุได้หมายเลขเดียวคือ 112 โดยศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ในการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (Alarm Center) และศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ในสวีเดนเป็นศูนย์เดียวกัน เป็นลักษณะแบบรวมศูนย์มีขนาดที่ใหญ่มาก นับว่าใหญ่ที่สุดในทวีป ยุโรป มีศูนย์ใหญ่อยู่ที่ Stockholm เรียกว่า SOS Alarm และมีศูนย์ย่อยอยู่ตาม County Councils ต่างๆ มีแพทย์ประจำเป็นวิสัญญีแพทย์รับผิดชอบในการสั่งการศูนย์ เป็นที่ปรึกษาแก่พนักงานฉุกเฉินที่ปฏิบัติ ในกรณีที่ผู้ป่วยหนักศูนย์สื่อสารจะส่งการรถที่ปรึกษาซึ่งอาจจะเป็นพยาบาล แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือวิสัญญีแพทย์ประจำรถเข้าไปช่วยในที่เกิดเหตุ รถที่ปรึกษาจะเป็นรถเล็กไม่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้จะมีแค่แพทย์หรือพยาบาลและเครื่องมือเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนงานของพนักงานรถพยาบาลเท่านั้น

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ การจัดการเงินทั้งหมดได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาลท้องถิ่นตามกฎหมายที่กำหนดไว้ให้ดำเนินการจัดระบบฉุกเฉินในชุมชนซึ่งประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะจากการบาดเจ็บ โดยเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพในปี 1997 (Swedish Institute, 2003) ในการบริการมีชุดความรู้ที่เป็น Protocol และมีวัสดุอุปกรณ์เช่นเดียวกับสหรัฐ

2.2.5.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) บังจยนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ Volunteers แพทย์ พยาบาล คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์และทางอ้อมการจัดหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ เครื่องบิน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำบังจยนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลตามภาพที่ 2.8 ดังนี้



ภาพที่ 2.8 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศไทย
สวีเดน

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล จำนวนผู้ที่แจ้งเหตุ 900,000 ราย Response Time ทั้งประเทศ 6.8 นาที (SOS center, 2005)

2.2.6 ประเทศจีน

การเกิดขึ้นของการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศจีนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยโบราณเมื่อประมาณ 3,000 ปีที่ผ่านมา จนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ศัลยแพทย์ชาวแคนาดาได้เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยแพทย์ของกองทัพจีน และได้ทำการสอนพร้อมกับได้มีการจัดการด้านการบาดเจ็บ ซึ่งจุดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการแพทย์ฉุกเฉินสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้นเริ่มเมื่อ ค.ศ. 1950 เริ่มมีหน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นครั้งแรกซึ่งหน่วยนี้เป็นหน่วยหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้เริ่มมีในเมืองขนาดกลางในประเทศจีน หลังจากนั้น ค.ศ. 1980 รัฐบาลได้ออกแนวทางเกี่ยวกับการดูแลก่อนโรงพยาบาลในเขตเมือง และได้ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและการออกปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก ในปี 1995 รัฐบาลจึงได้ออกกฎเกี่ยวกับการจัดการช่วยเหลือฉุกเฉินจากเหตุภัยพิบัติที่เรียกว่า Role of Management of Emergency in Disastrous Incidents จากสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดและการเมืองจึงทำให้ มีการจัดบริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน(สถานบริการ)เกิดขึ้นอย่างมากมายในประเทศจีน และยังพบว่าระบบบริการดูแลสุขภาพของจีนถูกแบ่งเป็นเขตเมืองและเขตชนบท (Rainer, 2000 : 274; Dai et al., 2003: 1)

ปัจจุบันประเทศจีนได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีรูปแบบที่แตกต่างกันอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากจัดบริการขึ้นอยู่กับแต่ละรัฐ อีกทั้งสภาพประเทศกว้างขวางมาก อย่างไรก็ตามหน่วยปฏิบัติงานของประเทศจีนนั้นส่วนใหญ่เป็นระบบที่เรียกว่า Hospital Base โดยงานดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของฉุกเฉินในโรงพยาบาล มีตัวแบบอยู่จำนวน 5 ตัวแบบ (Model) คือ (Dai et al., 2003: 665-666)

Model A หรือ ตัวแบบปักกิ่ง (Beijing Model) เป็นศูนย์ควบคุมสั่งการด้านฉุกเฉิน และการบริการที่แยกเป็นเอกเทศ ที่มีเครื่องมือที่ทันสมัยมีการประสานงานกับกระบวนการดูแลทั้งก่อนและที่โรงพยาบาล

Model B หรือตัวแบบเซี่ยงไฮ้ (Shanghai Model) ตัวแบบนี้มีในเมืองใหญ่หลายเมืองคือ Shanghai, Tianjin, Nanjing, Wuhan และ Hangzhou มีศูนย์ควบคุมสั่งการด้านฉุกเฉินที่แยกเป็นเอกเทศ ลักษณะการบริการคล้ายกับตัวแบบของฝรั่งเศส เยอรมัน กล่าวคือ มีหน่วยรถช่วยชีวิตเคลื่อนที่ จากนั้นจึงประสานกับเครือข่ายโรงพยาบาลตามเขตของเมืองนั้น

Model C หรือตัวแบบกวางตุ้ง (Chongqing Model) เป็นตัวแบบที่การบริการอยู่ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นบริการผสมผสานในโรงพยาบาลมีในเมืองใหญ่หลายเมืองคือ Chongqing, Chengdu, Qingdao ตัวแบบนี้ใช้เครือข่ายเชื่อมต่อกับ Hangzhou ซึ่งใช้ตัวแบบเซี่ยงไฮ้อีกด้วย

Model D หรือตัวแบบกวางเจา (Guangzhou Model) เป็นตัวแบบที่มีศูนย์สื่อสารสั่งการอยู่ที่ในเมือง การบริการขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลในพื้นที่นั้น คล้ายกับศูนย์บริการด้านระบบข้อมูลข่าวสารของประเทศญี่ปุ่น ระบบนี้มีประสิทธิภาพแต่ต้องระวังเรื่องการคัดแยกผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต

Model E หรือตัวแบบเจียง (Zhejiang Model) ตัวแบบที่มีเครือข่ายการบริการฉุกเฉินอยู่ 3 ระดับ ตัวแบบนี้จะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นระดับ 3 สำหรับระดับ 2 นั้นมีหน่วยบริการอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนระดับ 1 การบริการฉุกเฉินอยู่ที่หมู่บ้านหรือศูนย์สาธารณสุข ในระดับองค์กรจะมีการเชื่อมต่อเครือข่ายทั้งสามระดับ ลักษณะจะคล้ายกับเครือข่ายของการช่วยเหลือฉุกเฉินของภาควิชาชีพในเซี่ยงไฮ้

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของประเทศจีน นั้นมี 2 ส่วนคือ

2.2.6.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

(Rainer, 2000: 274; Dai, Zu & Zhu, 2003: 664-667; Hou & Lu, 1-8)

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีกระทรวงสุขภาพทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริการระดับรัฐมีองค์กรที่รับผิดชอบคือแผนกสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการ และมีโรงพยาบาลของรัฐทำหน้าที่ในการบริการและฝึกอบรม แพทย์และพยาบาล อาสาสมัครและประชาชน สถานพยาบาลและที่ทำหน้าที่ทั้งการให้บริการและการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านฉุกเฉินซึ่งได้แก่ แพทย์และพยาบาล อาสาสมัครและประชาชน นอกเหนือจากนี้ยังมีโรงเรียนแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการผลิตแพทย์และพยาบาล National Medical Emergency Training Centre (NMETC) อยู่ในมหาวิทยาลัยเซี่ยงไฮ้ซึ่งเป็นที่พักอบรมและผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบริการอีกด้วย ในการวางแผนนั้นมีการวางแผนในการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลด้วย ในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรนั้นพบว่าการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้และการจัดบริการทั่วประเทศจีนทุก 2 ปี

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาด้วยการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่สามารถดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกลุ่มวิชาชีพ อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตามในประเทศจีนเป็นประเทศที่ใช้รูปแบบของฝรั่งเศสเยอรมัน ดังนั้นจึงมีบุคลากรทั่วไปและอาสาสมัครได้แก่

สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิมจึงเป็นพยาบาล (Nurse) มักปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลฉุกเฉินในรถพยาบาลผู้ป่วยหนัก (Mobile Intensive Care Unit) ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Physician) หน้าที่หลักของแพทย์คือปฏิบัติงานหน่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล กลุ่มอาสาสมัคร ในประเทศจีนเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมซึ่งเดิมเป็นหมอเท้าเปล่า (Barefoot Doctors) ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บได้

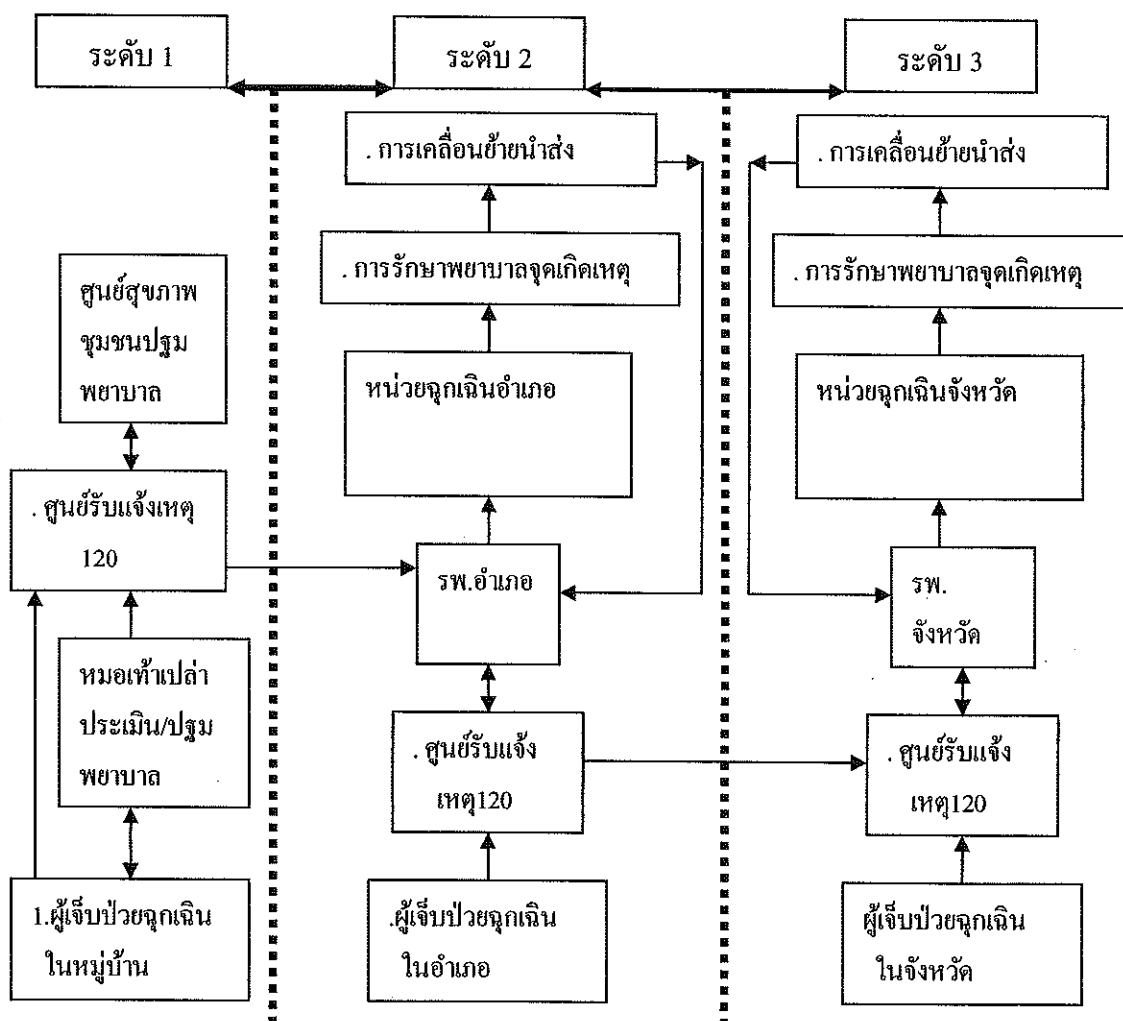
การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ในประเทศจีนสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 120 ในระบบนี้จะเชื่อมต่อไปยังโรงพยาบาลในเขตที่มีผู้ที่เจ็บป่วย อย่างไรก็ตามในเมืองใหญ่เช่น เซี่ยงไฮ้ ปักกิ่ง อาจมี 2 ระบบทั้งวิทยุและโทรศัพท์ ซึ่งจะเชื่อมต่อไปยังศูนย์ควบคุมและสั่งการในพื้นที่นั้น

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ ยังไม่มีระบบการจัดการค่าชดเชยและงบประมาณของสถานบริการ ใช้งบประมาณมาจากทั้งภาครัฐ ซึ่งผ่านรัฐบาลท้องถิ่นเป็นงบประมาณรวมในด้านสุขภาพทั้งหมด ในผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มได้ทำประกันภัยซึ่งต้องเก็บเงินจากบริษัทประกันภัย การจัดหาอุปกรณ์ในเมืองใหญ่มีความพร้อมมากกว่าในเมืองเล็ก พาหนะเป็นรถยนต์

2.2.6.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) บัญชีนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ หมอเห่าเปล่า แพทย์พยาบาล คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์ทางตรง พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ เครื่องบิน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำบัญชีนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลตามภาพที่ 2.9 เนื่องจากในประเทศจีนมีตัวแบบที่หลากหลายดังนั้นในการนำเสนอขั้นตอนนี้เป็นการนำเสนอเฉพาะ Model E เท่านั้น ส่วนโมเดลอื่นนั้นจะมีขั้นตอนคล้ายกับในประเทศฝรั่งเศส จึงไม่ขอเสนอในที่นี้



ภาพที่ 2.9 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศจีน

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล Model A มีสมรรถนะพิเศษที่สามารถปฏิบัติงานได้ (Response Time) ในระยะ 3-5 กิโลเมตรภายใน 5-10 นาที Model B มีสมรรถนะพิเศษที่สามารถปฏิบัติงานได้ (Response Time) ในระยะ 4-5 กิโลเมตรภายใน 10 นาที

2.2.7 ประเทศแอฟริกาใต้

การเกิดขึ้นของการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้นในประเทศแอฟริกาใต้นั้นเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาใน ค.ศ. 1977 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินใน 4 เมืองหลักโดยการจัดการบริการครั้งนั้นเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานเท่านั้น หลังจากนั้น ค.ศ. 1994 สถานการณ์ที่ทำให้มีการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลกลายเป็นแนวทางสู่การดูแลสุขภาพในชุมชน มีการออกกฎบังคับให้จัดบริการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลและต้องลงทะเบียนกับสภาทางการแพทย์และพันแห่งแอฟริกาใต้ และหลักสูตรการฝึกอบรมของชาติจึงได้มีการจัดทำขึ้น

ปัจจุบันแอฟริกาใต้ได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) หน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) นอกเหนือจากนี้แล้วยังมีบริการดูแลฉุกเฉินทางอากาศด้วย ซึ่งการจัดบริการนี้อาจเป็นเพราะสภาพของประเทศที่กว้างขวาง ห่างไกล บางพื้นที่มีประชากรเบาบางมาก การคมนาคมด้วยรถยนต์ไม่สะดวกใช้เวลาในการนำส่งผู้ป่วยนาน จึงต้องมีบริการทางอากาศ (MacFarlane, Loggerenberg & Kloeck, 2005: 145-148)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของแอฟริกาใต้ นั้นมี 2 ส่วนคือ (MacFarlane, Loggerenberg & Kloeck, 2005: 145-148)

2.2.7.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการขึ้นทะเบียนบุคลากรที่ให้บริการ ที่เรียกว่า Division of Health Professions Council of South Africa และมีคณะกรรมการด้านวิชาชีพฉุกเฉิน The professional Board for Emergency Care Personnel สำหรับระดับปฏิบัติการในแต่ละจังหวัดจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำส่งผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหน่วย BLS และ ALS มีองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรที่สนับสนุนงานคือ ภาวชาติที่สนับสนุนในการดูแลฉุกเฉินทางการบิน มีมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาด้วยการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่สามารถดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกลุ่มวิชาชีพเฉพาะกลุ่ม

บุคลากรพิเศษ เป็นกลุ่มพารามedikและเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technicians: EMTs) ปัจจุบันมี 3 ระดับ โดยระดับแรกเรียกว่า Basic Assistance Ambulance (BAA) สามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ ซึ่งใช้เวลาในการอบรมนานถึง 1 เดือน ระดับที่สองเรียกว่า Ambulance Emergency Assistance (AEA) ระดับนี้เทียบเท่ากับ EMT-I ต้องมีประสบการณ์ในการทำงานในท้องถนนถึง 3-4 เดือนแล้วจึงเข้ารับการอบรมมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ขั้นสูงได้ ระดับที่ 3 เรียกว่า Critical Care Assistance (CAA) ระดับนี้เทียบเท่ากับ Paramedic ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงาน 9-12 เดือน แล้วจึงเข้าฝึกอบรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) หลักสูตร 3 ปีหลังจากจบแพทย์ หน้าที่หลักของแพทย์คือควบคุมศูนย์ควบคุมสั่งการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าในบางพื้นมีปัญหาด้านการจัดการในเรื่องของคน การขาดคน ในการทำงาน

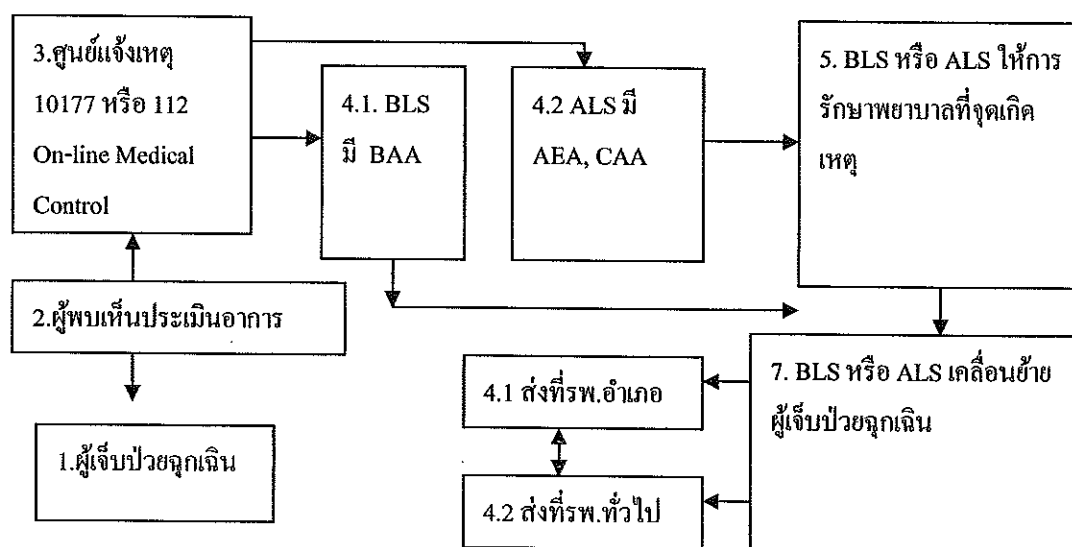
การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารของประเทศในการแจ้งเหตุมีการใช้หมายเลข มากกว่า 1 หมายเลข คือ 10177 เป็นหมายเลขการดูแลก่อนนำส่งด้วยการขนส่งภาคพื้นดินและทางอากาศ หมายเลข 112 สำหรับใช้เรียกรัฐบาลท้องถิ่นในการบริการ สำหรับศูนย์ควบคุมสั่งการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคัดแยกพาหนะในการบริการ สำหรับการสั่งการการปฏิบัตินั้นมี Paramedic ปฏิบัติงานแต่ต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐคือ ภาษี นอกเหนือจากนี้เป็นการซื้อบริการให้กับภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินงาน มีการจัดทำ Protocol อีกจำนวนมาก กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐ สำหรับพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายทางอากาศนั้นจัดว่า แอฟริกาใต้เป็นประเทศที่มีการใช้เครื่องบินมากในทวีปนี้ และยังมีเครือข่ายเชื่อมต่อไปยังประเทศที่ใกล้เคียง อย่างไรก็ตามในแอฟริกาใต้เองยังมีปัญหาที่เกี่ยวกับการขาดแคลนพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยชีวิต

2.2.7.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

1) บังคับนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ BAA AEA, CAA แพทย์ คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์ทางตรง พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ เครื่องบิน

2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำบังคับนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลตามภาพที่ 2.10



ภาพที่ 2.10 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศแอฟริกาใต้

ผลการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้น พบว่าในเขตเมืองใหญ่เวลาปฏิบัติงาน 15 นาที และในชนบทเวลาในการปฏิบัติงาน 40 นาที

2.2.8 ประเทศปากีสถาน

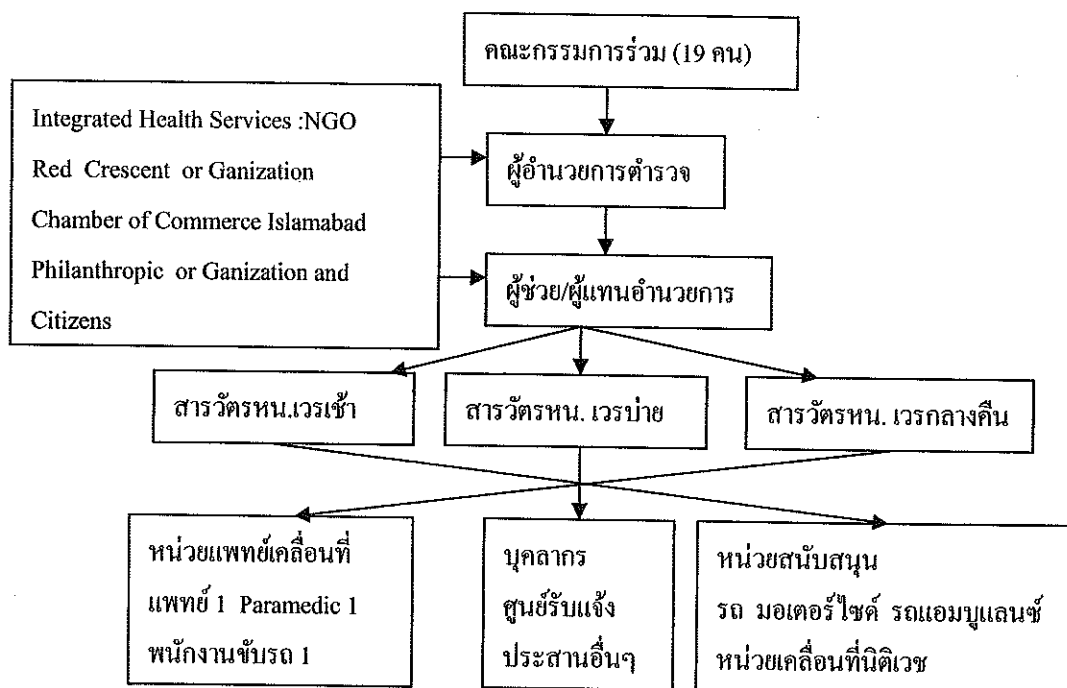
ในประเทศปากีสถานนี้จะเป็นการนำเสนอ การเกิดขึ้นของตัวแบบความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตัวแบบเกิดขึ้นเพราะสาเหตุของการบาดเจ็บเป็นสาเหตุนำอันดับ 2 และเป็นอันดับที่ 5 ของการสูญเสีย นอกจากนั้นรัฐบาลเล็งเห็นว่าเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการขนส่ง ยังเห็นความสำคัญน้อยในปัญหาสุขภาพ ตัวแบบนี้จึงถูกสร้างขึ้นในพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองสูง คือเมืองอิสลามบัดซึ่งเป็นเมืองหลวงของปากีสถานที่มีความหนาแน่นของประชากร 1,165 คนต่อตารางกิโลเมตร ซึ่งนับว่ามีประชากรที่หนาแน่น ตัวแบบของการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล เมืองอิสลามบัดนี้ เป็นตัวแบบที่ดำเนินการโดยกรมตำรวจแห่งปากีสถาน ซึ่งได้เรียกตัวแบบนี้ว่า Rescue-15 เป็นตัวแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐ (กรมตำรวจ) องค์กรเอกชน ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2000 ตัวแบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะเสริมสร้างความเชื่อมั่นของชุมชน และความเป็นมิตรระหว่างตำรวจและพลเมืองในความร่วมมือของชุมชน ในการทำงานครั้งนี้มีสำนักงานที่แยกเป็นเอกเทศที่ตั้ง บล็อกที่ 8 (G-8) ต่อจากสถาบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ของปากีสถาน (Pakistan Institute of Medical Sciences: PIMS) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเมืองอิสลามบัด

Rescue-15 มีขอบข่ายของการบริการ คือ การบริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาทางกฎหมาย หน่วยเคลื่อนที่ทางนิติเวช การช่วยเหลือฉุกเฉิน การสื่อสารทางวิทยุและโทรศัพท์ หน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับรถเสีย การขนส่งด้วยมอเตอร์ไซด์ และการเตือนความปลอดภัย ดังนั้น Rescue-15 จึงเป็นการจัดบริการทางด้านการแพทย์ คับเพลิง ปัญหาเกี่ยวกับก๊าซ อาชญากรรมและงานฉุกเฉินอื่นๆ

สำหรับการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลของ Rescue-15 มี 2 ส่วนคือ (Ali et al, 2006: 50-57)

2.2.8.1 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานของ Rescue-15 มี 3 ส่วน 1) เป็นคณะกรรมการร่วมจากรัฐที่มาจากตำรวจ องค์กรเอกชน และภาคประชาชนที่เป็นคนที่ยอมรับของชุมชนรวม 19 คน มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย บริหารจัดการเงิน และการควบคุมกำกับงาน 2) ภาครัฐมีผู้อำนวยการของตำรวจเป็นผู้ตรวจการและควบคุมกำกับ มีผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีผู้ช่วยหรือผู้แทนของผู้อำนวยการตำรวจ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับผู้ปฏิบัติงานของสารวัตรทั้งเวรเช้า บ่ายและกลางคืน ซึ่งกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในหน่วยทางการแพทย์ ด้านบุคลากร และหน่วยสนับสนุน 3) ภาคเอกชน ซึ่งจะประกอบไปด้วย องค์กรเอกชน องค์กร Red Crescent หอการค้าของเมืองอิสลามบัด และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรและประชาชน ดังภาพที่ 2.11



ภาพที่ 2.11 โครงสร้างองค์กรของ Rescuer-15

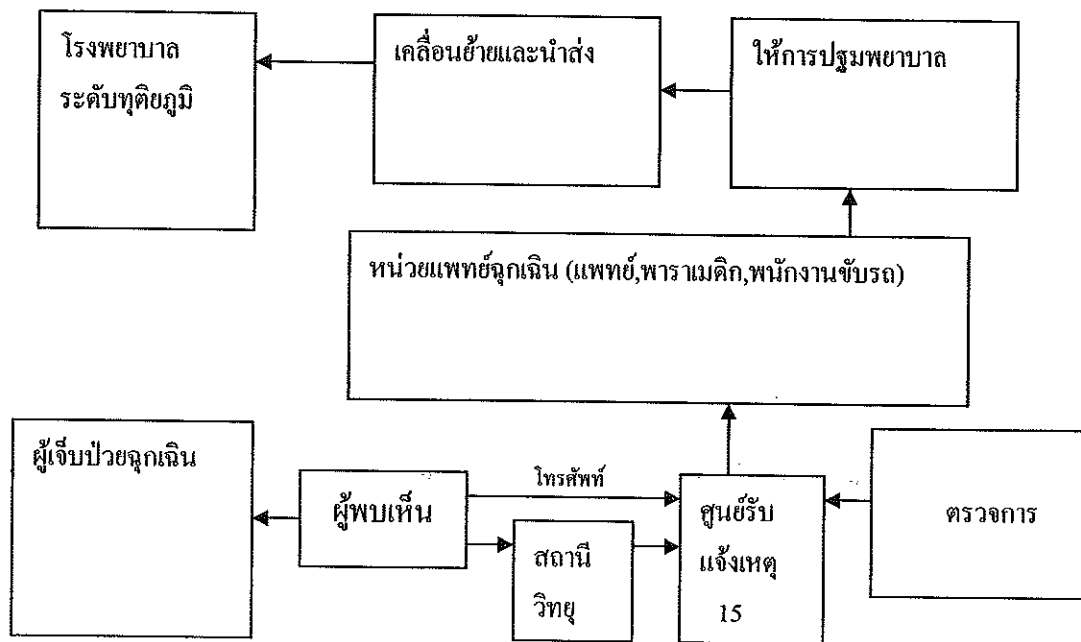
การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ มีการจัดการบุคลากรดังนี้ อาสาสมัครที่เป็นตำรวจจำนวน 180 คนซึ่งทุกคนต้องได้รับการฝึกอบรมด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเช่นเดียวกับหลักสูตร Paramedic และแพทย์จำนวน 3 คนที่ต้องได้รับการฝึกอบรมในการช่วยชีวิตจากโรงพยาบาลตำรวจ ตำรวจที่ขับรถตรวจการ รถมอเตอร์ไซด์ และแอมบูแลนซ์จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการนั้น ในตัวแบบนี้จะใช้ ทั้งโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 15 วิทูลีสื่อสารซึ่งได้จัดจุดเครือข่ายไว้ 20 สถานี และการใช้โทรสาร สำหรับศูนย์สื่อสารทางการแพทย์นั้นเมื่อได้รับแจ้งเหตุแล้วข้อมูลที่แน่นอนแล้วจะเชื่อมโยงต่อไปยังรถตรวจการซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ทันที

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการทรัพยากรของระบบนั้นทั้งหมดมาจาก 2 ส่วนได้มาจากกรมตำรวจและภาคเอกชน สำหรับกรมตำรวจนั้นเป็นการใช้งบประมาณปกติในส่วนที่เป็นเงินเดือน ค่าโทรศัพท์ ค่าไฟฟ้า ส่วนภาคเอกชนนั้นมีบริษัทเอกชนสนับสนุนสำนักงาน อุปกรณ์อื่นๆ ได้มาจาก องค์กรเอกชนที่สนับสนุนแพทย์ปฏิบัติงาน ยาและอุปกรณ์การแพทย์ องค์กร Red Crescent สนับสนุนด้านการแพทย์และรถพยาบาล หอการค้าของเมืองอิสลามบักสนับสนุนเงินเดือนของแพทย์ และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรและประชาชนสนับสนุนอุปกรณ์สำนักงานทั้งหมดและค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการตั้งสำนักงาน และความร่วมมือจากประชาชน

2.2.8.2 กิจกรรมพื้นฐาน (Primary Activities) ซึ่งได้แก่

- 1) บังคับนำเข้า คนที่ให้บริการได้แก่ แพทย์ พารามedik อาสาสมัครตำรวจ คนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร การควบคุมการแพทย์ทางตรง พาหนะที่ต้องใช้ในการขนส่งมีทั้งรถแอมบูแลนซ์ รถตรวจการ รถมอเตอร์ไซด์
- 2) กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนตั้งแต่มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาลตั้งแต่ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนจากการนำบังคับนำเข้าเป็นผลผลิตของการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลตามภาพที่ 2.12



ภาพที่ 2.12 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลของ
Rescure-15 ในประเทศปากีสถาน

ผลการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ผลผลิตที่เกิดขึ้นของในปี 2000-2002 พบว่าใน ค.ศ. 2002 จำนวนผู้ที่เรียกใช้การดูแลฉุกเฉินสูงขึ้นกว่าปี 2000 ประมาณ 3 เท่า นอกโดยในปี 2002 มีจำนวนผู้ที่แจ้งเหตุ 466,738 ราย ให้การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ 350,053 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 ของที่แจ้งเหตุ นำส่งโรงพยาบาล 77,012 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.5 Response Time 10.4 นาที ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมี (Score-2 ถึง +2) ดังนี้

ความพึงพอใจต่อการรับโทรศัพท์ ($\bar{X} \pm SD$) 1.72 ± 0.8

ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมการกู้ชีพ ($\bar{X} \pm SD$) 1.31 ± 0.8

ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือ ($\bar{X} \pm SD$) 1.12 ± 0.8

ความพึงพอใจต่อความสำเร็จทั้งหมด ($\bar{X} \pm SD$) 1.05 ± 0.9

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและนโยบายสาธารณะ

นักวิชาการมีมุมมองเกี่ยวกับ “นโยบาย” ในหลายแง่มุม แตกต่างกันไป เพื่อให้มีทฤษฎีและมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดของประทุม รอดประเสริฐ (2547 : 11-12) ที่ได้เสนอมุมมองไว้ 5 ทฤษฎี คือ 1) นโยบายในฐานะเป็นปรัชญา เนื่องจากปรัชญาเกี่ยวพันกับความจริง ความเชื่อ ความสนใจ ซึ่งนโยบายที่ดีกำหนดขึ้นจากข้อมูลและเอกสารที่เป็นจริงและถูกต้อง นโยบายจึงมีฐานะเป็นส่วนหนึ่งของปรัชญา 2) นโยบายในฐานะเป็นอุดมการณ์ ทั้งนโยบายและอุดมการณ์ต่างก็เป็นแนวคิดหรือความหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น 3) นโยบายในฐานะเป็นสังคมศาสตร์ นโยบายเป็นแนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อสนองความต้องการของสังคม และเป็นกระบวนการของวิชาที่ว่าด้วยการปกครอง เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในสังคมซึ่งอยู่ในหมวดสังคมศาสตร์ 4) นโยบายในฐานะเป็นการวางแผน นโยบายเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการวางแผนเป็นกระบวนการในการตัดสินใจเลือกสรรแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายเช่นเดียวกัน 5) นโยบายในฐานะเป็นสิ่งน่าลงทุน นโยบายบางอย่างเกิดในช่วงเวลาวิกฤตต่างๆ คนส่วนใหญ่อาจไม่ชอบหรือสงสัย แต่ต้องปฏิบัติตาม

จะเห็นได้ว่านโยบายมีมุมมองในหลาย ทฤษฎี มีส่วนสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ เชื่อมโยงกับส่วนอื่น ทั้งในแง่ของศาสตร์ ปรัชญา แนวคิด และกระบวนการ มุมมองเกี่ยวกับนโยบาย จึงเป็นมุมมองภายใต้บริบทต่างๆ โดยมีแยกขาดจากกัน

2.3.1 ความหมายของนโยบาย นักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า “นโยบาย”

ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายของนโยบายในแง่ของแนวทาง หลักการ ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ได้แก่ Kast and Rosenzweig (1985: 499) ให้ความหมายของนโยบายว่า เป็นแผนของการปฏิบัติการทั่วไปที่ชี้แนะสมาชิกขององค์การให้ดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติงานขององค์การ สอดคล้องกับ Jacop (1966: 3) ที่ว่า นโยบาย คือ หลักการ แผนการ หรือแนวทางของการปฏิบัติงาน และ Friedrich (1963: 79) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย คือ ข้อเสนอแนะ แนวทางในการปฏิบัติของบุคคล กลุ่ม หรือรัฐ ภายใต้สภาพแวดล้อมแบบหนึ่ง เป็นความพยายามที่จะให้บรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายของนโยบายในแง่เป็นการตัดสินใจของผู้บริหาร ได้แก่ Greenwood (1965: 222) ให้ความหมายว่า นโยบาย หมายถึง การตัดสินใจขั้นต้นที่การกำหนดแนวทางอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ Haimann and Scott (1974: 65) ที่กล่าวว่า นโยบาย หมายถึง ขอบเขตของเหตุและผลที่ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจ และประทุม รอดประเสริฐ (2547: 14) ได้กล่าวว่า นโยบาย

เป็นกรอบสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงวิถีทางและผลแห่งการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการบางท่านที่ให้ความหมายของนโยบายทั้ง 2 กลุ่ม ดังเช่น Wayne (1952: 198) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย คือ โครงการในการปฏิบัติงานให้บรรลุถึงเป้าหมายอย่างมีคุณค่า และเป็นการตัดสินใจเลือกจุดมุ่งหมายและวิธีการในการบริหารองค์การ ส่วน อุทัย บุญประเสริฐ (2527: 1) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย ได้แก่ ข้อความหรือสิ่งที่ได้กำหนดไว้เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ซึ่งผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติจะต้องนำไปใช้เป็นกรอบของแนวคิดในการพิจารณาตัดสินใจ จัดทำแผน จัดทำโครงการ และกำหนดวิธีดำเนินการ ส่วน ศิริรัตน์ เสรีรัตน์ และคณะ (2539: 152) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายเป็นข้อความทั่วไป เพื่อแนะแนวความคิดในการตัดสินใจของผู้บริหารให้มั่นใจว่ามีการตัดสินใจที่เหมาะสม

2.3.2 ความหมายของนโยบายสาธารณะ นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “นโยบายสาธารณะ” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายของนโยบายในแง่ของแนวทาง โครงการ หรือกิจกรรมของรัฐ ซึ่งได้แก่ Sharkansky (1970: 1) ; Lasswell and Kaplan (1970: 71) ; Jacop (1966: 3) ; Anderson (1975: 3) ; Dye (1995: 1) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ คือ แผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่กระทำโดยรัฐบาล

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในแง่เป็นการตัดสินใจของรัฐบาล ได้แก่ Greenwood (1965: 222) ; Caldwell (1970: 1) และสมบัติ ธำรงธัญวงศ์ (2550: 21-22) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจขั้นต้น เพื่อกำหนดแนวทางกว้างๆ ให้การปฏิบัติงานด้านต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่สังคมเข้าไปดำเนินการ ยินยอมหรือห้ามมิให้กระทำให้เป็นไปอย่างถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์

2.3.3 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ เป็นการศึกษาทางสังคมที่สำคัญและอาศัยความรู้อย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเรื่องที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ ต้องคำนึงถึงผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าจะส่งผลกระทบต่อสถานภาพและความมั่นคงทางการเมือง สังคมเพียงใด การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายได้รับความสนใจศึกษาอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่ด้วยเหตุผลของการนำเสนอทางเลือกนโยบายที่เหมาะสมให้แก่ผู้ตัดสินใจนโยบาย เพื่อให้สามารถเลือกนโยบายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ โดยมีจุดเน้นในการศึกษาวิเคราะห์นโยบายแตกต่างกัน ในทัศนะของนักวิทยาศาสตร์เห็นว่าเป็นการแสวงหาความจริงเพื่อ

อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทัศนะของนักวิชาการเห็นว่าเป็นการแสวงหานโยบายที่ดีกว่าเพื่อการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิผลมากกว่า ส่วนในทัศนะของนักบริหารเห็นว่าเป็นความพยายามที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ซึ่งมีจุดเน้นที่ผลลัพธ์ของนโยบาย ในทัศนะของนักการเมืองเห็นว่าเป็นการแสวงหาเพื่อแสดงจุดยืนให้ประชาชนเลื่อมใสศรัทธา และในทัศนะของประชาชนเห็นว่าเป็นการหาเหตุผลสนับสนุนข้อโต้แย้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายมากกว่าการเสนอแนะ เป็นการแสวงหาสาเหตุและผลของนโยบายโดยใช้วิธีการวิทยาศาสตร์ เป็นความพยายามที่จะพัฒนาและทดสอบข้อเสนอกว้างไปเกี่ยวกับนโยบาย (Dye, 1995: 7) การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายได้รับความสนใจในหลากหลายสาขาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลของประโยชน์ที่ทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายนโยบาย มีปัจจัยใดเป็นอุปสรรค หรือมีปัจจัยใดที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นศาสตร์ทางการบริหารสาขาหนึ่งในกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการตัดสินใจของผู้บริหารและการจัดการให้มีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ จากข้อมูลทางการศึกษาพบว่า สาขารัฐศาสตร์มีจุดเน้นในการวิเคราะห์ส่วนต้นของกระบวนการนโยบาย คือ ส่วนการก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) การนำเสนอร่างนโยบาย (Policy Formulation) การอนุมัติและประกาศเป็นนโยบาย (Policy Adoption) สาขารัฐประศาสนศาสตร์ รวมถึงสาขาการบริหารการศึกษามีจุดเน้นในการบริหารนโยบาย หรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร, 2532 : 61)

ความสนใจของนักการศึกษา นักวิชาการต่างก็ให้ความสนใจเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการหรือแนวทางเพื่อปรับปรุงนโยบายและการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นหลายแนวคิด เช่น

กลุ่มที่ 1 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยมุ่งหาลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติหรือเชื่อมโยงว่ามีอะไรเกิดขึ้น เกิดขึ้นได้อย่างไร และทำไมจึงเกิดขึ้น เพื่อหาคำตอบต่อไปว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุผล (Van Meter & Van Horn, 1975: 445-448) การศึกษาที่ครอบคลุมกระบวนการจึงรวมถึงพฤติกรรม การปฏิบัติของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล สมรรถนะและความร่วมมือของหน่วยงาน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่แต่ละท้องถิ่น และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายที่นโยบายกำหนดไว้ โดยประเด็นของการศึกษายอมรับว่านโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเป็นสิ่งสำคัญ (Hambleton, 1983: 406; Pressman & Wildavsky, 1973) ในปี 1975 Van Meter & Van Horn ได้ให้ข้อเสนอว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในภาครัฐหรือเอกชน เพื่อให้เกิดความสำเร็จโดยตรงตามวัตถุประสงค์ที่นโยบายกำหนดไว้ (Van Meter & Van Horn, 1975: 446; Barrett & Fudge, 1981: 12-13)

กลุ่มที่ 2 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการทางการเมืองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ เป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคล ที่มุ่งดำเนินการใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มบรรดา ในปีเดียวกัน Sabatier & Mazmanian (1980: 538-560) เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อตอบสนองทางกฎหมาย มติคณะรัฐบาลหรือคำสั่งของศาล (Bardach, 1981: 9-11; จุมพล หนิมพานิช, 2549 : 182)

กลุ่มที่ 3 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องขององค์กรที่รับผิดชอบว่าสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งหมด ให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (วรเดช จันทรศร, 2532 : 209; สุขชัย ยาวะประภาส, 2548 : 90-91 ; สมบัติ ชำรงธัญวงศ์, 2550 : 292)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่จะชี้ถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องหลังจากมีการกำหนดนโยบาย ต้องอาศัยการบริหารนโยบายที่ครอบคลุมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมองค์การ ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลและกลุ่มบุคคล สมรรถนะและความร่วมมือของพนักงานภาครัฐและภาคเอกชน สภาพแวดล้อมของระบบและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อกระบวนการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย เพื่อให้เกิดผลตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์นโยบาย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการกำหนดนโยบาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนโยบายตามที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่นโยบายสาธารณะก็ไม่ใช่เรื่องที่เมื่อกำหนดไว้แล้ว สิ่งต่างๆ จะดำเนินไปตามที่กำหนดไว้ ต้องมีบุคคลและองค์กรที่จะนำนโยบายนั้นๆ ไปปฏิบัติให้เกิดผล ทำให้มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติมากมาย อันอาจจะส่งผลถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ นักวิชาการหลายท่านจึงได้สร้างแนวคิดและตัวแบบ เพื่ออธิบายถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของนักวิชาการ 7 ท่าน ได้แก่ 1) Van Meter and Van Horn 2) Walter Williams 3) G Edwards 4) Sabatier and Mazmanian 5) Hambleton 6) Cheema and Rondinelli และ 7) วรเดช จันทรศร มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn

Van Meter and Van Horn เขียนบทความเรื่อง “The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework” เมื่อปี 1975 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีลักษณะเป็นทฤษฎีเชิงคติฐาน (Assumptive theory) โดยอาศัยกรอบทฤษฎีองค์การ

(Organization theory) ผลการตัดสินใจพิจารณาของศาล และแนวคิดลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล (Intergovernmental Relations) แนวคิดพื้นฐานสามประการดังกล่าว ได้ช่วยให้ นักวิชาการทั้งสองสามารถออกแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Theory of Policy Implementation) ขึ้นมาในปี 1974 มีสาระสำคัญ คือ กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มขึ้นเมื่อ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายได้รับการกำหนดขึ้น และขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะผันแปรไปตามธรรมชาติของลักษณะการนำนโยบายไปใช้รูปแบบการตัดสินใจกระทำใดๆ ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเป็นสิ่งแสดงให้เห็นลักษณะของกระบวนการ โครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารนโยบาย ประเด็นสำคัญที่ควรสนใจในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ความต้องการเปลี่ยนแปลงกับระดับความขัดแย้งหรือความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของนโยบายของผู้เกี่ยวข้อง การศึกษาปรากฏการณ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ใช่เรื่องแปลก หากพบเหตุการณ์ประเภทที่ว่า นโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงสูง แต่ผู้เกี่ยวข้องเห็นพ้องต้องกันต่ำกับนโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงต่ำ แต่ผู้เกี่ยวข้องเห็นพ้องต้องกันสูง จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทฤษฎีของ Van Meter and Van Horn คาดการณ์ว่า นโยบายที่มีความต้องการการเปลี่ยนแปลงสูงและมีความเห็นพ้องกันสูง จะมีประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติสูงกว่านโยบายที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงต่ำและมีความเห็นพ้องต้องกันต่ำ

ตัวแบบของ Van Meter and Van Horn ประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัวแปร ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างตัวนโยบายกับผลการปฏิบัติตามนโยบาย ตัวแบบนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีต่อกัน และความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในเชิงประจักษ์แล้ว ตัวแปรอิสระที่อยู่ในตัวแบบประกอบไปด้วยตัวแปรต่อไปนี้

2.4.1.1 มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะตัดสินถึงสมรรถนะของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย เช่น โครงการสร้างงานในเมืองไอค์แลนด์ที่ศึกษาโดย Pressman and Wildavsky ในปี 1973 พบว่า การที่จะบอกว่่านโยบายประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น พิจารณาจากจำนวนงานที่ได้สร้างขึ้น การรายงานจากผู้ที่ได้ถูกว่าจ้าง และความก้าวหน้าของโครงการ แต่ในกรณีส่วนมากการวัดสมรรถนะของนโยบายก็อาจทำได้ยากเช่นกัน เนื่องจากเป้าหมายมีความซับซ้อนและยากที่จะบรรลุได้ อาจเป็นเพราะความคลุมเครือและขัดแย้งกันเองในข้อความของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยที่การศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติจำเป็นที่ว่า เป้าหมายและวัตถุประสงค์จะต้องถูก

กำหนดและวัดได้ เพราะว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทราบได้ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากปราศจากเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Pressman and Wildavsky, 1973: xiv) ในการพิจารณามาตรฐานและวัตถุประสงค์ สามารถใช้ข้อความของผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งสะท้อนในเอกสารต่างๆ เช่น ข้อบังคับของแผนงาน เอกสารแนวปฏิบัติ ซึ่งแสดงถึงหลักในการประเมินสมรรถนะนโยบาย ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะถูกสรุปโดยนักวิจัย โดยสรุปแล้วทางเลือกของการวัดสมรรถนะจะขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายซึ่งการวิจัยจะเป็นตัวนำไปหา

2.4.1.2 ทรัพยากรของนโยบาย (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) นอกจากนโยบายจะมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์แล้ว นโยบายยังประกอบด้วยทรัพยากรซึ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย หมายความว่ารวมถึงเงินงบประมาณและสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงาน ทรัพยากรเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือช่วยให้ความสะดวกต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าทรัพยากรนโยบายที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ให้นโยบายบรรลุผล จากการศึกษาของ Martha Derthick (1972: 87) ได้พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรที่สำคัญมากที่สุดที่ส่งผลให้นโยบายประสบความสำเร็จ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐมากกว่าการให้งบประมาณที่เพียงพอ

2.4.1.3 การสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมส่งเสริม (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) การนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นที่เข้าใจของผู้รับผิดชอบนโยบาย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความชัดเจน (Clarity) ของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ความเที่ยงตรง (Accuracy) ของการสื่อสารไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และความแน่นอนหรือเป็นหนึ่งเดียว (Accuracy or uniformity) ที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการสื่อสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

มาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่สามารถสื่อถึงผู้ปฏิบัติจนกว่าผู้ปฏิบัติจะได้รับความชัดเจนที่เพียงพอถึงสิ่งที่นโยบายต้องการจะสื่อให้พวกเขา รู้ การสื่อสารภายในและระหว่างองค์การเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและยาก การส่งผ่านข้อความภายในองค์การหรือระหว่างองค์การอาจถูกบิดเบือนไปโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ (Downs, 1967: 133-136) ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าแหล่งที่มาของการสื่อสารต่างกัน การแปลความของมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่ตรงกัน หรือถ้าเป็นแหล่งเดียวกันอาจมีความขัดแย้งในการตีความ ผู้ปฏิบัติจะมีความยากในการหาจุดมุ่งหมายของนโยบาย ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลจะทำได้โดยมีความชัดเจนของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ซึ่งส่งออกไป ความเที่ยงตรงและความแน่นอนซึ่งผู้ปฏิบัติได้รับการสื่อสาร

การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบผล บ่อยครั้งที่ต้องมิกลไกของสถาบันและวิธีการปฏิบัติที่ผู้มีอำนาจเหนือกว่า สามารถเพิ่มความเป็นไปได้กับผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้ทิศทางเป็นหนึ่งเดียวกับมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

การสื่อสารระหว่างองค์การมีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมาก อันประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นและสนับสนุนที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านเทคนิคและความช่วยเหลือโดยหน่วยงานระดับบน เพื่อช่วยเหลือให้หน่วยงานระดับล่างดำเนินการตามที่ต้องการ และ 2) หน่วยงานระดับบนอาจพิจารณาให้การสนับสนุนได้หลายรูปแบบ ทั้งเป็นผลด้านลบและบวกต่อหน่วยงานระดับล่าง Van Meter and Van Horn ได้นำแนวคิดของ Etzioni (1966: 5-8) เกี่ยวกับเรื่องอำนาจมีอยู่ 2 ชนิด คือ อำนาจในการใช้กฎระเบียบเป็นตัวบังคับ (coercive power) อำนาจในการให้รางวัลตอบแทน (Remunerative Power) มาใช้ในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ การสื่อสารดังกล่าวอาจมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการหรือนโยบายด้วยกันเลย หรือในรูปของการที่ผู้กำหนดนโยบาย สร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการบริหาร หรือให้บริการด้านเทคนิค บุคลากร หรือการวิจัย

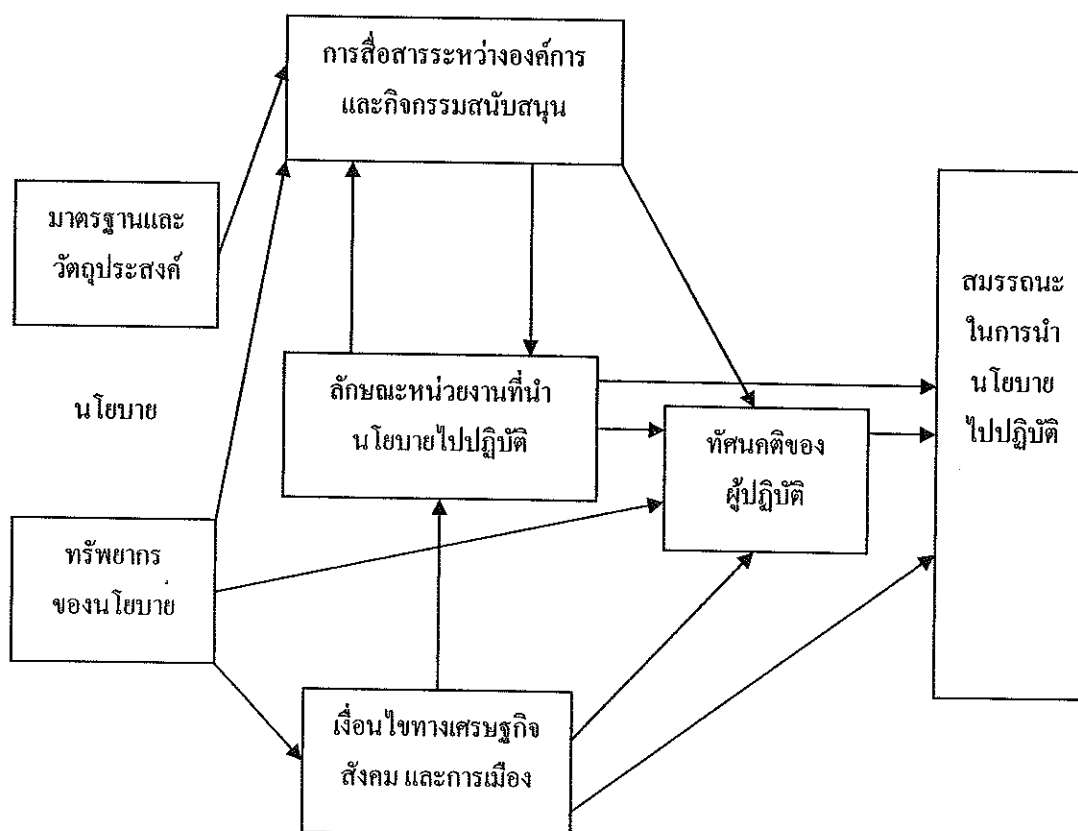
2.4.1.4 ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) มี 2 องค์ประกอบ คือ 1) ลักษณะ โครงสร้างอย่างเป็นทางการขององค์การ และ 2) ลักษณะอย่างไม่เป็นทางการของบุคลากรในองค์การ โดยที่ลักษณะของหน่วยงานที่ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วยปริมาณและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน ระดับของการควบคุมที่เป็นลำดับขั้นในการตัดสินใจและการดำเนินงานในหน่วยงานนำนโยบายไปปฏิบัติ ทรัพยากรทางการเมืองของหน่วยงาน เช่น แรงสนับสนุนจากผู้บริหารและนักการเมือง ความสามารถในการยืนหยัดของหน่วยงาน ระดับการสื่อสารแบบเปิดภายในหน่วยงาน เช่น การมีเครือข่ายการสื่อสารที่เป็นอิสระทั้งในแนวนอนและแนวตั้ง การมีระดับของความอิสระสูงในการสื่อสารกับบุคคลภายนอกหน่วยงานและการเชื่อมโยงอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้กำหนดนโยบาย และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4.1.5 เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) ผลกระทบของเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ต่อนโยบายสาธารณะ ได้รับความสนใจในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเปรียบเทียบการเมืองของรัฐและนโยบายสาธารณะได้รับความสนใจในการชี้ถึงอิทธิพลของตัวแปรสภาพแวดล้อมเหล่านี้ ต่อผลลัพธ์ของนโยบาย ถึงแม้ว่าผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อการตัดสินใจในนโยบายได้รับความสนใจน้อย แต่อาจจะมีผลอย่างมากต่อสมรรถนะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ในการอธิบายให้เห็นภาพ จะเสนอโดย

พิจารณาจากคำถามเหล่านี้ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือต่อหน่วยงาน ซึ่งนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีความเพียงพอต่อการส่งเสริมให้แผนงานโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติของความเห็นสาธารณะเป็นอย่างไร มีจุดเด่นที่สัมพันธ์กับประเด็นนโยบายอย่างไร ชนชั้นผู้นำชมชอบหรือต่อต้านนโยบายที่นำไปปฏิบัตินั้นและกลุ่มหลากหลายในสังคม รวมทั้งกลุ่มผลประโยชน์ภาคเอกชนคัดค้านหรือสนับสนุนการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ

2.4.1.6 ทักษะของผู้ปฏิบัติ (Van Meter and Van Horn, 1975: 463) แต่ละองค์ประกอบของตัวแบบที่ได้กล่าวไป จะถูกกลั่นกรองผ่านการรับรู้ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่ซึ่งนโยบายได้ถูกส่งผ่านไป ความตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีอยู่ 3 ประการ ที่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถและความตั้งใจในการดำเนินนโยบาย ซึ่งได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย 2) ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ เช่น การยอมรับ การเป็นกลาง การปฏิเสธ และ 3) ระดับการตอบสนองในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติ

เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจถึงมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ในเรื่องทิศทางการร่วมมือของผู้ปฏิบัติต่อมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้น ผู้ปฏิบัติอาจปฏิเสธเป้าหมายของนโยบายตั้งแต่ต้น สาเหตุอาจมาจากการที่เป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้นขัดต่อค่านิยมในตัวผู้ปฏิบัติ หรือขัดแย้งต่อผลประโยชน์หรือความสนใจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งสามารถแก้ไขโดยการให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนโยบายตั้งแต่เริ่มต้น สุดท้ายในเรื่องระดับการร่วมมือหรือตอบสนองของผู้ปฏิบัติอาจมีผลต่อสมรรถนะของนโยบาย การที่มีความร่วมมือของผู้ปฏิบัติไปในทางลบ นำไปสู่การขัดขืนต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ คำถามของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มหาข้อยุติไม่ได้ หน่วยงานในระดับรองลงไปจะถูกปฏิเสธการเข้าร่วมนโยบาย ในสภาพเหตุการณ์นี้จะต้องใช้กฎระเบียบและกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้หน่วยงานไปสู่การปฏิบัติได้ ตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.3

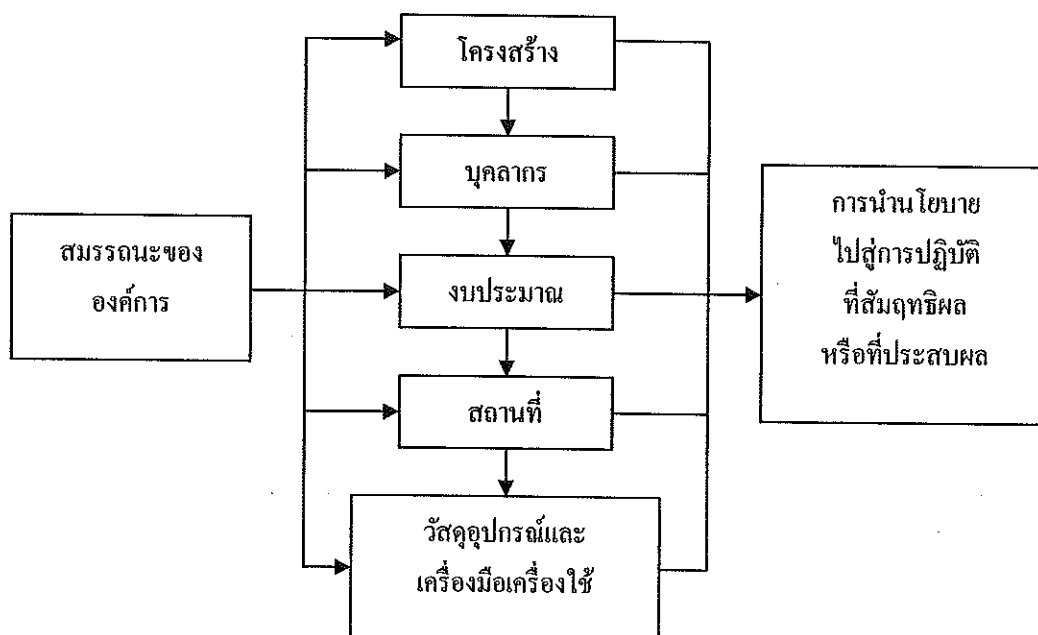


ภาพที่ 2.13 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn (Van Meter, D and Van Horn, C.E., 1975: 463)

2.4.2 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Walter Williams

เป็นแบบการวิเคราะห์ทางด้านการจัดการ (The Model of Management or Management Model) แบบการวิเคราะห์นี้ให้ความสนใจไปที่สมรรถนะขององค์กร เพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์กรที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด ในแง่ดังกล่าว นโยบาย/โครงการที่จะประสบความสำเร็จได้จึงจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม บุคลากรที่มีอยู่ในองค์กรจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคอย่างเพียงพอ นอกจากนี้องค์กรยังจะต้องมีการวางแผนเตรียมการหรือมีความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และงบประมาณ (จุมพล หนิมพานิช, 2549 : 261)

แบบการวิเคราะห์นี้มีความเชื่อว่า สมรรถนะขององค์กรที่ประกอบด้วย โครงสร้างบุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิ์ผล แบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.4

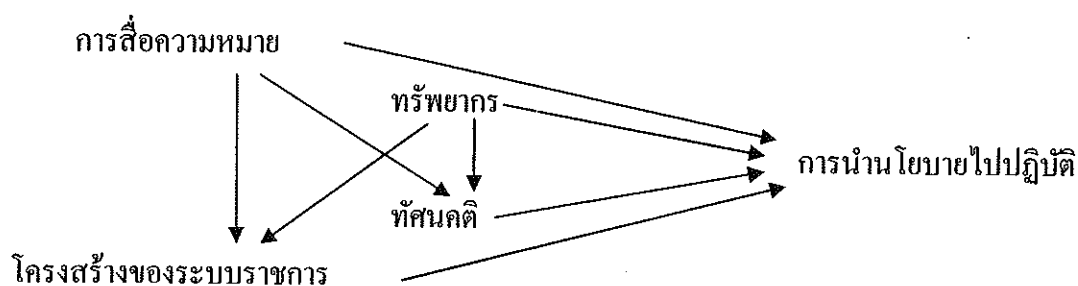


ภาพที่ 2.14 ตัวแบบการวิเคราะห์ทางด้านการจัดการ (Walter Williams, 1979)

2.4.3 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ G. Edwards III

Edwards (1980) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการเสนอตัวแบบเช่นนี้ก็เพราะว่า ตัวแปรที่เสนอไว้ในตัวแบบมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และผลการกระทำเช่นนี้ส่งผลให้เห็นเป็นผลสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (สมพร เพื่องจันทร์, 2539 : 158-164)

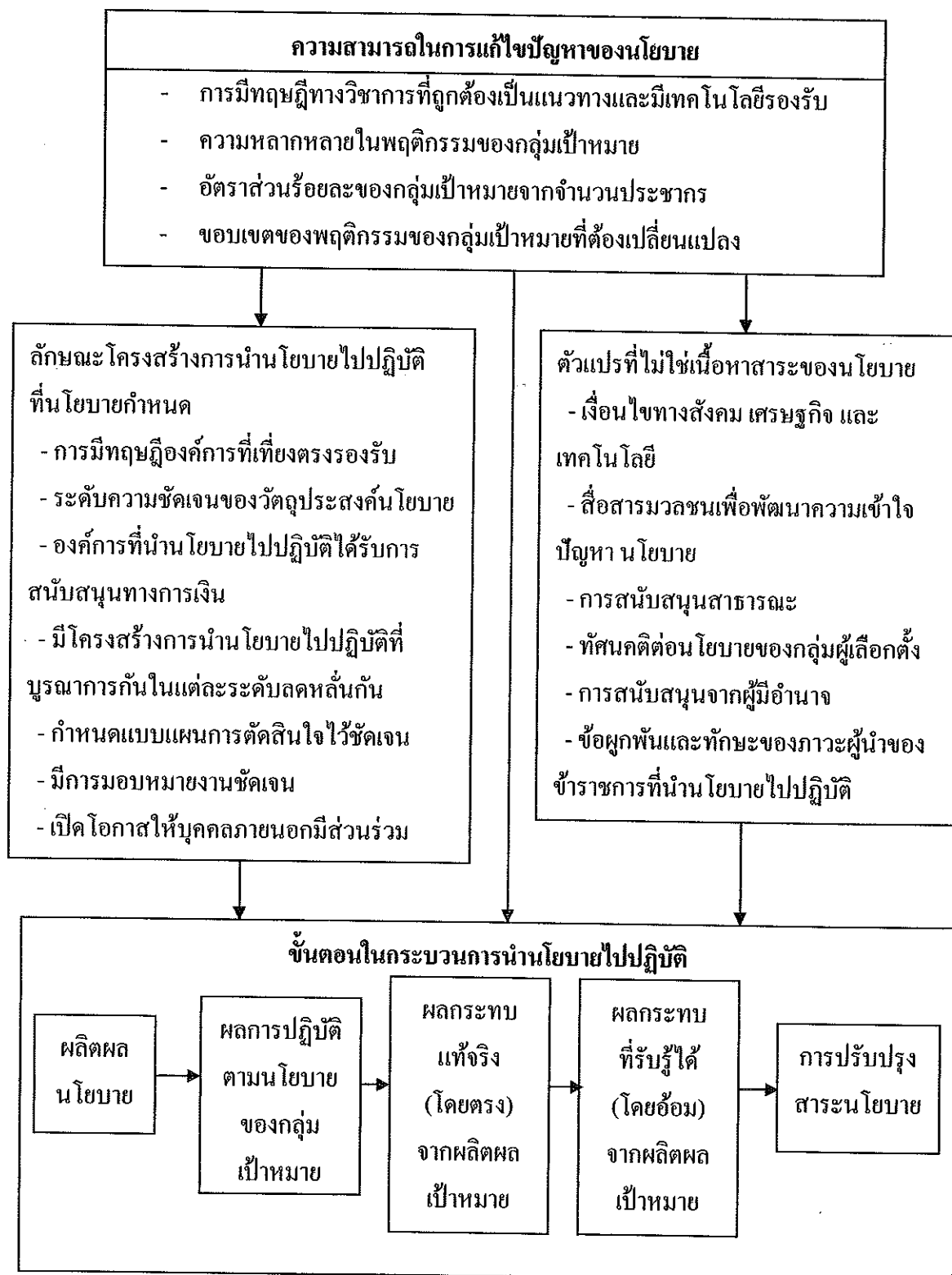
Edwards ได้เสนอไว้ว่า การอธิบายการนำเอานโยบายไปปฏิบัตินั้นมีตัวแปรที่สำคัญอยู่ 4 ตัวแปร กล่าวคือ การสื่อความหมาย (Communication) ทรัพยากร (Resources) ทักษะ (Dispositions or Attitudes) และ โครงสร้างทางการบริหาร (Bureaucratic Structure) โดยที่ตัวแปรทั้ง 4 นี้จะส่งผลต่อการดำเนินงาน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลา



ภาพที่ 2.15 ผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Edwards, G.C. III, 1983)

2.4.4 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Sabatier and Mazmanian

Sabatier and Mazmanian (1980: 538-567) ได้เขียนผลงานคือ “The Implementation of regulatory policy: A framework of analysis” และได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1980 ใช้ชื่อบทความว่า “The implementation of public policy: A framework of analysis” ได้เสนอกรอบแนวคิดในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องดำเนินการเป็นขั้นตอน กล่าวคือ (1) จัดทำประกาศ กฎหมาย (2) ลงมือปฏิบัติตามกฎหมาย (3) ปฏิบัติตามนโยบายของกลุ่มเป้าหมาย (4) ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายบทบาทสำคัญของการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย คือ (1) ข้อความ เนื้อหาสาระของนโยบายสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้ (2) เนื้อหาสาระของกฎหมายสามารถกำหนดโครงสร้างของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ และ (3) ผลกระทบทางการเมือง สามารถรักษาความสมดุลในการสนับสนุนวัตถุประสงค์ของนโยบาย



ภาพที่ 2.16 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Sabatier and Mazmanian (1980)

2.4.5 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Hambleton

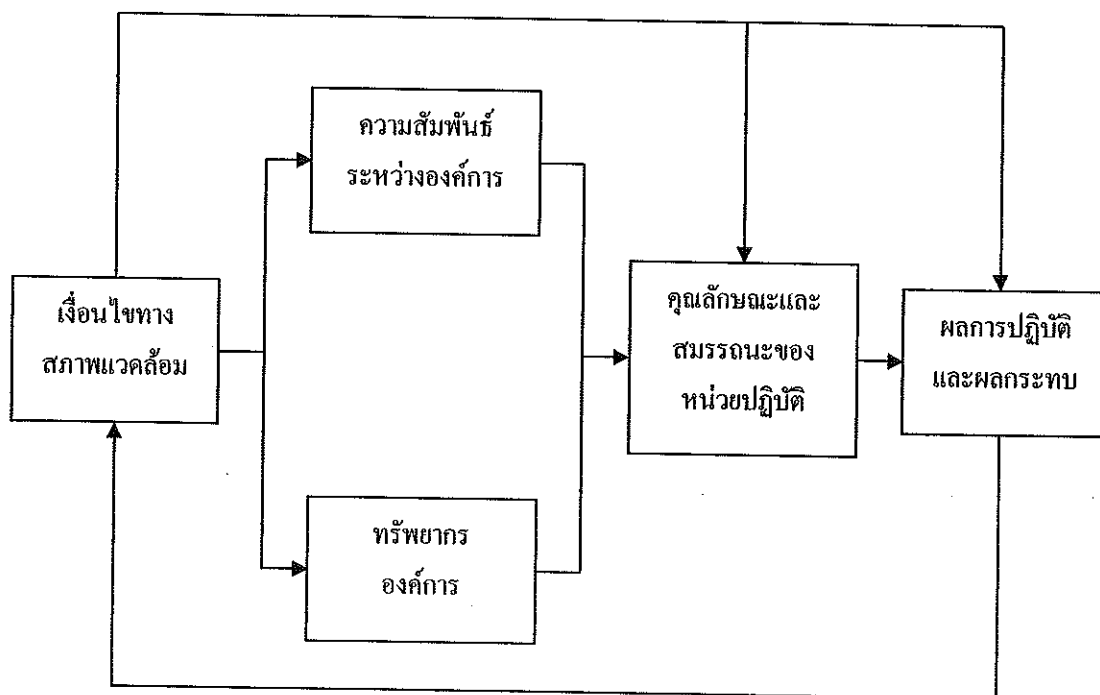
Hambleton (1983) ได้ทำการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนนโยบายและการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ และได้เสนอแนวคิดเรื่องระบบการวางแผนนโยบายที่ใช้ในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยได้เสนอรูปแบบการวิเคราะห์แนวคิดเรื่องระบบการวางแผนนโยบายโดยใช้ทฤษฎี 3 ทฤษฎี ได้แก่ (1) ทฤษฎีการวางแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน (2) ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างองค์การ และ (3) ทฤษฎีวิฤติการณ์ทางการเงิน จากการศึกษาของ Hambleton ในเรื่องดังกล่าว ได้มีการนำปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมาพิจารณาถึง 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านการสื่อสารของนโยบาย (2) ปัจจัยด้านความหลากหลายของหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติ (3) ปัจจัยด้านมุมมองและอุดมคติของผู้ปฏิบัติ (4) ปัจจัยด้านทรัพยากร และ (5) ปัจจัยด้านการเมืองที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนนโยบายมาใช้ในการอธิบายด้วย (วรเชษฐ จันทร์สุร, 2548 : 176-180) ตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.17

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ				
การสื่อสารของ นโยบาย	ความหลากหลาย ของหน่วยงานที่ เป็นผู้ปฏิบัติ	มุมมองและ อุดมคติของ ผู้ปฏิบัติ	ทรัพยากร	การเมืองที่ เกี่ยวข้องกับการ วางแผนนโยบาย

ภาพที่ 2.17 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Hambleton (1982)

2.4.6 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Cheema and Rondinelli

Cheema and Rondinelli (1983) ได้เสนอตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process) โดยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแผนงานการกระจายอำนาจในการนำนโยบายไปปฏิบัติในเอเชีย (Implementing Decentralization Program in Asia) โดยมุ่งเน้นการศึกษาสมรรถนะขององค์กรท้องถิ่นในการพัฒนาชนบท (สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2550 : 458-463) ตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.18



ภาพที่ 2.18 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Cheema and Rondinelli (1983)

2.4.7 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของวรเดช จันทรศร

วรเดช จันทรศร (2548 : 135-154) ได้ทำการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจากผลงานของนักวิชาการที่มีชื่อเสียงหลายท่าน รวมทั้งนำประสบการณ์ที่ผ่านมา พัฒนาเป็นแนวคิดและตัวแบบทางทฤษฎีรวม 6 ตัวแบบ ได้แก่

2.4.7.1 ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational Model) ยึดหลักเหตุผล ในที่นี้หมายถึง องค์กรที่จะต้องดำเนินงานในฐานที่เป็น “Rational value maximizes” โดยยึดวัตถุประสงค์เป็นแนวทางเพื่อให้องค์กรสร้างผลงานได้ใกล้เคียงกับวัตถุประสงค์มากที่สุด ดังนั้น นโยบายที่ประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายงาน และกำหนดมาตรฐานการทำงานให้หน่วยย่อยต่างๆ มีระบบการประเมินผล ตลอดจนระบบการให้ทุนให้โทษที่ชัดเจน

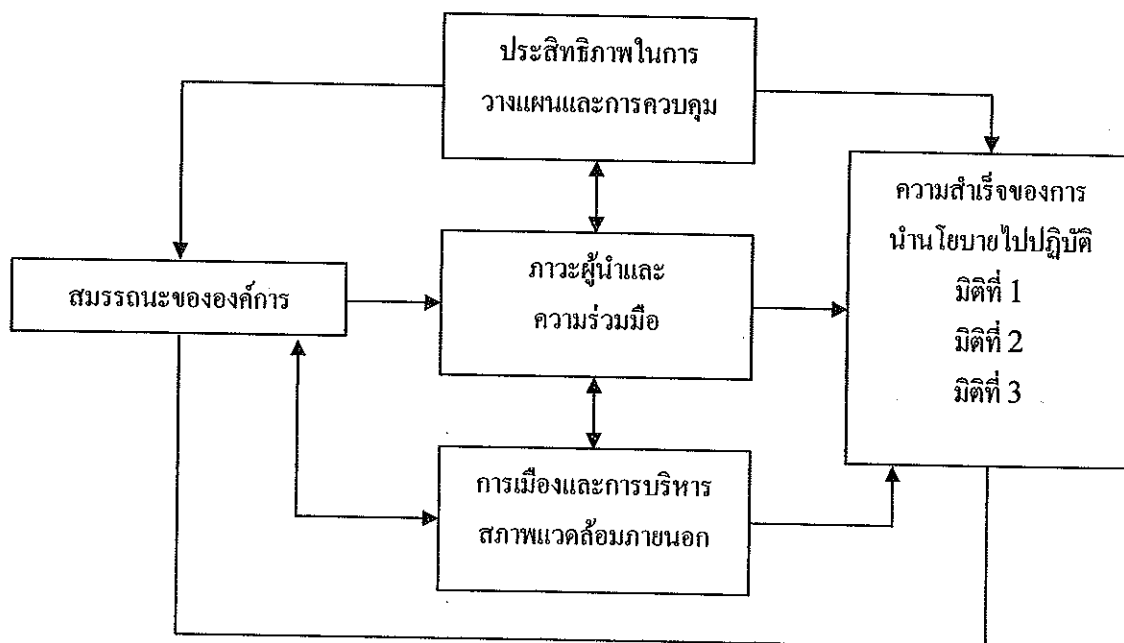
2.4.7.2 ตัวแบบด้านการจัดการ (Management Model) ตัวแบบนี้ให้ความสนใจที่สมรรถนะขององค์กร เพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับสมรรถนะขององค์กร นั่นคือ องค์กรต้องมีโครงสร้างที่เหมาะสม มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถทั้งด้านบริหาร และเทคนิคอย่างเพียงพอ

2.4.7.3 ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model) ตัวแบบนี้เน้นที่การมีส่วนร่วมของคนในองค์กร เพราะเชื่อว่าการมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้การจูงใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสมมากกว่าการควบคุม การที่ทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จอยู่ที่ความร่วมมือของทุกคนในองค์กร

2.4.7.4 ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) ตัวแบบนี้เชื่อว่าอำนาจขององค์กรไม่ได้อยู่ที่หัวหน้าขององค์กรเท่านั้น แต่จะกระจายอยู่ทั่วไปในองค์กร นั่นคือสมาชิกทุกคนในองค์กรมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการที่มีหน้าที่ต้องติดต่อกับประชาชน จะสามารถใช้วิจารณญาณในการปฏิบัติหน้าที่ โดยผู้บังคับบัญชามีอาจควบคุมได้ ซึ่งหากนโยบายใดมีผลกระทบต่อข้าราชการเหล่านี้ จึงมักประสบความล้มเหลวในการนำไปปฏิบัติ นอกจากข้าราชการจะยอมรับหรือปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของเขา

2.4.7.5 ตัวแบบทางการเมือง (Political Model) ตัวแบบนี้เชื่อว่าการสร้างสมานฉันท์จะทำให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติทำได้ยาก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาในระบบสังคมต่างๆ ไป เพราะย่อมมีทั้งผู้ได้ประโยชน์และเสียผลประโยชน์ การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นเรื่องการเผชิญหน้า การบริหารความขัดแย้ง การสร้างเงื่อนไขข้อต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรทั้งระหว่างบุคคลหรือกลุ่มหน่วยงาน ดังนั้นความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการต่อรองของบุคคลที่เป็นตัวแทนองค์กร

2.4.7.6 ตัวแบบเชิงบูรณาการ (General Model) เป็นตัวแบบที่รวบรวมแนวคิดของทั้ง 5 ตัวแบบมาไว้ โดยมุ่งแสวงหาผลกระทบของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ แบ่งการพิจารณาออกเป็น 3 มิติด้วยกัน ได้แก่ มิติที่หนึ่ง เป็นการวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของนโยบายจากผลผลิต ผลลัพธ์ และผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น มิติที่สองเป็นการวัดถึงผลกระทบของนโยบาย และมิติที่สามเป็นการวัดว่าผลของนโยบายนั้น สามารถส่งประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวมได้หรือไม่ ส่วนตัวแปรอิสระที่นำมาพิจารณานั้นมาจาก 4 ปัจจัยด้วยกัน คือ สมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม ภาวะผู้นำและความร่วมมือ การเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอกตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.19



ภาพที่ 2.19 ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ วรเดช จันทรศร ตัวแบบเชิงบูรณาการ (2548)

2.4.8 การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

ปัจจุบันการทำงานด้านสาธารณสุข มักจะได้ยินคำว่า “เครือข่าย” อยู่บ่อยครั้ง เช่น เครือข่ายการให้คำปรึกษาฯ เครือข่ายการประเมินผล ซึ่งทั้ง 2 เครือข่าย ได้มีการดำเนินการอยู่ทั่วประเทศมาโดยตลอด นอกนั้นยังมีการใช้คำนี้ในปรากฏการณ์ทางสังคมศาสตร์ รวมทั้งในหน่วยงานอื่นๆ หรือในองค์กรภาคชุมชน เช่น เครือข่ายชุมชนประชาคมจังหวัด เครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน เครือข่ายหมอพื้นบ้าน ฯลฯ

ความหมายของเครือข่าย คำว่าเครือข่าย ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Net Work ซึ่งให้ภาพพจน์ที่ชัดเจนว่า Net หมายถึง ตาข่ายที่จะเชื่อมโยงหรือโยงใยถึงกันและกัน และพร้อมที่จะ Work คือ ทำงานได้ เมื่อต้องการใช้งาน ซึ่งมีผู้รู้และนักวิชาการหลายท่านทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศได้ให้คำจำกัดความและความหมายในเรื่อง “เครือข่าย” มากมายและคล้ายคลึงกันออกไป หรือกล่าวได้ว่า เครือข่าย หมายถึง รูปแบบของการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกัน (นฤมล นิราทร, 2543 : 14 ; ปุสดี มอนซอน และคณะ, 2547 : 1) โดยการติดต่ออาจทำได้ทั้งที่ผ่านศูนย์กลางแม่ข่ายหรือแกนนำ หรืออาจไม่มีแม่ข่ายหรือแกนนำ แต่จะทำการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่ตนหรือองค์กร สมาชิกยังมีความเป็นอิสระ โดยที่มีการรวมตัวแบบหลวมๆ เฉพาะกิจ ตามความจำเป็นหรือโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีคำว่า

แนวร่วมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Alliance) หรือหุ้นส่วนในการทำงาน (Partner) หรือการประสานงานระหว่างองค์กร (Inter-organizational Coordination) ซึ่งกล่าวถึงสิ่งสำคัญในการทำงานเครือข่าย ได้แก่ การแสวงหารูปแบบขององค์กรที่ยืดหยุ่น มีโครงสร้างแนวราบ (Flat Structure) มีความเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งสามารถตอบสนองโลกที่มีปัญหา มีความซับซ้อนเปลี่ยนแปลงและมีการแข่งขันสูง (Fukuyama, 2001: 7-20)

นอกจากนั้นสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2551 : 34-43) ยังกล่าวถึงเครือข่ายว่าหมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ได้หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ชุดของการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดสายใยผูกพันของครอบครัว เพื่อน และคนรู้จักในช่วงชีวิตของคน เครือข่ายสังคมอาจเปรียบได้กับภาพของจุดต่างๆ ที่มีการเชื่อมโยงกันด้วยเส้นตรงหลายๆ เส้น จุดคือบุคคล และเส้นตรงคือสายสัมพันธ์ บุคคลแต่ละคนจึงเป็นเสมือนจุดศูนย์กลางที่มีสายสัมพันธ์กับจุดหรือบุคคลอื่นที่มีสายสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ต่อไปอีกที่ บุคคลตรงจุดศูนย์กลางไม่รู้จักแนวทางการวิเคราะห์เครือข่ายสามารถนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง สรรพสิ่งต่างๆ ได้ตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับโลก สรรพสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่ายความสัมพันธ์เราเรียกว่า จุด (Node) ถ้ามีการเชื่อมโยงระหว่างจุดต่างๆ ความสัมพันธ์ของจุดเหล่านี้ก็คือ เครือข่าย (Network) ภายในเครือข่ายมีแนวความคิดสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างหน่วยและเครือข่ายที่อยู่ในโครงข่ายนั้น แนวความคิดดังกล่าวคือ แนวความคิดที่ว่าด้วยอำนาจและศูนย์กลาง (Power and Centrality) คนที่มีตำแหน่งเป็นศูนย์กลางเป็นตำแหน่งที่มีเอกลักษณ์เหนือคนที่ยอมลดชั้นในวงนั้น คนศูนย์กลางนี้ เราเรียกว่า Hub ซึ่งสามารถหวังได้ว่าจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเรื่องของอำนาจ งานวิจัยจำนวนมากได้ข้อสรุปว่า คนศูนย์กลางได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีอำนาจ ทั้งในองค์กรและในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ อีกทั้งยังพบอีกว่าความสัมพันธ์ไม่เป็นไปอย่างตรงไปตรงมาและไม่เป็นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันด้วย และแม้ว่าเรื่องของคนศูนย์กลางเป็นคุณลักษณะทางโครงสร้างที่สำคัญ แต่ก็เป็นเรื่องลำบากที่จะค้นหาคุณสมบัติให้ชัดเจน คนศูนย์กลางในเครือข่ายดำเนินการบางอย่างที่ไม่เท่าเทียมในการจัดแบ่งชั้นทางสังคม Linton Freeman (2006: 8-19) จำแนกรูปแบบของศูนย์กลางออกเป็น 3 รูปแบบ

(1) ระดับของการเป็นศูนย์กลาง (Degree Centrality) การวัดความเป็นศูนย์กลางของ “บุคคล” สามารถวัดได้จากจำนวนของการติดต่อกับคนอื่น คนที่เป็นศูนย์กลางจะมีการติดต่ออย่างแข็งขันกับสมาชิกคนอื่นๆ ในเครือข่าย ในขณะที่คนที่อยู่ขอบๆ เครือข่ายจะไม่มีติดต่อกับคนอื่นบ่อยครั้งนัก การวัดสามารถวัดจากการติดต่อทั้งทางอ้อมผ่านคนที่เป็นสื่อและการติดต่อโดยตรง

(2) ความใกล้ชิดของการเป็นศูนย์กลาง (Closeness Centrality) วัดจากผลรวมของระยะทางระหว่างคนศูนย์กลางกับคนที่ติดต่อดำเนินทั้งหมด การวิจัยของนักวิชาการหลายท่านชี้ว่าความใกล้ชิดของบุคคลที่มีต่อคนอื่นที่เพิ่มขึ้น ทำให้เขาสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อำนาจ เกียรติ อิทธิพล และมีสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้น

(3) การคั่นกลางของคนที่เป็นศูนย์กลาง (Betweenness Centrality) การคั่นกลางแสดงถึงความสำคัญของคนศูนย์กลาง ยังมีศักยภาพในการเป็นคนกลางได้มากเท่าไร ก็สามารถควบคุมการ Flow ของการติดต่อสื่อสารและความเป็นอิสระของคนในเครือข่ายที่จะติดต่อกับคนอื่น ๆ ได้มากเท่านั้น

ส่วนสำคัญของโครงข่ายและเครือข่าย ที่เกี่ยวโยงกันอย่างเป็นระบบที่มีทิศทางมี 6 ส่วน คือ

- (1) ส่วนที่เป็นแกนมีความเป็นศูนย์กลางของความเชื่อมประสานสูง (Hub)
- (2) ส่วนที่เป็นอาณาบริเวณที่มีการเชื่อมโยงติดต่อเข้าสู่แกนกลางด้านเดียว โดยส่วนที่เป็นแกนกลางออกไปไม่ได้หรือมีความสามารถที่จะเข้าอาณาบริเวณนั้นน้อย (In-continent)
- (3) ส่วนที่เป็นอาณาบริเวณที่มีการเชื่อมโยงติดต่อกับแกนกลางโดยแกนกลางออกไปได้ แต่ไม่มีทางกลับเข้า หรือมีการติดต่อไหลเวียนกลับเข้าได้ยากหรือน้อยมาก (Out-Continent)
- (4) ส่วนที่เป็นกิ่งหรือเป็นกิ่งแยกออกจากอาณาบริเวณใหญ่มี 2 อาณาบริเวณ (Tendrils)
- (5) ส่วนที่เป็นเกาะอยู่โดดเดี่ยวแยกออกจากอาณาบริเวณใหญ่ มีการติดต่อสัมพันธ์ภายในเกาะสูง แต่ไม่มีหรือมีการติดต่อสัมพันธ์กับภายนอกน้อย
- (6) ส่วนที่เป็นท่อหรือทางเชื่อม (Tube) ระหว่างอาณาบริเวณใหญ่ภายในเครือข่ายจุดเชื่อม (Nodes) หรือ มีบุคคลทำงานอยู่ 3 ประเภท คือ “Hub”, “Pulse taker”, “Gate keeper”

Hubs คือ บุคคลหรือองค์กร หรือสถาบันที่เป็นจุดเชื่อมการพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ Hubs ที่อยู่บนเครือข่ายทางสังคม เหมือนกับศูนย์กลางของกลุ่มดาว บางครั้งก็มีการเชื่อมโยงจากศูนย์กลางถึง 10 หรือ 12 สาย ผู้ที่เป็น Hub คือ ผู้เชื่อมโยงมีลักษณะเป็นแกนกลาง

Pulse Taker คือ บุคคลผู้หวนพะวงความสัมพันธ์กับคนในองค์กร หรือในชุมชน หรือในระดับชาติ ใ้ไว้มากจนทำให้สามารถตรวจสอบดูภาวะ หรือทิศทางของกลุ่มคน องค์กร ชุมชน ชาติ ได้ ผู้นี้มีลักษณะเป็น “หมอมะ” หรือ “ผู้จับชีพจร” มักซ่อนตัวอยู่ ไม่เปิดเผยตัว เหมือนกับผู้ที่ เป็น Hub

Gate keeper คือผู้ควบคุมข้อมูลข่าวสาร กำกับควบคุมการไหลเวียน การติดต่อสัมพันธ์กัน ณ บางจุด โดยเฉพาะจุดยุทธศาสตร์ขององค์กรหรือชุมชน จะเห็นได้ว่า Hub ก็เป็น Node ประเภทหนึ่ง แต่เป็น Node ที่มีสายใยเชื่อมโยงมาก เป็น “ชุมสาย” แห่งการติดต่อสัมพันธ์ ในฐานะนักพัฒนาชุมชน อ่านคำอธิบายของทฤษฎีเครือข่ายแล้ว คิดถึงอะไร เข้าใจว่าอย่างไร จะเอาไปใช้อะไร ช่วยบอกหน่อยได้ไหม

องค์ประกอบของเครือข่าย เครือข่ายที่ดีต้องประกอบด้วย (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544)

- (1) สมาชิกจะต้องมีความสนใจร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ในการประสานงาน ใช้กลุ่มทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของสมาชิก
- (2) กิจกรรมในเครือข่ายต้องประกอบด้วย การยอมรับในการทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดยมีใช่แค่การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเท่านั้น หากแต่มีการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนกระจายข้อมูล ประสบการณ์และความรู้ทั่วไป รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น
- (3) กระบวนการทำงานในเครือข่าย ประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์และแนวทางร่วมกันอย่างโปร่งใส พร้อมทั้งมีการติดต่อประสานงานอย่างสม่ำเสมอระหว่างสมาชิกในเครือข่ายในการพัฒนา ปฏิบัติและประโยชน์ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียแต่ละฝ่ายได้รับผลประโยชน์และรักษาลักษณะเช่นนี้ในระยะยาวเพื่อสร้างสัทธิาร่วมกันในการทำงานแบบเครือข่าย

ประเภทของเครือข่าย จากการศึกษาสำรวจเอกสารพบว่า มีความพยายามในการจัดแบ่งประเภทและรูปแบบของเครือข่ายออกเป็นหลายมิติ ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้องและเงื่อนไขในการนำไปใช้ในการอธิบาย ทั้งนี้เครือข่ายแต่ละประเภทต่างก็มีองค์ประกอบหรือปัจจัยแวดล้อมและรูปแบบสัมพันธ์เชื่อมโยงที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นที่นักพัฒนาควรให้ความสำคัญและทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทและรูปแบบของเครือข่ายเพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงเครือข่ายอย่างสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่มีอยู่ในเครือข่านั้น

ทั้งนี้ อร์ทซ์ อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นักลาจารย์ (2540 : 53) ได้จัดแบ่งไว้เป็น 2 รูปแบบ คือ

- (1) รูปแบบไม่เป็นทางการ เป็นการสร้างเครือข่ายผ่านตัว “ปัจเจกอาสาสมัคร” ในการเชิญหรือชักชวนประชาชนที่ตนรู้จักหรืออยู่ในเครือข่ายใกล้เคียงมาเข้ารับการอบรมและพยายามดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ผ่านการอบรมเพื่อสร้างหรือขยายเครือข่ายต่อไป
- (2) รูปแบบเครือข่ายที่เป็นทางการ เป็นการพิจารณาเลือกองค์กรหรือหน่วยงานหรือสถาบันที่มีศักยภาพสูงหรือมีบุคคลหรือสมาชิกในเครือข่ายของตนจำนวนมาก รวมทั้งเป็น

สถาบัน/องค์กร/หน่วยงานที่สามารถเผยแพร่แนวคิดของโครงการสู่บุคคลต่างวัย ต่างอาชีพและต่างฐานะทางเศรษฐกิจ

การประเมินเครือข่าย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2551 : 34-43) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการประเมินเชิงประจักษ์ในเครือข่ายไว้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

(1) หลักการของความร่วมมือแบบหุ้นส่วน (Partnership) คือ หลักแนวคิดในการพิจารณาลักษณะการเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ประกอบด้วยประเด็นการประเมินด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ด้านการวางแผนการปฏิบัติงานในพื้นที่การลงทุนทำกิจกรรมร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ และด้านการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้เข้าร่วมลงทุนทำกิจกรรม

(2) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) คือ แนวคิดเพื่อพิจารณาลักษณะการเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยใช้หลักของการมีส่วนร่วม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆ ภายในพื้นที่ ด้านการทำกิจกรรมร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ และด้านการตอบสนองการเรียนรู้ของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่

(3) หลักของความสามารถในการดำเนินงาน (Performance) คือ หลักแนวคิดเพื่อพิจารณาลักษณะการเป็นเมืองแห่งการเรียนรู้ โดยใช้หลักความสามารถในการดำเนินงาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเปรียบเทียบผลงานของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ ด้านความคุ้มค่าในการลงทุนและด้านการเรียนรู้จากหน่วยงานต่างๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าเครือข่ายและหุ้นส่วนเป็นรูปแบบของการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเหลือกัน โดยการติดต่ออาจทำได้ทั้งที่ผ่านศูนย์กลางแม่ข่ายหรือแกนนำ หรืออาจไม่มีแม่ข่ายหรือแกนนำก็ได้ แต่จะทำการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่มซึ่งจะมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่ตนหรือองค์กร สมาชิกยังมีความเป็นอิสระโดยที่มีการรวมตัวแบบหลวมๆ เฉพาะกิจ ตามความจำเป็นหรือโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์ชัดเจน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นถึง เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินหรือเครือข่ายการให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ออกปฏิบัติการพร้อมรถพยาบาลที่มีเครื่องมือ ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง หลังการรักษาแล้ว มีการนำส่งโรงพยาบาล โดยมีการประสานงานอย่างเป็นระบบ กิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์และให้บริการ 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้ประสบเหตุที่ได้รับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน (First Responder) หมายถึง ผู้ช่วยเหลือทั่วไปที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงาน ที่ได้มาตรฐานและตั้งขึ้นอย่างถูกต้อง เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น อาสาสมัคร มูลนิธิ ตำรวจ ประชาชน

ทั้งนี้การประเมินเครือข่ายดังกล่าวข้างต้นนั้นประกอบด้วย การประเมินด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น หน่วยงานและชุมชนมีทัศนคติในการปฏิบัติงานด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร ด้านการวางแผนในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น มีการวางแผนในการปฏิบัติงานด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร ด้านการลงทุนทำกิจกรรมร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆภายในพื้นที่ เช่น หน่วยงานและชุมชนมีการลงทุนทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร และด้านการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ เช่น ได้เข้าร่วมลงทุนทำกิจกรรม หน่วยงานและชุมชนมีการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้เข้าร่วมลงทุนทำกิจกรรมด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

เมื่อถามว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติคืออย่างไร คำตอบก็คงเป็นว่าคือการทำใหเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์บรรลุผลตามที่นโยบายกำหนดไว้ แต่มีประเด็นปัญหา คือ การกระทำการใดๆ ตามกรอบแนวทางของนโยบายจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แล้วนั้น เป็นความสำเร็จที่แท้จริงหรือไม่ หรือถ้ามองอีกด้านหนึ่ง การนำนโยบายสู่การปฏิบัติแต่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ถือว่านโยบายนั้นล้มเหลวหรือไม่ คำตอบอาจบอกว่าไม่แน่นอนเสมอไป เพราะนโยบายที่นำไปปฏิบัติบางครั้งแม้จะไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่อาจก่อให้เกิดผลดีบางอย่างต่อส่วนรวมก็ได้ ในทางตรงกันข้าม นโยบายบางอย่างเมื่อนำไปปฏิบัติจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาที่คาดไม่ถึงได้ (กล้า ทองขาว, 2548 : 174-182) ซึ่งความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัตินี้นักวิชาการหลายท่าน เช่น Kerr, Ingram and Mann, Pressman and Wildavsky, Berman and McLaughlin, Cheema and Rondinelli, วรเดช จันทรศร กล้า ทองขาว ทองใบ สุทธศรี ได้กล่าวไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Kerr (1976: 351-363) ได้เสนอกรอบการมองความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายและแผน โดยให้พิจารณาจากประเด็นต่างๆ ดังนี้

(1) พิจารณาที่ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Implementation Failure) คือ สารของนโยบายอาจดีทุกประการ แต่องค์กรที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติมีศักยภาพต่ำ ขาดความรู้ ความชำนาญ และเลือกใช้วิธีปฏิบัติไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ องค์กรขาดแคลนกำลังคน ความล้มเหลวของนโยบายในระดับนี้มีสาเหตุมาจากองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทำให้นโยบายนั้นบรรลุผลได้

(2) พิจารณาที่ตัวนโยบาย (Instrument Failure) หมายถึง นโยบายที่จัดทำขึ้น ไม่สามารถสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นจริงได้ อาจจะเป็นเพราะนโยบายดังกล่าวไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

(3) พิจารณาที่การตัดสินเชิงคุณค่าหรือการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของสังคม (Failure in Normative Justification) คือ เมื่อพิจารณาที่เป้าหมายของนโยบาย หรือสิ่งที่นโยบายมุ่งหมายกระทำ ให้บรรลุ อาจขัดแย้งกับค่านิยมหลักของสังคม หรือหมิ่นเหม่ต่อคุณธรรม จริยธรรม หรือศีลธรรมอันดีงามของสังคม และอาจจะส่งผลให้เกิดการทารุณกรรม หรือบางครั้งการกำหนดคุณค่าของเป้าหมายนโยบายไม่ชัดเจน อาจทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถบิดเบือนเป้าหมายนโยบายไปในทางเสียหาย ตัวอย่างเช่น นโยบายการทำแท้งเสรี นโยบายการเปิดบ่อนการพนัน เป็นต้น

การวัดคุณค่าของความสำเร็จและความล้มเหลวของนโยบาย ยังมีแนวทางการพิจารณาได้อีกหลายแนวทาง เช่น แนวความคิดของ Ingram and Mann (1980) เห็นว่าประเด็นของข้อขัดแย้งในการพิจารณาความสำเร็จของนโยบาย คือ

(1) พิจารณาที่กรอบเวลาและเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมของนโยบาย เป็นการพิจารณาว่า นโยบายที่ได้รับการตัดสินว่าประสบผลสำเร็จในเวลาหนึ่ง สถานที่หนึ่ง และเงื่อนไขหนึ่ง อาจได้รับการตัดสินว่าประสบความล้มเหลวเมื่อเวลา สถานที่ และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น นโยบายเร่งรัดการผลิตครู ส่งผลดีในระยะแรก แต่เมื่อผลิตออกมามาก ทำให้เกิดปัญหาครูล้นงาน หรือครูมีคุณภาพต่ำในเวลาต่อมา

(2) พิจารณาที่ความสำเร็จของนโยบายหนึ่งสำเร็จแล้วส่งผลให้นโยบายอีกแผนหนึ่งล้มเหลวหรือไม่ เช่น นโยบายส่งเสริมการลงทุนในประเทศ ทำให้ผลผลิตและการส่งออกเพิ่มสูงขึ้น แต่กระทบต่อนโยบายอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลาย

(3) พิจารณาที่ขอบเขตของคำถามที่ใช้วัด ความชัดเจนเรื่องการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวมีขอบเขตแค่ไหน การวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวหากพิจารณาเพียงนโยบายที่นำสู่การปฏิบัติแล้วบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามนั้น เป็นเรื่องพอเพียงหรือไม่ เพราะโดยความเป็นจริงการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลว หากมองเพียงการบรรลุผลดังกล่าวอาจไม่ถูกต้อง เพราะขอบเขตการวัดน่าจะมีอะไรมากกว่านั้น ดังแนวคิดต่อไปนี้

Pressman and Wildavsky (1973) พิจารณาว่าการวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวน่าจะดูจากองค์ประกอบ 4 ประการคือ

- (1) การได้รับประโยชน์จากนโยบายของกลุ่มเป้าหมายเมื่อเทียบกับที่กำหนดไว้
- (2) เวลาที่ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบายจนสิ้นสุดว่า เน้นนานไปกว่าที่กำหนดไว้เท่าใด อย่างไร

(3) เงินหรือทรัพยากรที่ใช้ไปตามแผนและยังไม่ได้ใช้ เมื่อเทียบกับเวลาที่กำหนดเป็นอย่างไร

(4) จำนวนงานหรือกิจกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติไปแล้วกับที่เหลืออยู่เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นอย่างไร

Berman and McLaughlin (1977: 141) ได้ทำการศึกษาถึงการนำโครงการนวัตกรรมที่เป็นผลมาจากการออกกฎหมาย ESEA ไปปฏิบัติในโรงเรียนของแต่ละพื้นที่ ได้กำหนดกรอบการพิจารณาความสำเร็จหรือล้มเหลวที่จะดูจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

(1) ร้อยละที่โครงการบรรลุเป้าหมาย เป็นการเปรียบเทียบผลที่กำหนดไว้ในแผนกับผลที่เกิดขึ้นจริง ภายหลังจากการนำแผนสู่การปฏิบัติ

(2) ผลรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการปฏิบัติตามแผน เป็นการพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบาย

(3) ความต่อเนื่องของกิจกรรมเมื่อรัฐบาลหรือผู้ให้ทุนเลิกสนับสนุนโครงการ เป็นการพิจารณาความคงอยู่หรือความต่อเนื่องของกิจกรรมเมื่อมีการถอนการสนับสนุนของภาครัฐออกไป

Cheema and Rondinelli (1980) ได้กำหนดกรอบการพิจารณาความสำเร็จหรือล้มเหลวที่จะดูจากองค์ประกอบ 2 ประการ คือ

(1) ระดับการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นการเปรียบเทียบวัตถุประสงค์แต่ละข้อกับผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ

(2) ผลกระทบ (Impacts) ที่ตกไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจากผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของนโยบาย

วรเดช จันทรศร (2548 : 110-114) ได้เสนอกรอบการวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถวัดจากผลรวมของมิติต่างๆ 3 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 คือ การมองผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ

(1) ผลผลิต สามารถวัดได้โดยการใช้เกณฑ์ด้านปริมาณ เวลา ค่าใช้จ่าย คุณภาพ และความพึงพอใจ

(2) ผลลัพธ์ คือ ผลที่เกิดต่อจากผลผลิต สามารถวัดได้โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากนโยบาย

(3) ผลลัพธ์ขั้นปลาย กล่าวคือ ผลผลิตและผลลัพธ์โดยรวม ส่งผลให้เกิดผลต่อการพัฒนาประเทศ

มิตีที่ 2 สามารถพิจารณาได้จากเงื่อนไข 4 ประการ คือ

- (1) นโยบายต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อนโยบายอื่นๆ
- (2) นโยบายต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อความเชื่อถือของผลนโยบาย
- (3) นโยบายที่สำเร็จจะต้องไม่มีปัญหาทางด้านมาตรการของนโยบายที่นำไป

ปฏิบัติ บางนโยบายอาจจะสำเร็จ แต่อาจจะมีลักษณะที่ทู่หมัดทรัพยากรไปมากมายหรือมุ่งเน้นใช้แนวทางของกฎระเบียบมากเกินไป ทำให้เกิดการสูญเสียเวลา ทรัพยากรและบุคลากรมาก

- (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จจะต้องไม่มีปัญหาทางด้านมนุษยธรรมหรือศีลธรรม

มิตีที่ 3 ผลรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งหมดต้องก่อให้เกิดผลของการพัฒนาประเทศที่พึงปรารถนาด้วย การวัดความสำเร็จในมิตินี้ ไม่อาจจะสามารถทำได้โดยตรง แต่สามารถพิจารณาได้จากความสมบูรณ์ของปัจจัยทางการบริหารต่างๆ ว่าเอื้อต่อการทำให้ผลรวมของนโยบายแต่ละนโยบายนำไปสู่ความสำเร็จโดยรวมของประเทศได้แค่ไหน เพียงใด

2.6 ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางด้านนโยบายสาธารณะ

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ทางนโยบาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วรเดช จันทรศร และลิขิต ชีรเวทิน (2530) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติของกรมประมง โดยเน้นที่การประสานของระบบราชการระดับมหภาคและจุลภาค เพื่อนำนโยบายและแผนพัฒนาประเทศไปปฏิบัติ โดยมองว่าระบบราชการคือกุญแจสำคัญของความสำเร็จในการนำแผนพัฒนาประเทศไปปฏิบัติ แต่จากการศึกษาพบว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติของกรมประมงมีปัญหา 4 ประการ คือ (1) หน่วยงาน องค์การ กลุ่มบุคคลที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นขาดความเข้าใจนโยบายของส่วนกลางคือของกรม (2) หน่วยงานปฏิบัติขาดศักยภาพในด้านบุคคลเครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ (3) ขาดการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานระดับภูมิภาคและท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและ (4) ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของกรม ระดับจังหวัด

วรเดช จันทรศร (2532) ได้ศึกษาเรื่องการบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยอาศัยตัวแบบที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น มีตัวแปรอิสระที่สำคัญ 4 ตัวแปร คือ (1) สภาพแวดล้อมทางการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อำนาจ บทบาทขององค์การ และกระบวนการของงาน (2) การบริหารทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปริมาณ คุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์ บุคลากร

งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ (3) กระบวนการวินิจฉัยสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบข้อมูล การวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ และการตัดสินใจ และ (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติของ กระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีตัวแปรย่อยหลายประการ ได้แก่ การรับทราบนโยบายจากส่วนกลาง การสื่อข้อความและความเข้าใจนโยบายการกำหนด เป้าหมายความพอใจในการประสานงานกับหน่วยงานที่ประสานยาก ระดับการยอมรับนโยบาย ระดับความสอดคล้องของผลประโยชน์ในพื้นที่เป้าหมาย การตรวจเยี่ยมสถานที่ปฏิบัติงาน และ ระดับการแก้ไขปัญหาได้ของการตรวจเยี่ยม การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งในระดับมหภาคและระดับ จุลภาค โดยกลุ่มตัวอย่างในส่วนกลางเป็นผู้บริหารของกระทรวงระดับปลัดกระทรวงลงไปจนถึง ผู้อำนวยการกอง ในส่วนภูมิภาคกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารในระดับผู้ปฏิบัติการ วิธีการเก็บข้อมูลใช้ การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม การสังเกตและร่วมปฏิบัติการ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทราบนโยบายส่วนกลางหรือหน่วยงานที่ รับผิดชอบกำหนดขึ้น ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงานและระหว่าง ภาค การสื่อข้อความการทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายมีประสิทธิภาพน่าพอใจและไม่พอใจใน สัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน การกำหนดเป้าหมายบางครั้งสอดคล้องบางครั้งขัดแย้งเอาแน่ไม่ได้ ความ พพอใจของการประสานงานระหว่าง 5 กระทรวงหลักอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่ประสานงาน ยากที่สุด คือ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงอุตสาหกรรม ระดับการยอมรับนโยบายของ หน่วยงานระดับล่างอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความสอดคล้องของผลประโยชน์ในพื้นที่เป้าหมาย โดยส่วนรวมมีระดับปานกลาง การไปตรวจเยี่ยมยังทำไม่ทั่วถึงความถี่ไม่สม่ำเสมอ การไปตรวจ เยี่ยมแก้ปัญหาได้ปานกลาง สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การตรวจเยี่ยมแก้ปัญหาได้น้อย โครงการที่ประสบความสำเร็จ คือ การวางแผนครอบครัว ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ (1) ระดับการ สนับสนุนและความร่วมมือจากต่างประเทศและภาคเอกชน (2) การสร้างความเข้าใจและการยอมรับ ของประชาชน (3) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และ (4) ความต่อเนื่องของโครงการ โครงการที่ ล้มเหลว คือ บัตรสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้ล้มเหลว คือ (1) การขยายผลกว้างทำอย่างเร่งรัด ผู้ปฏิบัติ ไม่สามารถปรับตัวและสร้างความเข้าใจในประโยชน์ของโครงการ และ (2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของประชาชน

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ (2531) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะเชิงประจักษ์ : ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อนโยบายการประถมศึกษาของไทย (พ.ศ.2523-2527) โดยใช้แนวคิด เชิงระบบเป็นกรอบใหญ่ในการวิเคราะห์ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดนโยบายการ ประถมศึกษาของไทยกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน ความเป็นเมือง และความเป็นอุตสาหกรรม เป็น

ดัชนีในการวัดปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม และกำหนดให้การมีส่วนร่วมทางการเมือง โดยการให้สิทธิเลือกตั้งของประชาชนเป็นดัชนีวัดปัจจัยทางการเมือง ส่วนนโยบายการประถมศึกษาทำการวัดด้วยปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการเรียนการสอน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อนักเรียน เงินเดือนเฉลี่ยของครู วุฒิกูและอัตราส่วนนักเรียนต่อครู สำหรับผลของนโยบายการประถมศึกษาทำการวัดด้วยอัตราส่วนนักเรียนเหลือรอด อัตราส่วนนักเรียนเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และอัตราส่วนนักเรียนในบัญชีโรงเรียน ทั้งนี้โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิระดับจังหวัดเป็นฐานทำการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารการประถมศึกษาในระดับต่างๆ ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับกลุ่มโรงเรียน ผลการวิเคราะห์เชิงประจักษ์พบว่า

- (1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีบทบาทสำคัญในการอธิบายผลของนโยบายการประถมศึกษาโดย รายได้มีอิทธิพลโดยอิสระต่ออัตราส่วนนักเรียนเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
- (2) ปัจจัยทางการเมือง ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางการเมืองไม่สามารถอธิบายหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผลของนโยบายการประถมศึกษาไม่ว่าในมิติใดๆทั้งสิ้น
- (3) นโยบายการศึกษามีบทบาทสำคัญในการอธิบายผลของนโยบายการประถมศึกษา โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อนักเรียนและอัตราส่วนนักเรียนต่อครู มีอิทธิพลโดยอิสระต่ออัตราส่วนนักเรียนในบัญชีโรงเรียน และเงินเดือนเฉลี่ยของครูและวุฒิกูมีอิทธิพลโดยอิสระต่ออัตราส่วนนักเรียน เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
- (4) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีบทบาทสำคัญในการอธิบายนโยบายการประถมศึกษา โดยตัวแปรทุกตัวในปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีน้ำหนักในการอธิบายตัวแปรทุกตัวในชุดนโยบายการประถมศึกษาได้โดยอิสระ ยกเว้นตัวแปรรายได้กับตัวแปรอัตราส่วนนักเรียนต่อครู
- (5) ปัจจัยทางการเมือง ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน สามารถอธิบายนโยบายการประถมศึกษาในมิติเงินเดือนเฉลี่ยของครู และวุฒิกูได้โดยอิสระ
- (6) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์ต่ำกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน
- (7) นโยบายการประถมศึกษาทั้งชุดสามารถอธิบายผลของนโยบายการประถมศึกษาได้สูงกว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

อาคม ใจแก้ว (2533) ได้ศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ : ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ระเบียบวิธีการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตัวแบบหรือกรอบการศึกษาได้พัฒนาขึ้นมาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งของไทยและต่างประเทศ ผลการศึกษาได้ข้อสรุปว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อให้บรรลุความสำเร็จได้นั้น จะต้องให้ความสำคัญต่อปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ คือ ปัจจัยด้านชุมชนที่เน้นความยึดมั่นในวัฒนธรรม ปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านข้าราชการระดับล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการระดับล่างเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายระดับนามธรรมลงสู่ผลการปฏิบัติระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม หากข้าราชการขาดความตั้งใจจริง ไม่มีความสามารถด้านวิชาชีพ หรือไม่อาจปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่แล้ว ถึงแม้ว่านโยบายจะมีความชัดเจน สอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมของพื้นที่เพียงใด ก็อาจจะทำให้นโยบายล้มเหลวได้ในที่สุด จากข้อสรุปดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับรัฐและหน่วยงานระดับพื้นที่ ใช้เป็นแนวทางปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริเวณจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนโยบายที่วางไว้ต่อไป

กล้า ทองขาว (2534) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ : กรณีศึกษานโยบายบรรณรักษ์เพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ แสวงหาปัจจัยและชุดปัจจัยที่มีอิทธิพล สามารถอธิบายหรือพยากรณ์ความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ และเพื่อทดสอบตัวแบบการอธิบายปรากฏการณ์การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ วิธีวิจัยเป็นการวิจัยแบบตัดขวางอย่างง่าย หน่วยการวิเคราะห์ คือ บุคคลที่ร่วมโครงการบรรณรักษ์เพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด คือ นครราชสีมา อุบลราชธานี และมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างมี 4 กลุ่ม คือ ผู้บริหาร โครงการ ผู้ประสานงาน อาสาสมัคร และผู้ผ่านโครงการจำนวน รวม 457 คน การเก็บและรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือเหล่านี้มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใช้ ตามกระบวนการสร้างมาตรวัดที่ดี ผ่านการศึกษาหาความถูกต้องของการวัด และได้รับการทดสอบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อถือได้สูง ตัวแปรตามที่ทำการศึกษา คือ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติตัวแปรอิสระมี 5 ตัวแปร คือ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น และมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม การเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอื่นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันเก็บและรวบรวม

การค้นพบ

(1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว คือ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของนโยบาย การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่นและมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหนือระดับ .01 ทุกตัวแปร

(2) ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุในการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากที่สุด และรองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มาตรการควบคุม ประเมินผล การกระตุ้นส่งเสริม และเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยทุกตัวแปรอิสระมีอิทธิพลทางบวกในการอธิบาย หรือทำนายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

(3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แคนอนิคอล เกี่ยวกับชุดตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ดีที่สุด พบว่า ชุดตัวแปรที่ประกอบด้วย การสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม และการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน อธิบายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้มากที่สุด

(4) ผลการวิเคราะห์จำแนกประเภท พบว่า ตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดและอำเภอ ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ มาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม

(5) ผลการวิเคราะห์เส้นโยง เพื่อทดสอบตัวแบบ (Model) ในการแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปร พบว่า ตัวแปรเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย มีอิทธิพลโดยตรงไม่เพียงพอในการอธิบายหรือทำนายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติแต่มีอิทธิพลโดยอ้อม ผ่านทางการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 คล้ายกับตัวแปรการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เพียงพอ แต่มีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านทางลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 เช่นกัน ส่วนตัวแปรลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงในการอธิบายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 สำหรับตัวแปรการสนับสนุนจากส่วนกลางและท้องถิ่น มีอิทธิพลในการอธิบายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งโดยตรงและโดยอ้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับ .01 ทั้งนี้ การแสดงอิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านทางลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแปรมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ทองใบ สุทธาริ (2536) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายของวิทยาลัยครูตามพระราชบัญญัติวิทยาลัยครู (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2527 ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาสหวิทยาลัยอีสานใต้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ออกแบบการวิจัยแบบตัดขวาง มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว คือ ทักษะคิดในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ ทรัพยากร การติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนจากการเมือง และโครงสร้างของนโยบาย ตัวแปรตาม คือ การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ การสอนนักศึกษาภาคปกติ การสอนนักศึกษาภาค กศ.บป. การวิจัย การส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม และการให้บริการทางวิชาการ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ อาจารย์ที่ปฏิบัติงานในสหวิทยาลัยอีสานใต้

การค้นพบ

(1) ตัวแปรลักษณะโครงสร้างของนโยบาย ทรัพยากร ทักษะคิดในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากการเมือง การติดต่อสื่อสาร และภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานสูงกับการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ

(2) ตัวแปรทักษะคิดในการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำ เป็นชุดตัวแปรเชิงนโยบาย ที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความสำเร็จการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ โดยที่ทักษะคิดในการปฏิบัติงานจะมีอำนาจในการพยากรณ์และการอธิบายความสำเร็จในการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติมากที่สุด รองลงมา คือ ภาวะผู้นำ

(3) ตัวแปรทักษะคิดในการปฏิบัติงานมีอำนาจจำแนกการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติตามระดับความสำเร็จได้ดีที่สุด

(4) การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จในระดับปานกลาง ยกเว้นการวิจัย ที่ถือว่าไม่ประสบผลสำเร็จ

สุรางคนา มั่นยานนท์ (2538) ได้ศึกษาเรื่อง “วิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายการมัธยมศึกษา เพื่อส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 7” โดยเฉพาะด้านการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ ผลการวิจัยปรากฏว่ามีความสัมพันธ์และความสอดคล้องกันของนโยบายดังกล่าวในระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับกรม ในด้านการกำหนดนโยบายนั้น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในเรื่อง (1) การระบุปัญหา (2) การรวบรวมข้อมูลข่าวสาร (3) การเสนอทางเลือก (4) การจัดร่างนโยบาย และ (5) การประกาศใช้เป็นนโยบาย เป็นอำนาจโดยตรงของคณะรัฐมนตรี ส่วนในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น กรมสามัญศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ คือ (1) การแปลงนโยบาย

เป็นแผนงานและโครงการชัดเจนทุกหน่วยงาน ที่น่านโยบายไปปฏิบัติ (2) ทรัพยากรสำหรับสนับสนุนโยบายได้มาจากเงินงบประมาณ เงินบำรุงการศึกษาและเงินบริจาค (3) มีการจัดตั้งองค์การพิเศษและสายการปฏิบัติงานชัดเจน และ (4) มีการจัดโปรแกรมสำหรับการปฏิบัติและดำเนินการ ในรูปคำสั่งการปฏิบัติงานปฏิทินประจำปี และแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

สุรพร เกียนสลาย (2539) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในประเทศไทย เป็นการพยายามศึกษากระบวนการน่านโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการน่านโยบายไปปฏิบัติในบริบทของระบบราชการและสังคมไทย รูปแบบการวิจัยที่นำมาใช้ คือ วิธีการศึกษาเฉพาะกรณีในภาพรวมหลายพื้นที่ โดยได้ทำการศึกษากกระบวนการน่านโยบายไปปฏิบัติในช่วงเวลา 17 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2518-2535 ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึก ประกอบกับการสังเกตเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บและรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การน่านโยบายไปปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในส่วนของงานจัดซื้อที่ดินเอกชนเพื่อนำมาจัดให้แก่เกษตรกรไม่ประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่สามารถดำเนินการจัดซื้อได้และจัดสรรให้แก่เกษตรกร ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระจำนวน 6 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางการเมืองค่อนโยบาย บทบาทของตัวการสำคัญ ความผูกพันค่อนโยบายของผู้น่านโยบายไปปฏิบัติ ความชัดเจนของนโยบาย ความเหมาะสมของวิธีการทำงานที่นำมาใช้ ความเหมาะสมของราคาประเมินที่ดิน และตัวแปรแทรกซ้อนอีก 2 ตัวแปร คือ ความพึงพอใจขายที่ดินของเจ้าของที่ดิน การขยายตัวของงานปฏิรูปที่ดินในที่ดินของรัฐ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ การศึกษาวิจัยนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในครั้งนี้ เป็นเพียงความพยายามส่วนหนึ่งที่จะทำการศึกษากกระบวนการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในสังคมไทย ในเชิงวิชาการกล่าวได้ว่างานวิจัยนี้ทำให้มีผลงานการศึกษาการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้นอีกชิ้นหนึ่งในเชิงปฏิบัติการ การวิจัยในครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายประการ นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะหัวข้อการวิจัยที่น่าสนใจในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมไว้อีกจำนวนหนึ่งด้วย

สุนิตดา เทศนิยม (2541) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาชุดของปัจจัยที่สามารถอธิบายความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติได้ และหาแนวทางในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในทุกท้องที่และทุกภาคของประเทศ การวิจัยครั้งนี้ได้จาก

ระดับ .01 ทั้งนี้ การแสดงอิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านทางลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแปรมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นส่งเสริม มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ทองใบ สุดซารี (2536) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายของวิทยาลัยครูตามพระราชบัญญัติวิทยาลัยครู (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2527 ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาสหวิทยาลัยอีสานใต้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ออกแบบการวิจัยแบบตัดขวาง มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว คือ ทักษะคิดในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ ทักษะการ การติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนจากการเมือง และ โครงสร้างของนโยบาย ตัวแปรตาม คือ การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ การสอนนักศึกษาภาคปกติ การสอนนักศึกษาภาค กศ.บป. การวิจัย การส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม และการให้บริการทางวิชาการ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ อาจารย์ที่ปฏิบัติงานในสหวิทยาลัยอีสานใต้

การค้นพบ

(1) ตัวแปรลักษณะ โครงสร้างของนโยบาย ทักษะการ ทักษะคิดในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากการเมือง การติดต่อสื่อสาร และภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์เชิงปฏิฐานสูงกับการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ

(2) ตัวแปรทักษะคิดในการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำ เป็นชุดตัวแปรเชิงนโยบาย ที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความสำเร็จการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ โดยที่ทักษะคิดในการปฏิบัติงานจะมีอำนาจในการพยากรณ์และการอธิบายความสำเร็จในการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติมากที่สุด รองลงมา คือ ภาวะผู้นำ

(3) ตัวแปรทักษะคิดในการปฏิบัติงานมีอำนาจจำแนกการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติตามระดับความสำเร็จได้ดีที่สุด

(4) การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จในระดับปานกลาง ยกเว้นการวิจัย ที่ถือว่าไม่ประสบผลสำเร็จ

สุรางคนา มัธยานนท์ (2538) ได้ศึกษาเรื่อง “วิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายการมัธยมศึกษา เพื่อส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 7” โดยเฉพาะด้านการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ ผลการวิจัยปรากฏว่ามีความสัมพันธ์และความสอดคล้องกันของนโยบายดังกล่าวในระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับกรม ในด้านการกำหนดนโยบายนั้น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในเรื่อง (1) การระบุปัญหา (2) การรวบรวมข้อมูลข่าวสาร (3) การเสนอทางเลือก (4) การจัดร่างนโยบาย และ (5) การประกาศให้เป็นนโยบาย เป็นอำนาจโดยตรงของคณะรัฐมนตรี ส่วนในด้านการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น กรมสามัญศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ คือ (1) การแปลงนโยบาย

เป็นแผนงานและโครงการชัดเจนทุกหน่วยงาน ที่น่านโยบายไปปฏิบัติ (2) ทรัพยากรสำหรับสนับสนุนโยบายได้มาจากเงินงบประมาณ เงินบำรุงการศึกษาและเงินบริจาค (3) มีการจัดตั้งองค์การพิเศษและสายการปฏิบัติงานชัดเจน และ (4) มีการจัดโปรแกรมสำหรับการปฏิบัติและดำเนินการ ในรูปคำสั่งการปฏิบัติงานปฏิทินประจำปี และแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

สุรพร เกียนสลาย (2539) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในประเทศไทย เป็นการพยายามศึกษากระบวนการน่านโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการน่านโยบายไปปฏิบัติในบริบทของระบบราชการและสังคมไทย รูปแบบการวิจัยที่นำมาใช้ คือ วิธีการศึกษาเฉพาะกรณีในภาพรวมหลายพื้นที่ โดยได้ทำการศึกษากกระบวนการน่านโยบายไปปฏิบัติในช่วงเวลา 17 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2518-2535 ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึก ประกอบกับการสังเกตเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บและรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การน่านโยบายไปปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในส่วนของงานจัดซื้อที่ดินเอกชนเพื่อนำมาจัดให้แก่เกษตรกรไม่ประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่สามารถดำเนินการจัดซื้อได้และจัดสรรให้แก่เกษตรกร ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระจำนวน 6 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางการเมืองต่อนโยบาย บทบาทของตัวการสำคัญ ความผูกพันต่อนโยบายของผู้น่านโยบายไปปฏิบัติ ความชัดเจนของนโยบาย ความเหมาะสมของวิธีการทำงานที่นำมาใช้ ความเหมาะสมของราคาประเมินที่ดิน และตัวแปรแทรกซ้อนอีก 2 ตัวแปร คือ ความพึงพอใจขายที่ดินของเจ้าของที่ดิน การขยายตัวของงานปฏิรูปที่ดินในที่ดินของรัฐ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมไปปฏิบัติ การศึกษาวิจัยนโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในครั้งนี้ เป็นเพียงความพยายามส่วนหนึ่งที่จะทำการศึกษากกระบวนการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในสังคมไทย ในเชิงวิชาการกล่าวได้ว่างานวิจัยนี้ทำให้มีผลงานการศึกษากการน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้นอีกชิ้นหนึ่งในเชิงปฏิบัติการ การวิจัยในครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายประการ นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะหัวข้อการวิจัยที่น่าสนใจในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมไว้อีกจำนวนหนึ่งด้วย

สุนิตดา เทศนิยม (2541) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาชุดของปัจจัยที่สามารถอธิบายความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติได้ และหาแนวทางในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในทุกท้องที่และทุกภาคของประเทศ การวิจัยครั้งนี้ได้จาก

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ปฏิบัติงานด้านวางแผนครอบครัว จำนวน 678 คน ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่ สมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ตัวผู้ปฏิบัติ การให้บริการ และเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวน การเปรียบเทียบรายคู่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในส่วนข้อค้นพบ 1) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 สามารถร่วมกันอธิบายความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 2) ผลการค้นหาค่าของปัจจัยที่สามารถอธิบายความสำเร็จของการน่านโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ พบว่า ในภาพรวมทั้งประเทศ มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ตัวผู้ปฏิบัติ และปัจจัยการให้บริการ ส่วนรายภาค พบว่า ภาคกลาง มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยการให้บริการและปัจจัยตัวผู้ปฏิบัติ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ตัวผู้ปฏิบัติ การให้บริการ และปัจจัยเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ส่วนภาคใต้ มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ เศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยการให้บริการ

วัลลภ ลำพาย (2540) ได้ศึกษาเรื่องปัญหาและกระบวนการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ของไทยไปปฏิบัติ การศึกษานี้มีสมมติฐานว่าปัญหาที่สถานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความเป็นไปได้ทางการเมือง ลักษณะของหน่วยปฏิบัติ ปัญหาด้านสมรรถนะ ตัวผู้นำนโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมของการน่านโยบายไปปฏิบัติ มีผลต่อความล้มเหลวในการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ของไทยไปปฏิบัติ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในเรื่องนี้เพื่อศึกษาถึงปัญหาและกระบวนการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ รวมทั้งทดสอบสมมติฐานดังกล่าว วิธีการศึกษา ได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพ ในส่วนที่เป็นขั้นตอนและกระบวนการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ และการวิจัยเชิงปริมาณ ในส่วนที่เป็นการศึกษาปัญหาอุปสรรคและความล้มเหลวในการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ ผลการศึกษาขั้นตอนและกระบวนการน่านโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ พบว่า ในกรณีที่เป็นการน่านโยบายหรือโครงการส่งเสริมสหกรณ์ปกติ สามารถอธิบายได้ด้วยแนวความคิดทางการเมืองแบบพหุนิยม (Pluralism) ซึ่งเป็นการต่อสู้แย่งชิงผลประโยชน์ในขั้นการปฏิบัติ (Output Stage) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่แวดล้อมตัวเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสหกรณ์ ส่งผลให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีพฤติกรรมที่ยึดความอยู่รอดของตนเองเป็นหลักมากกว่าที่จะยึดเป้าหมายที่มุ่งผลสำเร็จของโครงการ อย่างไรก็ตามมีข้อยกเว้นสำหรับโครงการตามพระราชดำริและพระราชประสงค์ เนื่องจากไม่ปรากฏว่ามีการต่อสู้แย่งชิงผลประโยชน์ในโครงการดังกล่าวแต่อย่างใด ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับความล้มเหลวในการน่านโยบาย

ส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ พบว่า ปัญหาลักษณะของหน่วยปฏิบัติ ความเป็นไปได้ทางการเมือง ตัวผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีผลต่อความล้มเหลวในการนำนโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติ ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในการนำนโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พบว่า ปัญหาในการนำนโยบายส่งเสริมสหกรณ์ไปปฏิบัติระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไม่มีความแตกต่างกัน

รุ่งเรือง สุชาภิรมย์ (2543) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำนโยบายการศึกษาไปปฏิบัติ : กรณีศึกษานโยบายการขยายการศึกษาขั้นพื้นฐาน การวิจัยพบว่า 1) ผลที่เกิดจากการนำนโยบายการขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไปปฏิบัติ ในด้านปริมาณโรงเรียน ยังรับนักเรียนได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ในด้านคุณภาพผลสัมฤทธิ์ของนักเรียนอยู่ในระดับพอใช้ 2) ในการใช้ปัจจัย 15 ตัว อธิบายผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ความเหมาะสมของที่ตั้งโรงเรียน การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษา การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองท้องถิ่น การมีส่วนร่วมขององค์กรอื่นๆ ความชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายการรับนักเรียน ความชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการรับนักเรียน ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ความเพียงพอของครู ความเพียงพอของอาคารสถานที่ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ การมีระบบการจัดเก็บข้อมูลและการวางแผน การมีระบบดูแลสุขภาพอนามัย และการมีระบบประเมินผลภายใน ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านอัตราการเข้าเรียนของนักเรียน และผลงานของโรงเรียนที่ได้รับรางวัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ร้อยละ 11.10 และ 12.40 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถอธิบายผลการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านอัตราการออกกลางคัน อัตราการเข้าเรียนของผู้ด้อยโอกาสและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) การนำนโยบายการขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ไปปฏิบัติ ปัจจัย 6 ประการ ที่จำเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ ปัจจัยด้านการพัฒนาครู ความชัดเจนของนโยบาย ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ความพร้อมของทรัพยากร และความร่วมมือจากชุมชน

เก๋กนก เอื้อวงศ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน วิธีการที่ใช้ประกอบด้วย 1) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลจากสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในกลุ่มคุณภาพที่ 1-2 และกลุ่มคุณภาพที่ 5 2) ศึกษาจากกรณีศึกษา 2 โรงเรียน และนำผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วนมาสังเคราะห์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) สภาพการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษา ข้อค้นพบเชิงปริมาณพบว่า สถานศึกษาทั้ง 2 กลุ่มคุณภาพ ส่วนใหญ่ดำเนินการครบกระบวนการ คือ มีการวางแผน การดำเนินการ และการตรวจสอบ ประเมินและปรับปรุงคุณภาพ ข้อค้นพบเชิงคุณภาพพบว่า การดำเนินการแต่ละด้าน

ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โรงเรียนที่เป็นกรณีศึกษาในกลุ่มคุณภาพที่ 1 ดำเนินการครบถ้วนกว่า โรงเรียนที่เป็นกรณีศึกษาในกลุ่มคุณภาพที่ 5 2) ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาในกลุ่มปัจจัยภายใน ได้แก่ การที่ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น ชุมชน สนใจใฝ่เรียนรู้ ใช้ทั้งการบริหารแบบมีส่วนร่วมและการบริหารแบบเข้มงวด การมีวัฒนธรรมองค์การที่ดี คือ มีความสัมพันธ์ที่ดี มีแบบแผนการทำงานเป็นทีม มีตัวแบบการเป็นครูที่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และเห็นคุณค่าของการประเมิน รวมทั้งการที่ครูมีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ต่อการสอน สนใจใฝ่เรียนรู้และเชื่อว่าการประกันคุณภาพการศึกษา นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษา นอกจากนั้น โครงสร้างการประสานงานที่คล่องตัว และมีบุคลากรหรือคณะทำงานรับผิดชอบงานประกันคุณภาพก็เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมเช่นกัน สำหรับกลุ่มปัจจัยภายนอก ได้แก่ การที่ชุมชนและกรรมการสถานศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาและสนับสนุนช่วยเหลือ และการที่กฎหมาย/นโยบายต้นสังกัดผลักดันให้โรงเรียนดำเนินการประกันคุณภาพ รวมทั้งหน่วยงานต้นสังกัดนิเทศช่วยเหลือโรงเรียนจริงจัง 3) ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาในกลุ่มปัจจัยภายใน ได้แก่ การที่วัฒนธรรมองค์การมีลักษณะแตกแยก แข่งขัน ไม่ให้เกียรติและไม่ไว้วางใจกัน ขาดการยอมรับความสามารถของเพื่อนครู ครูไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและครูไม่เพียงพอ ขาดความรับผิดชอบและความสนใจใฝ่เรียนรู้ มีทัศนคติไม่ดีต่อการประกันคุณภาพการศึกษา รวมทั้งผู้บริหารไม่ให้เวลากับโรงเรียนเต็มที่ ใจดีเกินไป ขาดความเด็ดขาด นำการเปลี่ยนแปลงเข้ามาเร็วจนครูรับไม่ทันใช้รูปแบบการบริหารแบบชี้นำมากกว่าการมีส่วนร่วม และผู้ช่วยผู้บริหารขาดความสามารถในการบริหารและมีงานธุรการมาก นอกจากนั้น การที่โครงสร้างการบริหารขาดการประสานงานที่ดี ขาดระบบการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่บุคลากรและมอบหมายความรับผิดชอบไม่ชัดเจน ก็เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคเช่นกัน สำหรับกลุ่มปัจจัยภายนอก ได้แก่ ชุมชนและกรรมการสถานศึกษาขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการศึกษาและนโยบายปรับลดอัตราค่าจ้าง รวมทั้งหน่วยงานต้นสังกัดขาดการนิเทศช่วยเหลือ

ธิดา ปรงเกียรติ (2546) ทำการศึกษาเรื่องการนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลของการนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติค่อนข้างประสบความสำเร็จ 2) ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ปัจจัยด้านการให้ความรู้และการอบรม ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผลโดยรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค่อนข้างเห็นด้วยว่ามีแนวโน้มไปในทางที่ดี 3) ลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ไม่ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ปัจจัยด้านการ

ให้ความรู้และการอบรม ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผล 4) ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผล มีอิทธิพลทางบวก และสามารถอธิบายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จิตติมา ฤทธิ์เลิศ (2549) ได้ศึกษาการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้บริหารโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพชรบูรณ์ เขต 2 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการเตรียมการวางแผน ด้านการจัดทำแผน ด้านการปฏิบัติตามแผน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการปรับแผนหรือจัดทำแผนใหม่ จำแนกตามอายุตำแหน่ง วุฒิการศึกษา การอบรม IT อายุราชการ ขนาดโรงเรียน และพื้นที่โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้บริหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพชรบูรณ์ เขต 2 จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของไลเคิร์ท สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ้ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้บริหารมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยรวมและในแต่ละด้าน มีความเหมาะสมในระดับมาก 2) ผู้บริหารที่มีอายุ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษาและอายุราชการแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยรวมและในแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน 3) ผู้บริหารที่มีการอบรมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยรวมแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตรียมการวางแผน และด้านการปรับแผนหรือจัดทำแผนใหม่แตกต่างกัน ส่วนด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง 4) ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนขนาดแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยรวมแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการปรับแผนหรือจัดทำแผนใหม่แตกต่างกัน ส่วนด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง 5) ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานพื้นที่โรงเรียนแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยรวมและในแต่ละด้านแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านด้านการเตรียมการวางแผน ด้านการจัดทำแผน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการปรับแผนหรือจัดทำแผนใหม่แตกต่างกัน ส่วนด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง

จิรารัตน์ สัมมาเทศน์ (2549) ศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายพัฒนานุเคราะห์ไปปฏิบัติ กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ” ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลการนำนโยบายพัฒนานุเคราะห์ไปปฏิบัติ ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก 2) ปัจจัยส่วนบุคคลและโครงสร้างที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยโครงสร้างองค์กร การติดต่อสื่อสาร ทรัพยากร ทักษะคติของการปฏิบัติงาน มาตรการควบคุมและประเมินผลแตกต่างกัน 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายพัฒนานุเคราะห์ไปปฏิบัติมากที่สุดคือ ปัจจัยมาตรการควบคุมและประเมินผล รองลงมาคือ ปัจจัยโครงสร้างองค์กร และปัจจัยทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการนำนโยบายพัฒนานุเคราะห์ไปปฏิบัติได้

ดาวสรณ์ ชาวเมือง (2549) ศึกษาปัญหาการนำนโยบายรัฐบาลไปจัดทำยุทธศาสตร์ในการบริหารราชการจังหวัด การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อจะศึกษาปัญหา/อุปสรรคและกระบวนการนำนโยบายการบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการไปจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด รวมทั้งเพื่อทราบแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการนำนโยบายการบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการไปจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดโดยสมมติฐานในการวิจัยประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายของรัฐบาลไปจัดทำยุทธศาสตร์และแปลงไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้แผนปฏิบัติราชการเป็นเครื่องมือ คือ ความชัดเจนของนโยบาย กระบวนการนำนโยบายไปจัดทำยุทธศาสตร์ฯ ความเหมาะสมของนโยบายต่อพื้นที่ดำเนินการ ความต่อเนื่องของนโยบาย สมรรถนะของผู้นำนโยบายไปจัดทำยุทธศาสตร์ความเพียงพอของทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการวิจัยไว้ในลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพโดยในการวิจัยจะใช้การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์ และการทอดแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้าราชการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย จำนวน 151 คน ผลการวิจัยพบว่า

(1) ด้านความชัดเจนของนโยบาย พบว่าในภาพรวมการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติมีความชัดเจนเพียงระดับหนึ่งและยังต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม โดยระยะต่อไป ควรให้ความสำคัญกับระบบงาน งบประมาณ และการบริหารจัดการ ตลอดจนเรียนรู้และพัฒนาให้เกิดความสมดุลและเหมาะสมมากที่สุด และการกำหนดยุทธศาสตร์ในเบื้องต้นควรคำนึงถึงการวิเคราะห์ศักยภาพของจังหวัดเป็นสำคัญ

(2) ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการมุ่งเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ โดยการจัดทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วน และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดควรดำเนินการ โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการ

(3) ด้านความเหมาะสมของนโยบายและพื้นที่ พบว่าการนำนโยบายการบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการไปเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศ ในภาพรวมประเมินว่า หลักการ กระบวนการ และการติดตามประเมินผลในรูปแบบตัวชี้วัดมีความเหมาะสมบางส่วน ผลรวมที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับต้องเรียนรู้และพัฒนาไปพร้อมกัน โดยควรปรับปรุงกลไกการบริหารให้สามารถสนับสนุนการดำเนินงานจังหวัดแบบบูรณาการได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

(4) ด้านความต่อเนื่องของการดำเนินนโยบาย ในภาพรวมมีความเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของปัญหาพบว่าการดำเนินการร่วมกันกำหนดโครงการ/กิจกรรม มีหลายหน่วยงานยังมีความเข้าใจไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งควรปรับปรุงด้านการจัดระบบการบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการของส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญ

(5) ด้านสมรรถนะขององค์กร ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยต้องปรับปรุงหรือพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้การพัฒนาสมัยใหม่ บัณฑิตทางการบริหาร (บุคลากรงบประมาณ การบริหารจัดการ) และการนำระบบ IT มาสนับสนุนการดำเนินงานไปพร้อมกัน โดยเฉพาะการนำระบบ IT มาใช้ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าสามารถเพิ่มสมรรถนะองค์กรได้ในระดับปานกลาง จึงต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะด้าน IT แก่บุคลากรให้เหมาะสมด้วย

(6) ด้านงบประมาณ ในการดำเนินงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดตามนโยบายการบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ ในภาพรวมเห็นว่าควรปรับปรุง เนื่องจากงบประมาณมีความไม่เพียงพอและหลักเกณฑ์การจัดสรรไม่เหมาะสม ประกอบกับมีข้อจำกัดด้านเงินในการบริหารมากเกินไป และควรกำหนดเป็นงบล่าช้า ให้จังหวัดพิจารณาใช้จ่ายและรับผิดชอบเองเพื่อความคล่องตัว

(7) ด้านการมีส่วนร่วม พบว่าส่วนใหญ่ให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งภาคประชาชน ชุมชน ปรชาญ ผู้นำศาสนา องค์กรเอกชน รัฐวิสาหกิจ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยรูปแบบการจัดให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการโดยจัดทำประชาพิจารณ์ และให้จังหวัดออกคำสั่งแต่งตั้งทุกภาคส่วนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด

นำพิชญ์ ธรรมทีวี (2549) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาไปปฏิบัติ ของสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการวิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน โดย 1) วิเคราะห์เอกสาร เพื่อสร้างกรอบการวิจัยและรูปแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ 2) สร้างและพัฒนาเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสังเกต 3) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม จาก

คณะกรรมการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 39 แห่ง รวม 392 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตรวม 11 สนาม 4) วิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยโปรแกรม LISREL Version 8.53 และ 5) ศึกษาความเป็นไปได้ของรูปแบบจากกลุ่มผู้บริหารสถาบันการศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 25 คน ผลการศึกษาปรากฏว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาไปปฏิบัติ คือ ปัจจัยสาระนโยบาย การสนับสนุนการปฏิบัติ และศักยภาพหน่วยปฏิบัติ โดยสาระนโยบายมีอิทธิพลต่อผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติมากที่สุด 2) รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของข้อมูลเชิงประจักษ์กลมกลืนระดับดี 3) รูปแบบการดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ สรุปได้ว่า การสนับสนุนการปฏิบัติ ศักยภาพหน่วยปฏิบัติ และสาระนโยบาย สามารถทำนายผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 47

เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายแก้ไขฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดไปปฏิบัติ” เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผลวิจัยพบว่า กลุ่มศาลเยาวชนและครอบครัวปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมี 6 ปัจจัย ได้แก่ การขาดแคลนแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การขาดแคลนทรัพยากรองค์การ คุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยงานปฏิบัติ การขาดแคลนความสนับสนุนจากองค์กรภายนอก การขาดวิธีการแก้ไขฟื้นฟูเด็กที่หลากหลายและประสิทธิภาพของผู้นำ

ส่วนกลุ่มสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมี 4 ปัจจัย ได้แก่ การขาดแคลนทรัพยากรองค์การ คุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยงานปฏิบัติ ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดแคลนความสนับสนุนจากองค์กรภายนอก

พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ กรณีศึกษาโรงเรียนฝึกออาชีพ กรุงเทพมหานคร (บางรัก) ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ในการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ ควรให้ความสำคัญกับตัวแปรอิสระดังต่อไปนี้ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย สมรรถนะของหน่วยงานในการดำเนินการให้บรรลุตามนโยบาย การสื่อสารภายในองค์กรและการขับเคลื่อนกิจกรรม การสื่อสารมวลชน เพื่อพัฒนาความเข้าใจปัญหาของนโยบาย ทศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การสนับสนุนสาธารณะและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองส่วนผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ ควรพิจารณาถึงความพึงพอใจของผู้เข้ารับการศึกษา การนำความรู้ไปประกอบอาชีพได้ หลักสูตรวิชาที่เปิดสอนเป็นสิ่งที่ต้องการของชุมชนและสถานประกอบการ ความทั่วถึงในการบริการชุมชนและการมีหลักสูตรที่หลากหลาย

อัญญาฐ พรชัย (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีโครงการธนาคารประชาชนของธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่” เป็นการศึกษาแบบเชิงคุณภาพ พบว่า มี 6 ปัจจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย ทรัพยากรนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์กร และกิจกรรมการเสริมแรง ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เจือใจทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทักษะของผู้ปฏิบัติ มีผลต่อความสำเร็จและมีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

พรรณ ปูนวงศ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ กรณีศึกษาผู้ประสบอัคคีภัยชุมชนสวนพลูพัฒนา การศึกษาครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำปัจจัยนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ และผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มที่หนึ่ง บุคลากรที่ปฏิบัติงานหน้าที่ในสำนักช่วยเหลือผู้ประสบภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กลุ่มที่สอง ผู้ประสบอัคคีภัยชุมชนสวนพลูพัฒนา ได้แก่ ประธานชุมชน กรรมการชุมชน และตัวแทนผู้อาศัยชุมชนสวนพลูพัฒนาโซน 1-โซน 5 เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งสัมภาษณ์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ และแบบสัมภาษณ์ผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้หลักการกรร ก ข้อเท็จจริงเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ และนำข้อมูลใหม่ มาวิเคราะห์หาข้อสรุป

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ในการนำปัจจัยนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ ควรให้ความสำคัญกับตัวแปรอิสระในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ ด้านการสื่อสาร ข้อความ ด้านทรัพยากร ด้านทัศนคติผู้ปฏิบัติงาน และด้านโครงสร้างระบบราชการ ส่วนผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปปฏิบัติ ควรพิจารณาถึง การให้บริการอย่างเป็นธรรม การให้บริการอย่างรวดเร็วทันต่อเวลา การให้บริการอย่างพอเพียง การให้บริการอย่างต่อเนื่อง

นิศยา อุปลัมภ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพไปปฏิบัติการศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสร้างเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ไปปฏิบัติและผลของการดำเนินนโยบายสร้างเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่มาปฏิบัติ

(1) กลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน

(2) กลุ่มประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2549-มีนาคม 2549 จำนวน 60 คน

(3) กลุ่มประชาชนทั่วไปในเขตพื้นที่ แขวงบางคอกแหลม กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า

(1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จด้านผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารข้อมูล รองลงมาคือ ปัจจัยด้านความร่วมมือและการสนับสนุนของผู้ปฏิบัติ กลไกและกระบวนการ การปฏิบัติงาน งบประมาณ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน ความชัดเจนของนโยบาย ซึ่งปัจจัยทั้ง 8 นี้ สามารถร่วมพยากรณ์ของผลการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

(2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรูนโยบาย และปัจจัยด้านคุณภาพโครงการ ด้านประชาชนทั่วไป ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ ปัจจัยด้านสุขภาพโครงการ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรูนโยบาย

(3) ความคิดเห็นของประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติและความสำเร็จของนโยบายกับกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกัน

บุปผา ลากลาง (2550) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การนำนโยบายแปรรูปรัฐวิสาหกิจไปปฏิบัติศึกษากรณีบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด.ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายแปรรูปรัฐวิสาหกิจไปปฏิบัติได้แก่ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดองค์การ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และปัจจัยทางด้านการเงิน

เสกสรรค์ นิสัยกล้า (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ธรรมาภิบาล) ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยแบบตัดขวาง ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม และเสริมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ตัวแปรอิสระมี6ตัวแปรคือ 1) ปัจจัยด้านนโยบาย 2) ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน 3) ปัจจัยด้านสมรรถนะและลักษณะองค์การที่นำ

นโยบายไปปฏิบัติ 4) ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติ 5) ปัจจัยด้านการจัดหา ส่งเสริม ควบคุม ประเมินผลและการให้ทุนให้โทษบุคลากร 6) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนผู้รับบริการ ส่วนตัวแปรตามคือผลของการนำนโยบายหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ไปปฏิบัติ หรือลักษณะความเป็นธรรมาภิบาล ประกอบด้วยมิตีย่อย 6 ตัวแปรคือ 1) หลักนิติธรรม 2) หลัก จริยธรรม และ คุณธรรม 3) หลักความโปร่งใส 4) หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน 5) หลักความพร้อมรับผิชอบและตรวจสอบได้ 6) หลักความคุ้มค่า ผลการศึกษา พบว่า

(1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่ายพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมี ความสัมพันธ์ ทางบวกกับตัวแปรตาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ทั้งนี้ ส่วนความสัมพันธ์ของตัวแปร อิสระกับมิตีย่อยของตัวแปรตามพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับมิตีย่อยของ ตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ยกเว้นตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและ กลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการกับมิตีย่อย หลักคุณธรรมจริยธรรม ที่ไม่พบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

(2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรอิสระที่มี อิทธิพลที่สามารถอธิบายหรือพยากรณ์ตัวแปรตาม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้น มีเพียงตัวแปรอิสระ 4 ตัวเท่านั้นคือ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการ มอบหมายงาน ปัจจัยด้านสมรรถนะและลักษณะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านผู้บริหาร และบุคลากรผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านการจัดหา ส่งเสริม ควบคุม ประเมินผลและการให้ทุนให้โทษ บุคลากร และตัวแปรอิสระทั้ง4ตัวนี้มีอิทธิพลทางบวก ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปร ตามมี 2 ตัวแปรคือ ปัจจัยด้านสมรรถนะและลักษณะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ

(3) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์คาโนนิกอล เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผล การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

(4) ผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า หน่วยงานต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร มีความคิดเห็นและการปฏิบัติตามปัจจัยการนำนโยบายการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ และผลของการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ มีทั้งที่ เหมือนกันและแตกต่างกัน

(5) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การจำแนกประเภท พบว่า ตัวแปรอิสระที่เป็น ตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลในการแบ่งกลุ่มชั้นภูมิทั้งสามเรียงจากมากไปหาน้อยตามค่า สัมประสิทธิ์มาตรฐานการจำแนกกลุ่มคือ ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ปัจจัย

ด้านการจัดหา ส่งเสริม ควบคุม ประเมินผลและการให้คุณให้โทษบุคลากร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้รับบริการ

(6) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์เส้นโยงพบว่า ผลของการนำนโยบายหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยอิสระ 4 ปัจจัยเรียงอิทธิพลจากมากไปหาน้อยคือ ปัจจัยด้านการจัดหา ส่งเสริม ควบคุม ประเมินผลและการให้คุณให้โทษบุคลากร ปัจจัยด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านนโยบาย

(7) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ช่วยยืนยันและสนับสนุน ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณว่าถูกต้อง สามารถช่วยยืนยันว่าความสำเร็จของการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ ในภาพรวมทั้งหมดของกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดีพอใช้ ซึ่งเป็นไปตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สุนทรีย์ สุวิปกิจ (2522 : 6-8) ได้ศึกษาของการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว พบว่า การเผยแพร่ข่าวสารแบบปากต่อปาก (Mouth to mouth Communication) เป็นการกระจายข่าวที่มีประสิทธิภาพดีมาก สามารถชักจูงประชาชนมารับบริการคลินิกวางแผนครอบครัวตามจังหวัดต่างๆ เกือบทั่วประเทศ และจากการพิจารณาความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศได้หวั่น และเกาหลิได้ พบว่า สาเหตุหนึ่งที่เหมือนกันก็คือ การใช้สื่อมวลชนโฆษณาเผยแพร่ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัวให้แก่ประชาชน (อ้างอิงจาก พนิตดา เทศนิคม, 2532 : 210-215)

กิตติ บุญนาค (2536 : 346-347) ได้ศึกษาการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ : การศึกษาวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์ในธุรกิจโรงแรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ คือ ปัจจัยด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ได้แก่ ความชัดเจนของข่าวสารเกี่ยวกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ระดับความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างหน่วยงานและความสอดคล้องระหว่างนโยบายและแผนงาน โครงการและกิจกรรม สมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ได้แก่ จำนวนบุคลากร ความรู้ความสามารถ งบประมาณ ระเบียบข้อบังคับและวัสดุต่างๆและการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สื่อที่ใช้ เนื้อหาสาระ ผลการประชาสัมพันธ์ที่มีต่อการปฏิบัติงาน และความจำเป็นในการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ปฏิบัติที่จะนำนโยบายเหล่านั้นไปดำเนินงานในพื้นที่จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นมีอยู่หลายปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวแบบต่างๆ ของนักวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การตั้งเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากตัวแบบของนักวิชาการและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ตัวแบบจากนักวิชาการ										ตัวแบบจากงานวิจัย					
	Van Meter	Williams	Edwards	Sabatie	Hambleton	Cheena	วราเดช	Bernam	กล้า	ทองใบ	รุ่งเรือง	นันทิพญ์	กิตติ	ศุภินุ	เพ็ญรัตน์	เสกสรรค์
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย															✓	
- เป้าหมายและวัตถุประสงค์สามารถเป็นจริงได้	✓						✓		✓				✓			✓
- เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน	✓		✓	✓		✓	✓		✓		✓	✓	✓			✓
2. ทรัพยากรของนโยบาย															✓	
- งบประมาณ	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓				
- การสนับสนุนอื่นๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงาน	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓				
3. การติดต่อสื่อสารและกิจกรรมส่งเสริม																
- ความเที่ยงตรงและแน่นอนของการสื่อสาร	✓		✓		✓	✓	✓			✓						
- มาตรการควบคุม ประเมิน และกระตุ้นส่งเสริม	✓				✓	✓	✓		✓							
4. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ															✓	
- ปริมาณและความสามารถของบุคลากร	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
- ภาวะผู้นำ	✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

ตารางที่ 2.1 การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากตัวแบบของนักวิชาการและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ตัวแบบจากนักวิชาการ								ตัวแบบจากงานวิจัย							
	Van Meter	Williams	Edwards	Sabattier	Hambleton	Cheema	วราเดช	Bernan	กล้า	ทองใบ	รุ่งเรือง	นำพิชญ์	กิตติ	อุไรดา	เพชรต้น	เสกสรรค์
- ทรัพยากรองค์กร	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
- โครงสร้างองค์กร	✓	✓	✓	✓			✓		✓		✓	✓	✓	✓		✓
5. เงื่อนไขด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมือง																
- สภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ	✓			✓		✓	✓				✓	✓		✓		✓
- สภาพแวดล้อมด้านสังคม	✓			✓		✓	✓				✓	✓		✓		✓
- สภาพแวดล้อมด้านการเมือง	✓			✓	✓	✓	✓				✓	✓		✓		✓
6. ทักษะของผู้ปฏิบัติ															✓	
- การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ	✓		✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓
- นโยบาย																
- การตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ	✓		✓	✓	✓		✓			✓			✓			✓
7. ด้านอื่น ๆ																
- มีทฤษฎีทางวิชาการเป็นแนวทาง และมีเทคโนโลยีรองรับ				✓												
- ความหลากหลายในพฤติกรรมของของกลุ่มเป้าหมาย				✓												

ตารางที่ 2.1 การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากตัวแบบของนักวิชาการและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ตัวแบบจากนักวิชาการ								ตัวแบบจากงานวิจัย						
	Van Meter	Williams	Edwards	Sabatie	Hambleton	Chenka	วริศช	Bernan	กล้า	ทองใบ	รุ่งเรือง	นำพิชญ์	กิตติ	อุษิตา	เพ็ญรัตน์
- อัตราส่วนร้อยละของกลุ่มเป้าหมายจากจำนวนประชากร				✓											
- ขอบเขตของพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง															
- ทิศทางของนโยบายสอดคล้องกับทิศทางของนโยบายอื่น				✓											✓
- ความหลากหลายของหน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติ					✓										✓
- ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การ						✓									✓
- การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน							✓		✓						✓
- จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและระดับการพึ่งพาระหว่างกัน							✓	✓							✓
- ความสามารถในการเจรจาต่อรอง							✓								

ตารางที่ 2.1 การตั้งตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์กับการนำนโยบายไปปฏิบัติจากตัวแทนของนักวิชาการและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ตัวแทนจากนักวิชาการ										ตัวแทนจากงานวิจัย					
	Van Meter	Williams	Edwards	Sabatie	Hambleton	Cheena	วราเชษ	Bernan	กล้า	ทองใบ	รุ่งเรือง	น้ำพิกษ์	กิตติ	อุณา	เพียรรัตน์	เสกสรรค์
8. สภาพแวดล้อมภายนอก															✓	✓
- กลยุทธ์ด้านการจัดการ								✓								✓
- รูปแบบของโครงการ								✓								✓
- ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลง								✓								✓
- โครงสร้างทางนโยบาย										✓						✓
- การบริหารจัดการ											✓					✓
- การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่													✓	✓		

จากตารางที่ 2.1 ผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบตามตัวแบบของนักวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวแบบในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ภายใต้เงื่อนไขดังนี้

- (1) เป็นปัจจัยหลักที่สอดคล้องกับเนื้อหา นโยบายที่ศึกษานี้
- (2) เป็นปัจจัยที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับเนื้อหา งานวิจัยนี้
- (3) เป็นปัจจัยที่สามารถนำไปสู่การศึกษาเชิงปริมาณได้
- (4) เป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันและสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

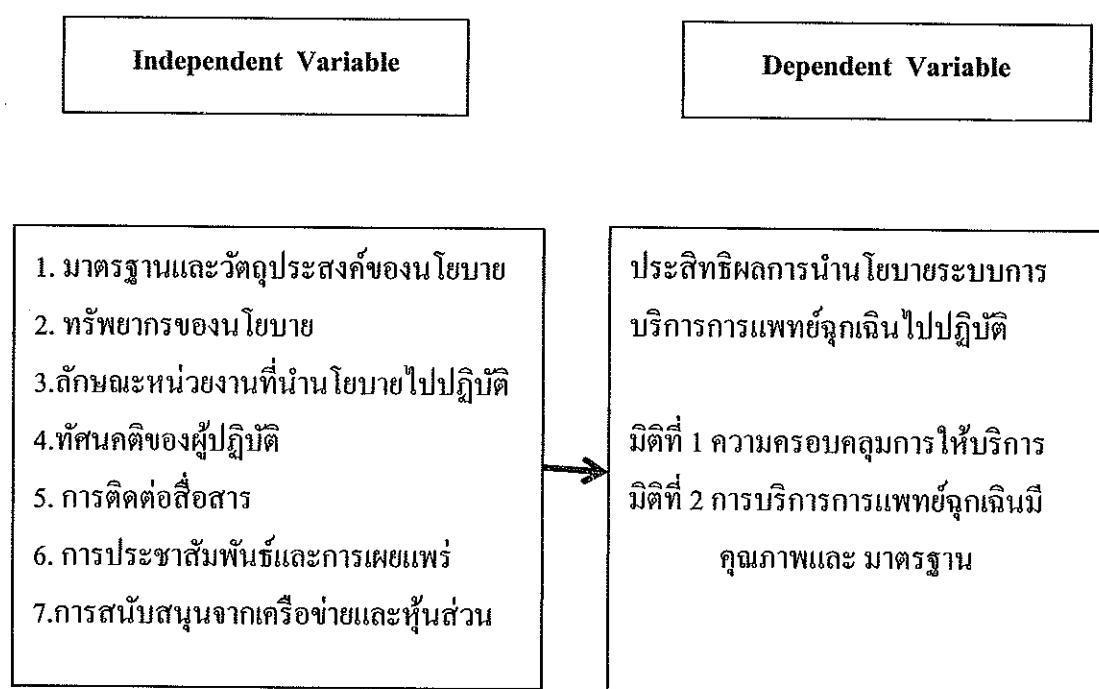
ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติโดย แบ่งปัจจัยออกเป็น 7 ด้าน คือ

- (1) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย
- (2) ด้านทรัพยากรของนโยบาย
- (3) ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
- (4) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ
- (5) ด้านติดต่อสื่อสาร
- (6) ด้านการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่
- (7) ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

ส่วนการวัดผลของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ เป้าหมายหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การมุ่งให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จ การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น หากไม่สามารถอธิบายถึงความแตกต่างในเรื่องดังกล่าวได้ การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติในรายละเอียดและประเด็นต่างๆ ที่ลึกซึ้งกว่าจึงยากที่จะดำเนินการต่อไปได้ (วรเดช จันทรศร, 2534 : 195) ส่วนเกณฑ์การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นมีมากมายหลายเกณฑ์ โดยแต่ละเกณฑ์ที่มีจุดสนใจในการประเมินที่แตกต่างกัน บางเกณฑ์มองไปที่ปัจจัยนำเข้า (Inputs) บางเกณฑ์อาจมองที่ผลผลิต (Outcomes) จึงเป็นภาระหน้าที่ของนักวิจัย จะคัดเลือกเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวให้เหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายที่จะประเมินเพราะแต่ละเกณฑ์เพราะแต่ละเกณฑ์มีความสมบูรณ์อยู่ในตัวอยู่แล้ว การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีเพียงเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง อาจจะต้องใช้วิจารณญาณเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และศึกษาเกณฑ์ชี้วัดในการประเมินผลการดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี 2550-2553 และเป้าหมายของนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง เพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินผลของนโยบายนี้ จึงได้กำหนดกรอบวัตถุประสงค์ของการนำนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยจะวัดเป็น 2 มิติ คือ มิติที่ 1 ความครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและมิติที่ 2 การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและมาตรฐาน

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติกรอบในการศึกษาได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ความรู้ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทฤษฎีและตัวแบบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการการวิจัย โดยใช้แนวคิด Mixed methods study (Kerlinger & Lee, 2000: 592) ตามแผนภาพ 2.10 ดังนี้



ภาพที่ 2.20 กรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย

2.8 นิยามปฏิบัติการและเครื่องชี้วัด

2.8.1 นิยามปฏิบัติการ

จากภาพที่ 2.20 เพื่ออธิบายกรอบแนวคิดเบื้องต้น ผู้วิจัยขอกำหนดนิยามปฏิบัติการ ดังนี้

ประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง ผลการดำเนินงาน ของระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อระดับการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย คือความครอบคลุมการให้บริการ การบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและความพึงพอใจของประชาชนผู้ให้บริการ

ความครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง มีหน่วยให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานครอบคลุมทุกตำบล, ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับวิกฤติ และเร่งด่วน ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งต่อด้วยระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างน้อย ร้อยละ 50 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานครอบคลุมทุกตำบล ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล หมายถึง มีหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน (FR) หรือหน่วยกู้ชีพระดับต้น (BLS) หรือ หน่วยกู้ชีพระดับสูง (ALS) ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งขึ้น หรือหน่วยกู้ชีพที่สังกัด หน่วยงานราชการ หรือภาคเอกชน ดำเนินการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขึ้น โดยหน่วยกู้ชีพที่จัดตั้งขึ้นต้อง ให้บริการประชาชนในทุกหมู่บ้านครอบคลุมทุกพื้นที่ตำบลและครอบคลุมทุกโรงพยาบาล โดยมี มาตรฐานและคุณภาพบริการ ครบถ้วนตามที่กำหนด

ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติ และเร่งด่วน ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งต่อด้วยระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างน้อย ร้อยละ 50 หมายถึง สูตร คำนวณผลตัวชี้วัด

$$X = \frac{Y}{N} \times 100$$

X = ร้อยละของการดำเนินการช่วยเหลือหรือส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติด้วย ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน

Y = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Service) คือ ผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งหมายถึงจำนวนครั้งการ ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ (ALS, ILS, BLS, FR) ในปีงบประมาณ 2553

N = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้อง ER ของโรงพยาบาล โดยการนำส่งของรถ EMS ที่ขึ้นทะเบียน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านการสั่งการจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดและได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล ที่รับผู้ป่วยนั้นๆ ไว้รักษา รวมถึงรับผู้ป่วยไว้และนำส่งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงกว่าในปีงบประมาณ 2553 (ER Admit)

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมาตรฐาน หมายถึง มีการประชุมของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปีที่ผ่านมา อย่างน้อยร้อยละ 15 บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเพียงพอ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

การประชุมของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงจำนวนครั้งของการจัดการประชุมคณะกรรมการ/ คณะทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงาน อำเภอ/ตำบล 4 ครั้ง/ปี (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง จากนายอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นเลขานุการ มีหน้าที่ กำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องระหว่างหน่วยงาน หรือหน้าที่อื่นใดที่ได้รับมอบหมาย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

คณะทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำอำเภอ หมายถึง คณะทำงานที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน มีหน้าที่ ตรวจสอบมาตรฐานต่างๆ ในอำเภออ้างอิงกับจังหวัด การควบคุมคุณภาพ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาคุณภาพบริการติดตามและประเมินผล (การนิเทศงาน การประเมินผลในระดับอำเภอ) การจ่ายค่าตอบแทนหน่วยบริการในอำเภอ พิจารณาและให้คำวินิจฉัยประเด็นต่างๆ (การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน) เพื่อเสนอคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตัดสินใจ หรือหน้าที่อื่นใดที่ได้รับมอบหมาย

สูตรคำนวณผลตัวชี้วัด

จำนวนครั้ง จัดการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับ หน่วยงาน อำเภอ/ตำบล (4 ครั้ง/ปี) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปีที่ผ่านมา หมายถึงจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตในปีนี้ลดลงโดยเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาอย่างน้อยร้อยละ 15 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเพียงพอหมายถึงมีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อยจังหวัดละ 3 คนและมีบุคลากรของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐานอย่างน้อย 2-3 คนต่อหน่วยปฏิบัติการนั้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที หมายถึงหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถออกปฏิบัติการหลังจากได้รับแจ้งเหตุไปถึงที่เกิดเหตุในเวลาไม่เกิน 10 นาที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่มีต่อกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และผลของการให้บริการ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553)

มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย หมายถึง การระบุรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของนโยบายในลักษณะที่เป็นปริมาณหรือคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตามนโยบาย (เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์, 2536)

ทรัพยากรของนโยบาย หมายถึง สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบายโดยรวมถึงงบประมาณ และการสนับสนุนอื่น ที่กำหนดไว้ในแผนงาน (Van Meter, D and Van Horn, 1975)

ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง ปัจจัยซึ่งแสดงลักษณะหรือสภาพต่างๆ ของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงาน ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ทรัพยากรองค์การ และโครงสร้างองค์การ (Van Meter, D and Van Horn, 1975)

ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึก ความรับรู้หรือการเชื่อ ตลอดจนพฤติกรรมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการที่มีต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ (นพรุจ ศักดิ์ศิริ, 2550)

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง กระบวนการติดต่อสื่อสารโดยใช้ช่องทางและวิธีการติดต่อสื่อสารที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (Van Meter, D and Van Horn, 1975)

การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ หมายถึง กระบวนการติดต่อสื่อสาร สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน และโน้มน้าวให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการ โดยใช้ช่องทางและวิธีการติดต่อสื่อสารที่หลากหลาย ทำให้ประชาชนมารับบริการ ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (นพพร จักคศิริ, 2550)

การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน หมายถึง เครือข่ายและหุ้นส่วนเป็นรูปแบบของการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกันโดยการติดต่ออาจทำได้ทั้งที่ผ่านศูนย์กลางแม่ข่ายหรือแกนนำ หรืออาจไม่มีแม่ข่ายหรือแกนนำก็ได้ แต่จะทำการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่ตนหรือองค์กร สมาชิกยังมีความเป็นอิสระ โดยที่มีการรวมตัวแบบหลวมๆ เฉพาะกิจ ตามความจำเป็นหรือโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์ชัดเจน (นฤมล นิราทร, 2543 : 14 ; ปุสดี มอนซอน และคณะ, 2547: 1)

2.8.2 เครื่องชี้วัด

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมากำหนดเป็นเครื่องชี้วัด ดังนี้

ตารางที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และข้อคำถาม

ตัวแปร/เครื่องชี้วัด	เลขที่ข้อคำถาม
1) แบบสอบถามผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
(1) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	ตอนที่ 2 ข้อ 1 - ข้อ 5
2. ทรัพยากรของนโยบาย	ตอนที่ 2 ข้อ 6 - ข้อ 12
3. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	ตอนที่ 2 ข้อ 13 - ข้อ 18
4. ทักษะของผู้ปฏิบัติ	ตอนที่ 2 ข้อ 19 - ข้อ 26
5. การติดต่อสื่อสาร	ตอนที่ 2 ข้อ 27 - ข้อ 33
6. การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่	ตอนที่ 2 ข้อ 34 - ข้อ 38
7. การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน	ตอนที่ 2 ข้อ 39 - ข้อ 53
(2) ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	
มิติ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและมาตรฐาน	ตอนที่ 3 ข้อ 1- ข้อ 3

ตารางที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และข้อคำถาม (ต่อ)

ตัวแปร/เครื่องชี้วัด	เลขที่ข้อคำถาม
2) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารจัดการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด	
(1) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	ตอนที่ 2 ข้อ 2.1 (ข้อย่อย 1-5)
2. ทรัพยากรของนโยบาย	ตอนที่ 2 ข้อ 2.2 (ข้อย่อย 1-4)
3. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	ตอนที่ 2 ข้อ 2.3 (ข้อย่อย 1-3)
4. ทักษะของผู้ปฏิบัติ	ตอนที่ 2 ข้อ 2.4 (ข้อย่อย 1-4)
5. การติดต่อสื่อสาร	ตอนที่ 2 ข้อ 2.5 (ข้อย่อย 1-3)
6. การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่	ตอนที่ 2 ข้อ 2.6 (ข้อย่อย 1 -4)
7. การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน	ตอนที่ 2 ข้อ 2.7 (ข้อย่อย 1-5)
(2) ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	
มิติ ความครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ตอนที่ 3 ข้อ 1 และ ข้อ 6
มิติ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและมาตรฐาน	ตอนที่ 3 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 5
3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	
(1) ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ	
มิติ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและมาตรฐาน	ตอนที่ 2 ข้อ 1 - ข้อ 4

สำหรับเกณฑ์การวัดประสิทธิผลของการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในมิติความครอบคลุมการให้บริการ การบริการมีคุณภาพมาตรฐานและความพึงพอใจของผู้รับบริการ จะได้นำเสนอในบทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

ในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 รูปแบบการวิจัย

ส่วนที่ 2 ตัวแปรในการวิจัย

ส่วนที่ 3 ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 5 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 7 การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) โดยใช้วิธีการวิจัย

3.1.1 วิจัยเชิงปริมาณ โดยสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จากผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย

3.1.2 วิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาตรวจสอบผลการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาข้อสรุป

3.2 ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแปรข้อมูลข้อเท็จจริง และตัวแปรที่วัดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรเกือบทั้งหมดวัดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากตัวแปรที่วัดประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติบางตัวแปรจะเป็นข้อมูลข้อเท็จจริง

3.2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ด้านทรัพยากรของนโยบาย ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

3.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการพัฒนากระบวนการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ แบ่งเป็นความครอบคลุมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและมาตรฐาน

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.1 ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13 ได้แก่

3.3.1.1 ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน จำนวน 509 คน

3.3.1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 จำนวน 109,538 คน

3.3.2 การสุ่มตัวอย่าง

3.3.2.1 ผู้ปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน รวมจำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก มีขั้นตอนดังนี้

1) รวบรวมรายชื่อหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชนใน 4 จังหวัดเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13 ซึ่งเป็นหน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis) หน่วยละ 1 คน จำนวน 509 คน

2) คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้สูตรของทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973: 125) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 350 คนและคำนวณสัดส่วนเป็นรายจังหวัด ดังตาราง ที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนตัวอย่างแบ่งตามจังหวัดและหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

เขต	จังหวัด	หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน	ตัวอย่าง
13	อุบลราชธานี	97	67
	ยโสธร	75	51
	อำนาจเจริญ	49	34
	ศีร์ษะเกษ	288	198
	รวม	509	350

3) ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละจังหวัดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลาก

3.3.2.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนการสุ่ม 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Ranjit Kumar, 2005: 180)

1) เตรียมรายชื่อผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 ทั้งหมดเป็นรายจังหวัด

2) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 5% ของประชากร จากผู้รับบริการทั้งหมดปี 2552 จำนวน 109,538 คน ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 5,480 คน

3) คำนวณหาอันตรภาคชั้นจาก สูตร จำนวนประชากรทั้งหมด (Total population) / ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

4) สุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้หมายเลขเริ่มต้นก่อน แล้วสุ่มครั้งที่ 2 หมายเลขตัวอย่างที่ได้จึงเท่ากับ (เลขเริ่มต้น + อันตรภาคชั้น)

5) การสุ่มครั้งที่ 3 เท่ากับ (เลขเริ่มต้น + อันตรภาคชั้น + อันตรภาคชั้น) ครั้งที่ 4 (เลขเริ่มต้น + อันตรภาคชั้น + อันตรภาคชั้น + อันตรภาคชั้น) ทำอย่างนี้ไปเรื่อยๆ จนครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 สัดส่วนของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งตามจังหวัดในเขต 13

เขตตรวจราชการ	จังหวัด	จำนวนผู้รับบริการ ปี 2552 (ราย)	กลุ่มเป้าหมาย (ราย)
13	อุบลราชธานี	58,985	2,950
	ยโสธร	18,808	940
	อำนาจเจริญ	10,971	550
	ศีร์ษะเกษ	20,774	1,040
	รวม	109,538	5,480

6) นำรายชื่อที่สุ่มได้มารวบรวมแจกแจงให้ผู้ช่วยนักวิจัยอำเภอละ 1 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายในอำเภอนั้นๆ

7) ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อไป

3.3.3 ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากร ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 12 คน จากผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัดครอบคลุม 4 จังหวัดๆ ละ 3 คนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13 ดังนี้

3.3.3.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

3.3.3.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3.3.3.3 หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและศูนย์สั่งการจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงาน/งานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

3.4 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.4.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินสังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิหรือองค์กรเอกชน แบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากรของนโยบาย หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติการติดต่อสื่อสาร ทักษะของผู้ปฏิบัติ การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ และการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่ ความครอบคลุมการให้บริการ คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3.4.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผู้รับบริการการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการที่สังกัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3.4.3 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถาม (Interview Guide) เพื่อเป็นแนวทางในการซักถามแบบเจาะลึกสำหรับผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัด

3.5 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.5.1 แบบวัดปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3.5.1.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดกรอบแนวคิดและศึกษาคุณลักษณะที่จะวัด ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณลักษณะหรือประเด็นที่จะวัดให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยศึกษาจากเอกสาร ตำราหรือผลการวิจัยต่างๆ ที่มีลักษณะเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ตลอดจนศึกษาลักษณะของแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
- 2) กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัด และกำหนดชนิดของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเลือกชนิดของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเรื่องที่จะวัดและกลุ่มตัวอย่าง

3) ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดคุณลักษณะที่ต้องการจะวัด โดยศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตัวอย่างให้เข้าใจ และยึดวัตถุประสงค์เป็นหลักในการสร้างแบบสอบถาม

4) แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้านต่างๆ การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้านๆ ซึ่งจะทำให้สร้างง่ายขึ้นและครอบคลุมในแต่ละด้านอย่างทั่วถึง

5) เขียนคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ส่วนแรกของแบบสอบถาม คือ คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยความมุ่งหมายของการวิจัย คำอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบวัตถุประสงค์และเข้าใจวิธีการสร้างแบบสอบถามนั้น โดยผู้วิจัยเขียนให้ละเอียดและชัดเจน

6) การปรับปรุงแบบสอบถาม หลังจากการสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนั้นมาพิจารณาใหม่ เพื่อหาข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไขและให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจแบบสอบถามในประเด็นความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบการใช้ภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร แล้วนำมาหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Object Congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อที่มี IOC ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 เพื่อที่จะได้นำข้อเสนอแนะและข้อวิพากษ์วิจารณ์ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

7) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือโดยนำเอาแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ที่จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach) และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและรายด้าน โดยใช้คำสั่ง Reliability ของโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

8) ปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นฉบับสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้จากผลการวิเคราะห์คุณภาพอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ ซึ่งจะทำให้ผลงานวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถืออีกครั้งหนึ่ง

9) จัดพิมพ์แบบสอบถาม เป็นการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วมาจัดพิมพ์และตรวจสอบให้ละเอียด โดยความถูกต้องในถ้อยคำหรือสำนวน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ตรงประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ

3.5.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีขั้นตอนดังนี้

3.5.2.1 กำหนดกรอบแนวคิดและศึกษาคุณลักษณะที่จะวัด ผู้วิจัยได้ศึกษา

คุณลักษณะหรือประเด็นที่จะวัดให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยศึกษาจากเอกสาร ตำราหรือผลการวิจัยต่างๆ ที่มีลักษณะเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ตลอดจนศึกษาคุณลักษณะของแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

3.5.2.2 กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัด และกำหนดชนิดของข้อความ ผู้วิจัยเลือกชนิดของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเรื่องที่วัดและกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2.3 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดคุณลักษณะที่ต้องการจะวัด โดยศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตัวอย่างให้เข้าใจ และยึดวัตถุประสงค์เป็นหลักในการสร้างแบบสอบถาม

3.5.2.4 แบ่งคุณสมบัติหรือความพึงพอใจที่ต้องการจะวัดออกเป็นด้านต่างๆ การสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งคุณสมบัติที่ต้องการวัดออกเป็นด้านๆ ซึ่งจะทำให้สร้างง่ายขึ้น และครอบคลุมในแต่ละด้านอย่างทั่วถึง

3.5.2.5 เขียนคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามส่วนแรกของแบบสอบถาม คือ คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยค่าของคะแนนของระดับความคิดเห็นระดับต่างๆ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบและเข้าใจอย่างละเอียดและชัดเจน

3.5.2.6 การปรับปรุงข้อความหลังจากที่สร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถาม นั้นมาพิจารณาใหม่ เพื่อหาข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไข และให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจแบบสอบถามในประเด็นความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบการใช้ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร แล้วนำมาหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Object Congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อที่มี IOC ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 เพื่อที่จะได้นำข้อเสนอแนะและข้อวิพากษ์วิจารณ์ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ มาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

3.5.2.7 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) เพื่อวิเคราะห์คุณภาพเป็นการนำเอาแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach) และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและรายด้าน โดยใช้คำสั่ง Reliability ของโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.2.8 ปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นฉบับสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้จากการวิเคราะห์คุณภาพอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพ ซึ่งจะทำให้ผลงานวิจัยเป็นที่น่าเชื่อถืออีกครั้งหนึ่ง

3.5.2.9 จัดพิมพ์แบบสอบถาม เป็นการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วมาจัดพิมพ์ และตรวจสอบให้ละเอียด โดยความถูกต้องในถ้อยคำหรือสำนวน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจได้ ตรงประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการวัด

3.5.3 การสร้างแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

3.5.3.1 กำหนดปัญหา ขอบเขต และวัตถุประสงค์

3.5.3.2 กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการ โดยศึกษาจาก

- 1) การค้นคว้าจากทฤษฎี
- 2) การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3) ประสบการณ์ในอดีต
- 4) แนวคิดที่สังเคราะห์ขึ้น

3.5.3.3 สร้างแนวคำถามตามกรอบแนวคิดสร้างแนวคำถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.5.3.4 แนวคำถามที่สร้างเสร็จแล้วให้ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพียงตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง

3.5.3.5 แนวคำถามที่สร้างเสร็จไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 10 คน ที่ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดกลุ่มสนทนาให้เหมือนการสัมภาษณ์จริงทุกอย่าง แล้วนำผลหรือคำตอบที่ได้นั้นมาพิจารณาเกี่ยวกับความเข้าใจ ปฏิกริยาของผู้ตอบที่มีต่อข้อคำถาม ความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระและการตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

3.5.3.6 แก้ไขแนวคำถามและพิมพ์เป็นแนวคำถามฉบับสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.6.1 หลังจากการสุ่มตัวอย่างได้รายชื่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามจำนวนที่ต้องการแล้ว

3.6.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์สำหรับผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการให้ผู้ช่วยนักวิจัยนำไปยังหน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ด้วยตนเอง

3.6.3 แบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัดด้วยตนเอง

3.6.4 หลังจากที่ได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติในลำดับ

ต่อไป

3.7 การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.7.1 การจัดกระทำข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.7.1.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในเครื่องมือวัดแต่ละชุดและใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์

3.7.1.2 ตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับเครื่องมือแต่ละชุด

3.7.1.3 นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ตอน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ดังนี้

3.7.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

- วิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยรวมและรายชื่อเสนอตารางประกอบความเรียงแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึงระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ความครอบคลุมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้มาตรฐาน โดย

(1) ครอบคลุมระดับตำบล

ร้อยละ 81-100	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ร้อยละ 61-80	มีประสิทธิภาพ	ให้ 4 คะแนน
ร้อยละ 41-60	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ร้อยละ 21-40	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ร้อยละ 0-20	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

(2) ความครอบคลุมระดับโรงพยาบาล

ร้อยละ 81-100	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ร้อยละ 61-80	มีประสิทธิภาพ	ให้ 4 คะแนน
ร้อยละ 41-60	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ร้อยละ 21-40	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ร้อยละ 0-20	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

- การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทุกกรณีหรือส่งต่อด้วยระบบการแพทย์

ฉุกเฉิน

ร้อยละ 70-100	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ร้อยละ 60-69	มีประสิทธิภาพ	ให้ 4 คะแนน
ร้อยละ 50-59	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ร้อยละ 40-49	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ร้อยละ 0-39	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปีงบประมาณ 2552

มากกว่าร้อยละ 15	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ร้อยละ 12 - 15	มีประสิทธิภาพ	ให้ 4 คะแนน
ร้อยละ 8 - 11	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ร้อยละ 4 - 7	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ต่ำกว่าร้อยละ 4	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

- บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนเพียงพอ

(1) มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินในจังหวัด

มากกว่า 3 คน	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
3 คน	มีประสิทธิภาพมาก	ให้ 4 คะแนน
2 คน	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
1 คน	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่มี	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

(2) บุคลากรตามมาตรฐานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มากกว่า 3 คน	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
3 คน	มีประสิทธิภาพมาก	ให้ 4 คะแนน
2 คน	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
1 คน	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่มี	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

- ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้

ภายใน 10 นาที

ร้อยละ 81-100	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ร้อยละ 61-80	มีประสิทธิภาพมาก	ให้ 4 คะแนน
ร้อยละ 41-60	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ร้อยละ 21-40	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
ร้อยละ 0-20	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

- การประชุมของคณะกรรมการทางการแพทย์ฉุกเฉินในรอบปีที่ผ่านมา

มากกว่า 5 ครั้ง	มีประสิทธิภาพมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
4 ครั้ง	มีประสิทธิภาพมาก	ให้ 4 คะแนน
3 ครั้ง	มีประสิทธิภาพปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
2 ครั้ง	มีประสิทธิภาพน้อย	ให้ 2 คะแนน
1 ครั้ง	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยวิเคราะห์ค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Enter และ Stepwise method

3.7.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยบันทึกประเด็นสำคัญๆ ขณะสัมภาษณ์ บันทึกภาพและฟังเทปบันทึกเสียงหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง
- 2) ถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แต่ละรายการหลังกลับจากพื้นที่โดยละเอียด
- 3) ผู้วิจัยได้สร้างมโนทัศน์ (Concept) ของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันในรูปข้อความ (Statement) จัดหมวดหมู่ของมโนทัศน์เพื่อหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงเชิงเหตุผล โดยกำหนดรหัสหมาย (Code) แยกหมวดหมู่ (Code mapping) และเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างของแต่ละมโนทัศน์
- 4) จัดหมวดหมู่มโนทัศน์ว่ามีมิติ (Dimensions) และมีสมบัติ (Properties) ของกลุ่มมโนทัศน์เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมโนทัศน์ต่างๆ โดยการเปรียบเทียบ (Comparative case)
- 5) ตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) และวิเคราะห์ให้ได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎี

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.8.1 วิเคราะห์สถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

3.8.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

3.8.3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติโดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Enter Method และ Stepwise Method

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis 3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 4) ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงผสมผสาน (Mixed Method) กรอบแนวทางการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติของเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 13 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรเพื่อบรรยายและอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามตัวแปรเพศ อายุ การศึกษา ระดับของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ที่ตั้ง จำนวนบุคลากร การประชุมและร้อยละการให้บริการได้ภายใน 10 นาที ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของลักษณะทางประชากร

ข้อ	ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	อัตราส่วนร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	230	65.7
	หญิง	120	34.3
2	อายุ		
	22-32 (ปี)	89	25.4
	33-42 (ปี)	99	28.3
	43-52 (ปี)	77	22.0

ตารางที่ 4.1 จำนวน อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของ
ลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ข้อ	ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	อัตราส่วนร้อยละ
2	อายุ (ต่อ) 53-62 (ปี) M = 39.0 ปี SD = 8.80 Min = 22 ปี Max = 59 ปี	85	24.3
3	การศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ปริญญาโท	41 254 54	11.7 72.6 15.7
4	ระดับของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับสูง (ALS) ระดับพื้นฐาน (BLS) ระดับต้น (FR)	65 107 178	18.6 30.6 50.8
5	หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านปฏิบัติงานมาแล้ว 0-3 ปี 4-6 ปี 7-11 ปี M = 3.20 ปี SD = 1.48 Min = 1.0 Max = 10.0	108 114 128	30.9 32.6 36.6
6	จังหวัดที่ตั้งของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ	67 51 198 34	19.1 14.6 56.6 9.7
7	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากร 0- 7 คน 8-14 คน 15-22 คน M = 6.92 คน SD = 3.39 min = 2 max = 17	98 151 101	28.0 43.1 28.9

ตารางที่ 4.1 จำนวน อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของ
ลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน (คน)	อัตราส่วนร้อยละ
8	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีการประชุม (ครั้ง/ปี)		
	0-5 ครั้ง	99	28.3
	6-10 ครั้ง	144	41.1
	11-15 ครั้ง	107	30.6
	M = 11.12 ครั้ง SD = 5.52		
9	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที		74.85

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุระหว่าง 32 ถึง 42 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (FR) มาแล้ว ระหว่าง 7 ถึง 11 ปี เฉลี่ย 3 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้มีบุคลากรในหน่วยฯ ระหว่าง 8 ถึง 14 คน เฉลี่ย 7 คน โดยที่ชุดปฏิบัติงานมีการประชุมระหว่าง 6 ถึง 10 ครั้ง เฉลี่ย 11 ครั้งต่อปี และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้าน

ด้าน	M	SD	ระดับความเห็นการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	3.81	.41	มาก
2. ทรัพยากรของนโยบาย	3.42	.36	ปานกลาง
3. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	3.62	.09	มาก
4. ทักษะของผู้ปฏิบัติ	3.95	.19	มาก
5. การติดต่อสื่อสาร	3.82	.06	มาก
6. การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่	3.81	.22	มาก
7. การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน	3.69	.16	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.73	.17	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.73$, $SD = .17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากไปมากหาน้อย พบว่า ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.95$, $SD = .19$) รองลงมา คือ การติดต่อสื่อสาร ($M = 3.82$, $SD = .06$) และการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ ($M = 3.81$, $SD = .22$) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ($M = 3.81$, $SD = .41$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินสามารถ นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	104 (29.7)	209 (59.7)	30 (8.6)	6 (1.7)	1 (0.3)	4.16	.67	มาก
2. มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน และกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร	76 (21.7)	229 (65.4)	33 (9.4)	8 (2.4)	4 (1.1)	4.04	.71	มาก
3. มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐาน ของการบรรลุผลสำเร็จไว้อย่างชัดเจน	57 (16.3)	217 (62.0)	63 (18.0)	10 (2.8)	3 (0.9)	3.90	.72	มาก
4. วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของนโยบายมี ความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน	51 (14.6)	229 (65.4)	52 (14.9)	17 (4.8)	1 (0.3)	3.89	.70	มาก

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
5. การนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้โดย ไม่มีปัญหา และอุปสรรคใดๆ	27 (7.7)	102 (29.1)	115 (32.9)	93 (26.6)	13 (3.7)	3.10	1.00	ปานกลาง
โดยรวม						3.82	.42	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้บริหารหน่วยงานปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.82$, $SD = .42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้
ดังนี้ มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจนและกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร คิดเป็นร้อยละ 65.4 วัตถุประสงค์
ของแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของนโยบายมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันคิดเป็นร้อยละ 65.4 และมีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผล
สำเร็จไว้อย่างชัดเจน ร้อยละ 62.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ทรัพยากรของนโยบาย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้ มีการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม	52 (14.9)	193 (55.1)	84 (24.0)	19 (5.4)	2 (0.6)	3.78	.78	มาก
2. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้ มีการพัฒนาด้านเนื้อหาวิชาการการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	47 (13.4)	211 (60.3)	76 (21.7)	14 (4.0)	2 (0.6)	3.82	.72	มาก
3. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ให้มหาวิทยาลัยเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย อย่างเหมาะสม	44 (12.6)	216 (61.7)	66 (18.9)	20 (5.7)	4 (1.1)	3.78	.77	มาก
4. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมี บุคลากรจำนวนเพียงพอในการดำเนินงาน	31 (8.9)	114 (32.6)	125 (35.7)	68 (19.4)	12 (3.4)	3.24	.97	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ทรัพยากรของนโยบาย (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
5. บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนา ความรู้ความสามารถและทักษะ การปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง	28 (8.0)	150 (42.9)	100 (28.6)	67 (19.1)	5 (1.4)	3.36	.92	ปานกลาง
6. หน่วยงานมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ และทันสมัย	24 (6.9)	112 (32.0)	111 (31.7)	87 (24.9)	16 (4.5)	3.11	1.00	ปานกลาง
7. ได้รับจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม ต่อการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	22 (6.3)	90 (25.7)	106 (30.3)	95 (27.1)	37 (10.6)	2.90	1.09	ปานกลาง
โดยรวม						3.42	.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านทรัพยากรของนโยบาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.42, SD = .37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายอย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 61.7 นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีการพัฒนาฝีมือวิชาการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 55.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. มีการวางแผนเตรียมความพร้อม ด้านบุคลากรงบประมาณและวัสดุ	40 (11.4)	152 (43.4)	107 (30.6)	41 (11.7)	10 (2.9)	3.48	.94	ปานกลาง
2. กำหนดโครงสร้างการทำงาน ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินชัดเจน เช่น การตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน	45 (12.9)	162 (46.3)	114 (32.6)	27 (7.7)	2 (0.6)	3.63	.82	มาก

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไป ปฏิบัติ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
3. มีโครงสร้างการบริหารที่มี สายบังคับบัญชาที่สั้นและคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน	44 (12.6)	202 (57.7)	81 (23.2)	19 (5.4)	4 (1.1)	3.75	.78	มาก
4. มีการใช้กฎระเบียบควบคุม การปฏิบัติงานด้านบริการการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	36 (10.3)	190 (54.3)	102 (29.1)	19 (5.4)	3 (0.9)	3.67	.76	มาก
5. กำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบที่มอบหมาย งานทางบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ บุคลากรอย่างชัดเจนและเหมาะสม	49 (14.0)	182 (52.0)	94 (26.9)	14 (4.0)	11 (3.1)	3.69	.87	มาก

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไป ปฏิบัติ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)			
6. ผู้บริหารมีทักษะในการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	50 (14.3)	163 (46.6)	93 (26.6)	38 (10.9)	3.60	.91	มาก
โดยรวม					3.64	.09	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไป ปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.64$, $SD = .09$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย
ได้ดังนี้ มีโครงสร้างการบริหารที่มีสายบังคับบัญชาที่สั้นและคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน คิดเป็นร้อยละ 57.7 มีการใช้กฎระเบียบ ควบคุมการปฏิบัติงาน
ด้านบริการการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 54.3 และกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่มอบหมายงานทางบริการการแพทย์
ฉุกเฉินให้บุคลากรอย่างชัดเจนและเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 52.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปปฏิบัติ
ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อประชาชน	142 (40.6)	170 (48.6)	25 (7.1)	11 (3.1)	2 (0.6)	4.25	.76	มาก
2. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเห็นว่าการนำนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานต้นสังกัด	73 (20.9)	153 (43.7)	93 (26.6)	25 (7.0)	6 (1.7)	3.74	.92	มาก
3. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นตรงกันในเรื่องการนำบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ในชุมชนจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	116 (33.1)	193 (55.1)	28 (8.0)	11 (3.2)	2 (0.6)	4.17	.74	มาก

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						SD	M	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)				
4. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากร ที่มีความรู้ความสามารถและมีเจตคติที่ดีต่อ การปฏิบัติงาน	53 (15.1)	213 (60.9)	72 (20.6)	11 (3.1)	1 (0.3)		.70	3.87	มาก
5. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเชื่อที่ตรงกันในเรื่องการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินไปใช้ในชุมชนจะทำให้ เป็นที่เชื่อถือและยอมรับของประชาชน และชุมชนมากขึ้น	79 (22.6)	212 (60.6)	49 (14.0)	10 (2.8)	(0.0)		.69	4.02	มาก
6. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้นโยบายการ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บรรลุเป้าหมาย	89 (25.4)	191 (54.6)	59 (16.9)	9 (2.5)	2 (0.6)		.76	4.01	มาก

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้าน
ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
7. ผู้ร่วมงานทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาและ ให้การช่วยเหลือกันในการดำเนินงาน ด้านนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	52 (14.9)	193 (55.1)	87 (24.9)	12 (3.4)	6 (1.7)	3.78	.80	มาก
8. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมี ความกระตือรือร้นที่จะศึกษาค้นคว้าหา ความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	47 (13.4)	202 (57.7)	81 (23.1)	17 (4.9)	3 (0.9)	3.78	.76	มาก
โดยรวม						3.95	.19	มาก

จากการตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = .19$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 60.9 บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความเชื่อที่ตรงกันในเรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปด้วยกันไปในชุมชนจะทำให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนและชุมชนมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 60.6 และบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความกระตือรือร้นที่จะศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านการติดต่อสื่อสาร

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. ติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การ ภายนอกไปด้วยความรวดเร็วทั้งรูปแบบ ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	50 (14.3)	186 (53.1)	89 (25.4)	23 (6.6)	2 (0.6)	3.74	.80	มาก

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านการติดต่อสื่อสาร (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)				
2. ติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงาน เป็นไปด้วยความรวดเร็วทั้งรูปแบบที่ เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	54 (15.4)	216 (61.7)	64 (18.3)	15 (4.3)	1 (0.3)		3.87	.72	มาก
3. บุคลากรได้รับการชี้แจงเรื่องเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของนโยบายการแพทย์ ฉุกเฉินก่อนดำเนินงาน	56 (16.0)	225 (64.3)	58 (16.6)	10 (2.9)	1 (0.2)		3.92	.67	มาก
4. ประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อ ประสานงานนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน	54 (15.4)	218 (62.3)	54 (15.4)	23 (6.6)	1 (0.3)		3.86	.76	มาก
5. บุคลากรได้รับนโยบายต่างๆ ที่มาจาก หน่วยงานต้นสังกัดทันเวลา ต่อการดำเนินการ	35 (10.0)	221 (63.1)	76 (21.7)	15 (4.3)	3 (0.9)		3.77	.71	มาก

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านการติดต่อสื่อสาร (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
6. ข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ที่ได้รับ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีความชัดเจน และตรงกันในเนื้อหาสาระ	34 (9.7)	214 (61.1)	84 (24.0)	17 (4.9)	1 (0.3)	3.75	.70	มาก
7. การประสานงานของหน่วยงานต่างๆ ด้าน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แสดงถึง ความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ และเป็น ไม่ทางการ	41 (11.7)	239 (68.3)	55 (15.7)	13 (3.7)	2 (0.6)	3.86	.67	มาก
โดยรวม						3.82	.07	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการติดต่อสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.82$, $SD = .07$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ การประสานงานของหน่วยต่างๆ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แสดงถึงความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ และเป็นไม่ทางการ คิดเป็นร้อยละ 68.3 บุคลากรได้รับการชี้แจงเรื่องเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินก่อนดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 64.3 และบุคลากรได้รับนโยบายต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต้นสังกัดทันเวลาต่อการดำเนินการ คิดเป็นร้อยละ 63.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. ประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน และชุมชนให้เข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	64 (18.3)	237 (67.7)	34 (9.7)	13 (3.7)	2 (0.6)	3.99	.69	มาก
2. มีแผนงาน/โครงการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน	65 (18.6)	216 (61.7)	52 (14.9)	13 (3.7)	4 (1.1)	3.92	.76	มาก

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
3. ใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์ และการเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน	36 (10.3)	161 (46.0)	88 (25.1)	54 (15.4)	11 (3.1)	3.44	.97	ปานกลาง
4. ประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินหลายวิธี	41 (11.7)	227 (64.9)	51 (14.6)	28 (8.0)	3 (0.8)	3.78	.78	มาก
5. มีการประเมินการรับรู้ข่าวสาร ด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากประชาชน (โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบ หรือเกิดเหตุฉุกเฉิน)	71 (20.3)	210 (60.0)	44 (12.6)	22 (6.2)	3 (0.9)	3.92	.80	มาก
โดยรวม						3.81	.22	มาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.81, SD = .22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชนและชุมชนให้เข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 67.7 ประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินหลายวิธี คิดเป็นร้อยละ 64.9 และมีแผนงาน/โครงการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 61.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
1. เครือข่ายและหุ้นส่วนให้ความสำคัญ กับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผน และการฝึกอบรม	38 (10.9)	194 (55.4)	88 (25.1)	28 (8.0)	2 (0.6)	3.68	.79	มาก
2. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกันเป็นกลุ่มหรือทีมงาน	38 (10.9)	199 (56.9)	75 (21.4)	37 (10.6)	1 (0.2)	3.67	.81	มาก

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
3. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำกิจกรรม การแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อหน่วยงานหรือชุมชน	41 (11.7)	217 (62.0)	75 (21.4)	17 (4.9)	0 (0.0)	3.80	.69	มาก
4. ประสานเครือข่ายจากชุมชน องค์กร ภาครัฐและเอกชนให้เข้ามามีส่วน ร่วมสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	40 (11.4)	183 (52.3)	103 (29.4)	20 (5.7)	4 (1.2)	3.67	.79	มาก
5. การสนับสนุนการทำงานประกอบด้วย หลายๆ ภาคส่วนในพื้นที่	38 (10.9)	164 (46.9)	100 (28.6)	45 (12.7)	3 (0.9)	3.54	.88	มาก
6. ส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วน ในการจัดกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ ของชุมชน	27 (7.7)	148 (42.3)	112 (32.0)	55 (15.7)	8 (2.3)	3.37	.917	มาก

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการ
สนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบายระบบ การแพทย์ฉุกเฉินไป ปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
7. ประชาชนและชุมชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถให้การสนับสนุนทรัพยากรแก่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้	23 (6.6)	122 (34.9)	103 (29.4)	82 (23.4)	20 (5.7)	3.13	1.02	มาก
8. ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉินเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน	12 (3.4)	123 (35.1)	120 (34.3)	70 (20.0)	25 (7.2)	3.07	.98	มาก
9. ชุมชนมีความรู้สึที่ดีต่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	59 (16.9)	218 (62.3)	62 (17.7)	9 (2.5)	2 (0.6)	3.92	.70	มาก

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการ
สนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ การนำนโยบาย ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่ แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
10. ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญ ของการนำหน่วยบริการการแพทย์ ฉุกเฉินมาใช้ในชุมชน	70 (20.0)	241 (68.9)	31 (8.9)	8 (2.2)	0 (0.00)	4.06	.61	มาก
11. ประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือ และร่วมกิจกรรมของหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวข้อง	50 (14.3)	206 (58.9)	69 (19.7)	25 (7.1)	0 (0.00)	3.80	.76	มาก
12. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับ ความร่วมมือและสนับสนุนทรัพยากร จากหน่วยงานอื่นที่อยู่ในท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. หน่วยงานเอกชน ฯลฯ	51 (14.6)	163 (46.6)	66 (18.9)	57 (16.2)	13 (3.7)	3.52	1.04	มาก

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ร้อยละ)			
13. นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่นให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	42 (12.0)	144 (41.1)	104 (29.7)	51 (14.6)	9 (2.6)	3.45	.96	ปานกลาง
14. สื่อมวลชนให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	39 (11.1)	165 (47.1)	95 (27.1)	42 (12.0)	9 (2.7)	3.52	.93	
15. นักวิชาการต่างๆ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	35 (10.0)	159 (45.4)	106 (30.3)	42 (12.0)	8 (2.3)	3.48	.91	ปานกลาง
โดยรวม						3.69	.16	มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.69$, $SD = .16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับค่าร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของการนำหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 62.3 และเครือข่ายและหุ้นส่วนทำกิจกรรมการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีวัตถุประสงค์เพื่อหน่วยงานหรือชุมชน คิดเป็นร้อยละ 62.0 ตามลำดับ

4.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดย 1) ทดสอบความเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (y) ว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) หรือไม่ 2) ทดสอบข้อมูลตัวแปรตาม (y) บนทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) ว่ามีการแจกแจงเป็น Normality หรือไม่ (Stevenson, 1992, 1996 ; Pedhazur, 1997) 3) ทดสอบ Multicollinearity ใช้เกณฑ์ ค่า $r < 0.80$ (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995) 4) ไม่มี Autocorrelation โดยใช้ค่า Durbin-Watson ทดสอบมีเกณฑ์ระหว่าง 1.5 - 2.5 (ตารางภาคผนวก)

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Regression) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ตัวแปรพยากรณ์	B	beta	t	p-value
1. ทักษะของผู้ปฏิบัติ	9.869	.378	5.723	.001**
2. การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่	-5.490	.241	3.988	.001**
3. การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน	6.099	.245	4.091	.001**
4. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	5.192	.194	3.317	.001**
5. การติดต่อสื่อสาร	3.653	.643	2.224	.027*
6. ทรัพยากรของนโยบาย	.769	.035	.572	.567
7. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	.0813	.004	.061	.951
SE _B = 4.636 Constant (a) = -1.997				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.10 เมื่อผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว (ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คิดเป็นร้อยละ 47.1 เมื่อเรียงสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนาย (R^2) ของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (ATTT) เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด ($\beta = .378$) รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน (SUPT) ($\beta = .245$) ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ (PROT) ($\beta = .241$) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (SDT) ($\beta = .194$) และปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร (COMT) ($\beta = .643$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ตัวแปรพยากรณ์	B	beta	R ² change
1. ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ	8.092	0.356	0.368
2. การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน	3.909	0.181	0.061
5. การติดต่อสื่อสาร	3.422	0.154	0.008
4. การประชาสัมพันธ์เผยแพร่	2.660	0.134	0.009
3. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	2.969	0.128	0.011
SE _B = 9.620, Constant (a) = 17.974, R = .680, R ² = .462, F = 4.788			

จากตารางที่ 4.11 เมื่อผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คิดเป็น คิดเป็นร้อยละ 46.20 เมื่อเรียงสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (ATTT) เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 35.60 ปัจจัยด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน (SUPT) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร (COMT) ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ (PROT) และปัจจัยด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (SDT) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

$$(Z) = .351 Z_{\text{ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ}} + .181 Z_{\text{การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน}} + .154 Z_{\text{การติดต่อสื่อสาร}} + .134 Z_{\text{การประชาสัมพันธ์เผยแพร่}} + .128 Z_{\text{มาตรฐานและ วัตถุประสงค์ของนโยบาย}}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติมากที่สุด คือ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ มีสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 8.092 หมายความว่า ผู้ปฏิบัติมีทัศนคติเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย จะส่งผลให้การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.092 หน่วย รองลงมา คือ การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน การติดต่อสื่อสารและมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายตามลำดับ

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ตอนนี้กล่าวถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ผู้บริหารสาธารณสุข ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด หัวหน้าศูนย์สั่งการและรับแจ้งเหตุ หัวหน้าสำนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนทั้งสิ้น 12 คน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ปัจจัยด้านทรัพยากรของนโยบาย ปัจจัยลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ปัจจัยด้านติดต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน รวมถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ค้นพบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนี้

4.3.1 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ได้กำหนดนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งระบุว่า ปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการขยายผลการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบทุกจังหวัด ซึ่งมี

การพัฒนาในทุกด้านด้านการจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้มีชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกตำบลทั้งหน่วยของโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติถือว่าเป็นภารกิจเร่งด่วน ซึ่งขณะนี้ มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงจำนวน 995 แห่ง ระดับกลาง 34 แห่ง ระดับต้น 1,307 แห่ง และเบื้องต้น 5,558 แห่ง ซึ่งมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีในทุกจังหวัดจำนวน 79 แห่ง ซึ่งจังหวัดที่มี 2 หน่วยได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ ตาก และชลบุรี (พญา) ด้านการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการ โดยการเพิ่มและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการบริหารจัดการและการให้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในทุกโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินอย่างน้อย 2 คน และเร่งผลิตนักปฏิบัติการระดับวิชาชีพ การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมีจำนวนเพียงพอตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ด้านการพัฒนาระบบเทคโนโลยีการสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร เพื่อสนับสนุนระบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การสื่อสารระหว่างหน่วยงานและระบบข้อมูลข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร และภาคีเครือข่าย เพื่อดำเนินงานและสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ภาคีเครือข่ายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและภาคเอกชน ด้านการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน และการแจ้งเหตุโทร 1669 และด้านการเตรียมความพร้อม โดยจัดทำแผน ซ้อมแผน และมีคณะกรรมการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสภาวะภัยพิบัติ ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น และยังมีการพัฒนาหน่วยแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพเท่าไร โอกาสที่ผู้ป่วยและผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุ จะมีโอกาสสูงในการรอดชีวิต ขณะนี้มีการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและมีศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติโดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดครบทุกจังหวัดแล้ว โดยใช้หมายเลขเดียวกันในการรับแจ้งเหตุคือหมายเลข 1669 ซึ่งสามารถให้บริการได้ในกรณีมีเหตุฉุกเฉินไม่ว่าจะอยู่ในส่วนใดของประเทศ โดยมียานพาหนะไว้ให้บริการทุกระดับทั้งรถ เรือ และ เฮลิคอปเตอร์ ซึ่งขณะนี้มียู่ประมาณ 100 ลำ รวมทั้งเครื่องบินถ้ามีความจำเป็น ในส่วนของค่าใช้จ่ายนั้นกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลจะเป็นผู้ดูแลทั้งหมด

การศึกษาความชัดเจนของนโยบายเป็นการค้นหาคำตอบของคำถามที่ว่าผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีความเข้าใจในเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของนโยบายหรือไม่อย่างไร และนโยบายมีความชัดเจนเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติหรือไม่ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

จากหนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ดังจะเห็นได้จากความเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า

“... ผมมีความเข้าใจในนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดีจาก หน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายนี้โดยตรง คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน จากหนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จ และ ตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับนโยบายแต่มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การวัดแต่ละปีจะแตกต่างกันและเปรียบเทียบกันไม่ได้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นประเด็นที่จะมีความยากและมีอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ในระยะเริ่มแรกเพราะผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2553)

ส่วนประเด็นของนโยบายความชัดเจนเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติหรือไม่นั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เห็นว่าในระยะแรกนโยบายยังไม่มี ความชัดเจน หลังจากที่ปฏิบัติงานแล้วระยะหนึ่ง จึงมีหนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินทุกขั้นตอนชัดเจนและที่สำคัญ คือ มีตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เห็นว่า

“.... นโยบายวัตถุประสงค์ชัดเจน แต่ตัวชี้วัด (KPI) ช่วงแรกไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ปัจจุบันเริ่มชัดเจน มีคู่มือแยกผู้ป่วย แต่ตัวชี้วัด (KPI) พยายามพัฒนาแต่ยังไม่ชัดเจน เช่น การแปลความหมาย การเก็บข้อมูล ตัวชี้วัด (KPI) เปลี่ยนทุกปี ร้อยละการใช้บริการแจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669 ต้องเก็บข้อมูลจากการเข้าถึงของประชาชน Response Time คุณภาพการดูแล เป็นต้น การนำนโยบายไปปฏิบัติแรกๆ มีปัญหามาก แต่ในปัจจุบันชัดเจนมากขึ้น ปฏิบัติได้ดี เป็นนโยบายเน้นรวดเร็วเข้าถึง เป็นนโยบายที่ดี มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชัดเจน การมีส่วนร่วมของสังคมสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้นโยบายนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี ควรให้เป็นตัวชี้วัด (KPI) ของผู้ว่าราชการจังหวัด น่าจะกำกับควบคุมสั่งการได้ดีกว่าสาธารณสุข การนำนโยบายไปปฏิบัติแรกๆ สับสน เปลี่ยนแปลงบ่อย ปัจจุบันเข้าที่เข้าทางปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น ตัวชี้วัด (KPI) จากส่วนกลางเปลี่ยนแปลงตลอด ทำให้ไม่ค่อยต่อเนื่อง เปรียบเทียบไม่ได้ ถ้าจะให้ดีที่สุดผู้ปฏิบัติควรมีส่วนร่วมกำหนด ตัวชี้วัด (KPI) ด้วย” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2553)

และเช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลอีกท่านว่า “.... นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขชัดเจน เป้าหมาย ทฤษฎีชัดเจน วัตถุประสงค์มุ่งบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจริงๆ นโยบายของโรงพยาบาลมีเอกสารชัดเจน มีเป้าหมาย กลยุทธ์ ตัวชี้วัดตามกระทรวงสาธารณสุข เช่น Response Time ภายใน 10 นาที เป็นต้น ส่วนปัญหาอุปสรรคในระยะแรก การประชาสัมพันธ์มีปัญหา ระยะ

หลังมีพันธะสัญญา (MOU) เปิดศูนย์กู้ชีพ อบรมพนักงานกู้ชีพ กู้ชีพชัดเจน มีตัวชี้วัด (KPI) ชัดเจน...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2553) ดังแสดงผลงานในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ตัวชี้วัดและผลงานการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ 3 ปี
ย้อนหลังในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

ปี	ตัวชี้วัด	ผลงาน			
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
2551	*ตัวชี้วัด 0603 ผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ	61.78	50.42	62.83	86.22
	* ตัวชี้วัด 0604 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ)	5	5	5	4.5
	*ตัวชี้วัด 0605 ระบบพัฒนาอาสาสมัครในระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินและมีผลการปฏิบัติงาน(ผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ)	5	5	5	5
2552	*ตัวชี้วัด0604 ผลการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เชิงปริมาณ) - จำนวนครั้งของผู้บริการที่มาและรับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล(คิดเป็นร้อยละของผู้มารับบริการทั้งหมด)	67.54	54.67	42.87	64.99
	- มีการประชุมDeath case conference(ครั้ง)	6	6	2	7
	*ตัวชี้วัด 0605ร้อยละคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
	- โรงพยาบาล 90 เดียง ขึ้นไปมีการเตรียมทีมแพทย์และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย Emergency (แห่ง)/ร้อยละ	2/100	4/100	1/100	1/100

ตารางที่ 4.12 ตัวชี้วัดและผลงานการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ 3 ปี
ย้อนหลังในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

ปี	ตัวชี้วัด	ผลงาน			
2553	*ตัวชี้วัด 0604 ผลการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เชิงปริมาณ)	อุบลราชธานี	ทิวสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
	- จำนวนโรงพยาบาลที่มีการกำหนดระยะเวลาการได้รับการตรวจประเมิน และให้การรักษาโดยแพทย์ตามระดับความเร่งด่วน โดยผู้ป่วยรหัสแดงหรือผู้ป่วย Emergency ให้บริการภายใน 4 นาทีจำนวน (แห่ง) / ร้อยละ	20/100	19/100	7/100	9/100
	*ตัวชี้วัด 0205 มีการสรุปบทเรียนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลองอย่างใดอย่างใดอย่างหนึ่ง	ซ้อมแผนเครื่องบินตก	ซ้อมอพยพภัยสงคราม	ซ้อมแผนไฟไหม้ตึกสูง	ซ้อมอุบัติเหตุจราจรถนน
	*ตัวชี้วัด 0206 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีระบบการบริหารและการบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน	ระบบ ITEMS	ระบบ ITEMS	ระบบ ITEMS	ระบบ ITEMS

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่านโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความชัดเจน เป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อบูม่งให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนของตัวชี้วัด (KPI) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้บุคลากรต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในทุกๆ ปี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานได้ดีเท่าที่ควรและการปฏิบัติตามนโยบาย มีปัญหาบ้างในช่วงแรกเริ่มของการปฏิบัติงาน

4.3.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศีรสะเกษ ขุขันธ์ และอำนาจเจริญ ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งระบุยุทธศาสตร์ ว่า 1) ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศ 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลัง 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน 4) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม 5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้าง กลไก การจัดการและการอภินา โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) และสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ ปี 2553-2555 ไปสู่การปฏิบัติ โดยการประสานบูรณาการหน่วยงาน องค์การ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนหลักๆ โดยมี หน่วยงานรับผิดชอบประกอบด้วย ส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และ เครือข่าย ประชาสังคม เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะห้อง ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ตลอดจนมีความชำนาญและประสบการณ์อยู่ให้บริการประจำตลอดเวลาและส่งเสริมศักยภาพของ บุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้มแข็งและยั่งยืน

การศึกษาทรัพยากรของนโยบายเป็นการค้นหาคำตอบของคำถามที่ว่าผู้นำ นโยบายไปปฏิบัติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสนับสนุนงบประมาณและประสานการช่วยเหลือและ สนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐมากหรือน้อยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากน้อยเพียงใด จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ส่วนใหญ่ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ ประเด็นของบุคลากรและงบประมาณการดำเนินงาน ดังจะเห็นจากความเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า

“... ปัจจุบันนี้ การจัดสรรงบประมาณ จะแยกออกเป็น 2 ส่วน ประเด็นแรก คือ ส่วนของงบชดเชยบริการที่จะจ่ายให้แก่ หน่วยปฏิบัติการ และงบประมาณพัฒนาระบบบริการ ใน ส่วนของงบประมาณค่าชดเชยบริการนั้น พบว่า ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เนื่องจาก งบประมาณที่ได้รับในแต่ละครั้งของการบริการ ในระดับ FR มีเพียง 350 บาท/ครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอ และเมื่อพิจารณาในภาพรวมของงบประมาณค่าชดเชยบริการ จะพบว่าบ่งต่อหัวประชากรที่จัดสรร ให้ ยังคงน้อยกว่างบค่าชดเชยบริการที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละปี ซึ่งปัญหานี้ต้องได้รับการพิจารณาอย่าง เร่งด่วน ประเด็นที่สอง คือ งบประมาณที่สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) จัดสรรมาเป็น งบพัฒนาระบบและ งบบริหารจัดการ โดยปกติ 400,000 บาท ต่อจังหวัด ซึ่งไม่มีการพิจารณาถึง

Work Load (WL) ทำให้จังหวัดที่มี ค่า WL สูงต้องมี Labor Cost สูงตามขึ้นมา แต่ในทางกลับกัน การจัดสรรงบประมาณไม่ได้มีส่วน Cost & WL มาพิจารณา หลายจังหวัดในประเทศไทย จึงไม่ยอมที่จะพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากเมื่อพัฒนา WL ขึ้น Cost สูงขึ้น งบประมาณได้เท่าเดิม จึงเกิดปรากฏการณ์ “ยิ่งทำยิ่งขาดทุน” ในส่วนของงบค่าชดเชยบริการการกระจายงบประมาณไปยังหน่วยปฏิบัติเป็นไปอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม เนื่องจากอยู่บนพื้นฐาน ของ ผลการปฏิบัติงานและมีอัตราจ่ายที่ชัดเจน สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ได้กำหนดมี การฝึกอบรม พนักงานกู้ชีพ โดยเน้นการพัฒนาระดับอาสาสมัครระดับ FR (16 ชั่วโมง) ให้มากขึ้น แต่ในทางกลับกัน กลับมีการควบคุมการผลิตบุคลากรระดับที่เป็นมืออาชีพ เช่น EMT-B ซึ่งมี มาตรฐานการปฏิบัติที่สูงกว่า FR มาก ปัจจุบันการผลิตบุคลากร ต้องอาศัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ในการผลิตระดับ อนุปริญญา ส่วนระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นผู้ผลิต จังหวัดของเรา มีแนวคิดใน การดำเนินการพัฒนาคนในระบบ คือ สิ่งที่มีค่าที่สุดของ EMS คือ คนของเรา ไม่ว่าคุณจะเป็นใคร มาจากไหน เราจะทำให้คุณเป็นพนักงานกู้ชีพ พนักงานสื่อสาร ที่มีคุณภาพ เพียบพร้อมด้วย มาตรฐานการปฏิบัติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปี 2549 ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ได้รับ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรระดับ EMT-B จาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับในปีต่อๆ มาได้รับสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการฝึกอบรม หน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (FR) ในพื้นที่ และในปี 2552-2553 งบประมาณต่างๆ รับการจัดสรรผ่านสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน (สพฉ.) ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2553)

และเช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลอีกท่านว่า “... ก่อนหน้านี้งบประมาณของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีสนับสนุนเพียงพอ ภายหลัง เปลี่ยนมาอยู่สำนัก พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ไม่ค่อยมั่นใจว่าจะได้สนับสนุนเหมือนเดิม แต่ สำนักพัฒนา การแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ก็พยายามสนับสนุนให้ตามจำนวนผลงาน (Case) ด้านงบประมาณพัฒนา สำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ให้น้อยกว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปีนี้ได้รับสนับสนุน 300,000 บาท ไม่เพียงพอ จึงแก้ปัญหาโดยใช้เงินบำรุงของสถานบริการ ศูนย์ตั้ง การได้รับงบประมาณสนับสนุน 400,000 บาท ส่วนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงพอ บางสถานบริการไม่แยกงานอุบัติเหตุและงานฉุกเฉินออกจากกัน เช่น รพ.คำเขื่อนแก้ว รพ.ป่าติ้ว เนื่องจากพยาบาลมีน้อย ต้องทำงานห้องคลอดร่วมด้วย ทำให้เกิดการล่าช้า และทำงานหนักมากขึ้น หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ที่สถานีอนามัยมีปัญหา มาก ก่อนข้างล้มเหลว (BLS ทุกแห่งซึ่งจัด อบรมให้ทั้งหมด) ขาดอัตรากำลัง อบรมก็ไม่ได้สนับสนุน ยานพาหนะชำรุดเพราะใช้มาหลายปี

มีเพียงบางอำเภอมีผู้ซื้อรถบริจาคให้ใช้บริการในเขตอำเภอ และวัสดุ-อุปกรณ์ 2-3 ปีที่แล้ว
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดให้ ระยะเวลาหลังสำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน
(สพจ.) ไม่ได้ให้การสนับสนุน” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2553)

ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 งบประมาณที่ได้รับในการดำเนินการตามนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไป
ปฏิบัติ 3 ปี ย้อนหลัง ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

จังหวัด	ปี	งบประมาณ ชุดขยายบริการการ บริหารการแพทย์ ฉุกเฉิน	งบประมาณ พัฒนาระบบ การแพทย์ ฉุกเฉิน (บาท)	งบอื่นๆ เงินบำรุง/ บัญชี 6 ฯลฯ	งบเพิ่มเติม พิเศษจาก ผลงานการ บริการฯ
อุบลราชธานี	2551	33,715,300	400,000	300,000	400,000
	2552	31,664,400	400,000	400,000	400,000
	2553	28,300,050	400,000	300,000	400,000
ศรีสะเกษ	2551	6,746,200	400,000	1,124,381	400,000
	2552	8,657,100	400,000	800,000	400,000
	2553	12,498,800.33	400,000	300,000	400,000
อำนาจเจริญ	2551	6,087,450	400,000	400,000	400,000
	2552	5,712,950	400,000	400,000	400,000
	2553	5,233,300	400,000	200,000	400,000
ยโสธร	2551	8,838,250	400,000	500,000	400,000
	2552	8,512,800	400,000	300,000	400,000
	2553	7,957,900	400,000	400,000	400,000

ตารางที่ 4.14 จำนวนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

ประเภทบุคลากร	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (คน)	2	0	0	0
แพทย์ให้คำปรึกษา (คน)	4	30	16	10
พยาบาลวิชาชีพ (คน)	507	543	109	94
นักวิชาการสาธารณสุข (คน)	2	10	4	2
EMT-I (คน)	48	95	8	16
EMT-B (คน)	361	222	33	58
FR (คน)	648	3,271	799	1,096
เจ้าหน้าที่สื่อสาร/บันทึกข้อมูล (คน)	8	3	2	34
เจ้าหน้าที่อื่นๆ (คน)	7	0	2	37
รวม (คน)	1,587	4,174	973	1,347

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านทรัพยากรของนโยบาย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ เห็นว่า งบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ งบประมาณหลักในปัจจุบันมาจากงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในส่วนของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ ส่วนใหญ่มีเพียงพอในการให้บริการ และมีการส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

4.3.3 ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ได้กำหนดนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเด็นด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ โดยกำหนดกรอบแนวคิดลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวกับประเภทของหน่วยงาน หน่วยงานใหม่ที่ถูกผลักดันจากอิทธิพลการเมืองหรือหน่วยงานเดิมที่มีความพร้อมทางทรัพยากรอยู่แล้ว โครงสร้างและการลำดับขั้นการบังคับบัญชาถ้าเป็นหน่วยงานเล็กจะมีโอกาสประสบความสำเร็จได้เร็วกว่าหน่วยงานขนาดใหญ่ด้านการสื่อสารแบบเปิดที่มีความสัมพันธ์ทั้งแนวนอนและแนวตั้ง ด้านความสามารถของผู้นำ ถ้าผู้นำที่เข้มแข็งจะสามารถระดมความสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ได้ดีและสามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จได้ จากศึกษาสภาพการปฏิบัติงานจริง พบว่า สำนักงานระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉินประจำจังหวัด เป็นหน่วยงานหนึ่ง ทำหน้าที่รับนโยบายจากคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด มาจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดให้สามารถให้บริการมีโครงสร้างระบบบริการดังนี้ คือ

- (1) จัดหาหน่วยรถพยาบาลและจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการ (Zoning) ให้หน่วยรถพยาบาลที่ตั้งขึ้นสามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด
- (2) กำหนดโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่บริการ ในปัจจุบันกำหนดให้นำผู้ป่วยส่งเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น
- (3) ตรวจสอบผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของหน่วยรถพยาบาล ตามมาตรฐานกำหนดโดยคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด ควบคุม กำกับ และพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด
- (4) จัดสรรงบประมาณการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย งบประมาณการดำเนินงาน ค่าตอบแทนของหน่วยรถพยาบาล และการพัฒนางาน
- (5) รวบรวมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch Center) ประจำจังหวัด อยู่ในควบคุมกำกับและใช้งบประมาณโดยตรงของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้จ่ายค่าซื้อบริการ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานีเป็น จังหวัดเดียวในประเทศไทยที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนจังหวัดอื่นๆ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นผู้ดำเนินงาน มีเจ้าหน้าที่ประจำ 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่วิทยุสื่อสาร พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ผู้ควบคุมระบบที่อยู่ประจำศูนย์ฯ หรือติดต่อได้ทันที ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเครือข่ายระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ ภาระงานประกอบด้วย รับแจ้งเหตุสั่งการให้หน่วยรถพยาบาลออกปฏิบัติงาน ติดตามประสานงานกับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการกิจของหน่วยรถพยาบาล ให้คำปรึกษาทางการแพทย์แก่หน่วยรถพยาบาลและประชาชน บันทึกรายงานข้อมูลการปฏิบัติงานทางอินเทอร์เน็ตในแต่ละวัน และรวบรวมรายงานจากหน่วยรถพยาบาลส่งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดทุกเดือน

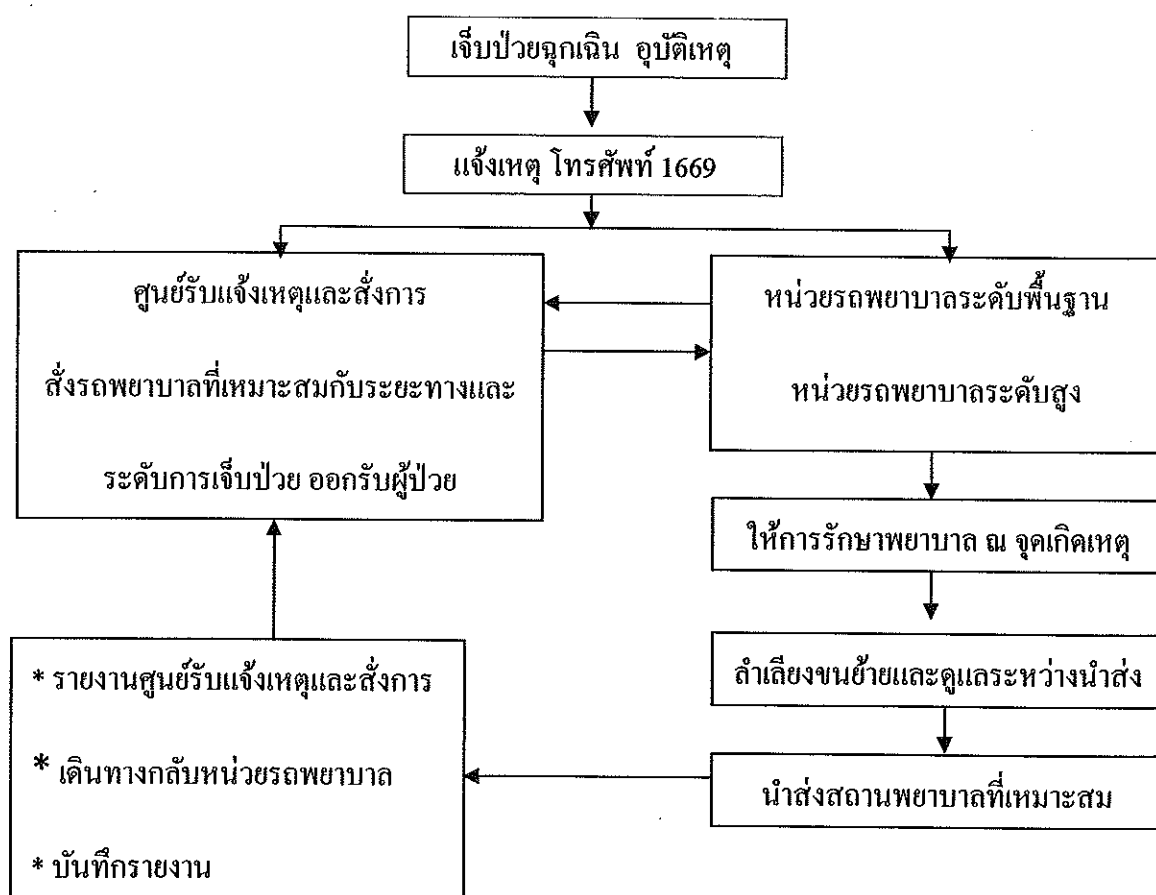
หน่วยรถพยาบาลหรือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Ambulance station) เป็นหน่วยราชการหรือนิติบุคคลที่สมัครเป็นหน่วยรถพยาบาลกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเขต Zoning ของตนเองตลอด 24 ชั่วโมง ตามคำสั่งของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วย และรถพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดกำหนดขึ้น หน่วยรถพยาบาลจะแบ่งออกเป็นสามระดับคือ

(1) หน่วยรพพยาบาลระดับต้น (First responder: FR) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับอาสาสมัครกู้ภัย รพพยาบาลมีอุปกรณ์ระดับต้นและสามารถให้บริการการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติการจำนวน 350 บาท/ครั้ง

(2) หน่วยรพพยาบาลระดับพื้นฐาน (Basic life support: BLS) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Emergency medical technician-basic: EMT-B) ใช้รพพยาบาลที่มีอุปกรณ์ระดับพื้นฐาน ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์/พยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติราชการ 500 บาท/ครั้ง

(3) หน่วยรพพยาบาลระดับสูง (Advance life support: ALS) มีเจ้าหน้าที่ประจำรถในระดับแพทย์ พยาบาล เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (Emergency medical technician-intermediate: EMT-I) รพพยาบาลมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตระดับสูง สามารถให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในระยะวิกฤตให้การช่วยเหลือในระดับสูง อยู่ในความควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ตามภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 การทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551)

ดังจะเห็นจากความเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า “...ข้อกำหนดของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินบุคลากรของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พนักงานกู้ชีพ จะต้องได้รับการทดสอบทักษะการปฏิบัติการทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดได้กำหนดออกแบบ โครงสร้างภายในที่ชัดเจน (Infrastructure of Ems) ออกเป็น (1) สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีภารกิจในการสนับสนุนบริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทั้งในส่วนของงานบริหารและจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย การจัดระบบสื่อสารในระบบต่างๆ เช่น โทรศัพท์หมายเลข 1669 วิทยุสื่อสาร อินเทอร์เน็ตและการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เพื่อสนับสนุนในการรับแจ้งเหตุและสั่งการ รวมทั้งการควบคุมกำกับ ตรวจสอบมาตรฐานหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ออกปฏิบัติงาน ทั้งมาตรฐานรถพยาบาลและนักปฏิบัติการ เพื่อให้หน่วยที่ถูกส่งออกไปปฏิบัติงานสามารถให้การดูแล รักษา ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงภารกิจในการเป็นศูนย์วิชาการในการฝึก ศึกษาอบรม แก่บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินหลักสูตรต่างๆ เพื่อเตรียมบุคลากรในการเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งจัดระบบการเตรียมความพร้อมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความพร้อมในการรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการสาธารณสุข (Public Health Emergency Response, PHER) ที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดและก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน (2) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการภารกิจหลักในการให้บริการสองส่วนคือ การรับแจ้งเหตุ และการสั่งการ และควบคุม กำกับ ให้คำปรึกษาแก่นักปฏิบัติการ ขณะที่กำลังปฏิบัติการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนด การรับแจ้งเหตุนี้จะรับแจ้งโดยตรงจากประชาชนทางหมายเลข 1669 ส่วนการสั่งการ จะเป็นการสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษา ผู้ป่วยและผู้ป่วยเจ็บ รวมถึงการส่งการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ซึ่งผู้ที่รับการสั่งการ คือ หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังมีภารกิจในการรายงานผลการปฏิบัติงานไปยังสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ทางเว็บไซต์ www.niems.go.th ในทุกรายที่มีการสั่งการ ส่วนงานเทคนิค มีภารกิจหน้าที่ ในการ จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการรับแจ้งเหตุและสั่งการ ไม่ว่าจะเป็น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต วิทยุสื่อสาร ตลอดจนการ ตรวจสอบซ่อมบำรุงระบบสายส่งสัญญาณ ของทุกอุปกรณ์ ให้สามารถพร้อมใช้งาน นับว่าเป็นหน่วยสนับสนุนการบริการที่มีความสำคัญและปฏิบัติงานควบคู่ไปกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ตลอด 24 ชั่วโมง โครงสร้างขององค์กร สายบังคับบัญชา และการสั่งการ ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้นว่าโครงสร้างภายใน (Infrastructure of Ems) มีความสั้น กระชับ มีความแน่นอน ... ” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2553)

และเช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลอีกท่านว่า “...โครงสร้างหน่วยงานชัดเจน มีผู้รับผิดชอบโดยตรง สายบังคับบัญชาสะดวก รวดเร็ว สั้น กะทัดรัดมีแผนงานโครงการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรอย่างชัดเจน พนักงานกู้ชีพ ต้องมีทักษะในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน โครงสร้างองค์กรชัดเจนมีการผสมผสานหน่วย EMS + ER ทำงานร่วมกันได้อย่างดี ไม่มีปัญหา การสั่งการจึงสั้น ชัดเจน ปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ส่วนการสั่งการจากศูนย์สั่งการ (สสจ.) มีผลบ้างถูก บ้าง เช่น ผู้ป่วยวิกฤตถูกส่งโดยรถ BLS มากกว่ารถ ALS การแบ่งโซนไม่ชัดเจน ศูนย์รับแจ้งเหตุ โดยตรงส่วนมากไม่ใช่อุบัติเหตุฉุกเฉินจริงๆ ศูนย์สั่งการสั่งผิด ไม่มี Medical Control ที่เป็นแพทย์ ปัจจุบันใช้พยาบาล และสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ส่วนศูนย์สั่งการอยู่โรงพยาบาลจังหวัด ใช้การประสานงานแบบทางการและไม่เป็นทางการแต่ส่วนมากรู้จักกัน สนิทสนมกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นก็ร่วมกันแก้ไขปัญหา และมีนโยบายการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน มีระบบการสั่งการเป็นระบบ สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2553)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านลักษณะ หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า บุคลากรทั้งหมดเห็นว่า โครงสร้างการบริหารมีความชัดเจน มีสายการบังคับบัญชาที่สั้น กะทัดรัด ทำให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว และ ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง บางจังหวัดมีการแยก ศูนย์สั่งการฯ และสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้คนละสถานที่ แต่ไม่เป็นปัญหาในการ ปฏิบัติงาน

4.3.4 ทักษะของผู้ปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ พบว่า บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการฝึกฝนตามหลักสูตรมาตรฐานจนเกิดการพัฒนาแนวคิด จิตบริการ มีทัศนคติที่ดี ในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติมีความภาคภูมิใจ ในวิชาชีพของตน โดยเฉพาะการสวมใส่เครื่องแบบ ปฏิบัติการสีขาว ได้รับการยอมรับจากสังคมและผู้ปฏิบัติยังมีความคิดเห็นตรงกันว่านโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินนี้ เป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชนอย่างมาก

สอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... การฝึกฝนอบรมบุคลากรทางการ แพทย์ฉุกเฉินด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อ นโยบาย การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เราสอนบุคลากรในระบบ “ปั้นมากับมือทุกคน” ให้คำนึงถึงความ ปลอดภัยของตนเองเป็นเบื้องต้น และผู้ป่วยเป็นลำดับต่อมา การดูแลผู้ป่วยต้องทำด้วยมาตรฐานที่

กำหนดงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ ไม่มีเวลากำหนด และไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ดังนั้นงานด้านนี้จึงเป็นงานที่ผู้ปฏิบัติมีความยากลำบากในระหว่างการทำงาน รายได้น้อย สิ่งที่เราคิดว่ายึดเหนี่ยวให้พวกเขาเหล่านั้นยังคงทำงานอยู่ได้ในทุกวันนี้ คงเป็นอย่างอื่นไปไม่ได้ นอกจาก ความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วม มุ่งมั่นและช่วยเหลือกัน มีเจตคติที่ดีต่องานบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาตนเองให้มีทักษะการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จากการรอคอยที่จะได้รับการทดสอบและฝึกอบรมประจำปี ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “...ปัจจุบัน สังคมให้การยอมรับพนักงานกู้ชีพในฐานะ “หมอ” กว่า 2.4 แสนครั้งที่ได้ช่วยผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน ตกอยู่ในความทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่สังคมได้เห็น และหากไม่มีการยอมรับ ประชาชนย่อมไม่ร้องขอให้พวกเราช่วย ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... ทัศนคติของพนักงานเดิม มีความภาคภูมิใจ มีความสุข หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (ALS) ได้รับรางวัลระดับจังหวัด เขตและประเทศ การยอมรับจากประชาชน ระยะแรกไม่น่าเชื่อถือ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับของประชาชน แรงจูงใจในการทำงานส่วนหนึ่งเสียสละ ภูมิใจ มีอุดมการณ์และมีคำตอบแทนส่วนหนึ่งก็พออยู่ได้ สวมใส่เสื้อขาว (Uniform) แล้วภูมิใจ มีมาตรฐานเดียวกัน ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... เท่าที่สัมผัสพนักงานกู้ชีพทุกคน มีจิตมุ่งบริการเป็นส่วนมาก แต่บอกเปอร์เซ็นต์ ไม่ได้การยอมรับบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินจากสังคมได้รับการยอมรับอย่างดี ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินมอบความ ขอบขอบคุณอยู่ประจำ บุคลากรไม่ค่อยสนใจพัฒนาตัวเอง ต้องยื่นให้ เดิมศักยภาพให้โดยสาธารณสุข บุคลากรส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจ สังกัดจากการวางตัวดี เหมาะสม มีบุคลิกภาพดี การแต่งกาย ที่ขาวสะอาดอยู่เสมอ การลาออกน้อย ขวัญกำลังใจดี ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2553)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ พบว่า บุคลากรทั้งหมดมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีจิตสาธารณะ ได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนดีขึ้นเรื่อยๆ

4.3.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ด้านการติดต่อสื่อสาร จากศึกษาสภาพการปฏิบัติงานจริง พบว่าใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 ได้จัดตั้งศูนย์สั่งการและรับแจ้งเหตุ (Dispatch Center) ประจำจังหวัดอยู่ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ยกเว้นจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดตั้งระบบการติดต่อสื่อสารโทรศัพท์เป็นหลัก หมายเลข 1669 มีบางพื้นที่ห่างไกลต้องใช้ระบบวิทยุสื่อสาร สนับสนุนเสริมการสื่อสารให้ชัดเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ มีอุปกรณ์การสื่อสารครบถ้วนทุกหน่วย สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันเวลา ส่วนการสื่อสารภายในองค์กรได้มีการจัดประชุมซักซ้อมความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางนโยบายใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และมีเว็บไซต์ ในการติดต่อสื่อสารเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกด้วย มีการจัดทำวารสาร จดหมายข่าว ฯลฯ

ดังผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านที่ว่า “... การสร้างเครือข่ายเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้นำหน่วย (หัวหน้าศูนย์) มีภารกิจสำคัญในการเป็นตัวแทน และสัญลักษณ์ของหน่วยงาน ด้านสื่อสารองค์กร เป็นภารกิจเฉพาะตัวที่หัวหน้าหน่วยต้องทำ เพื่อให้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องทำในเวลาจำกัด และไม่มีเวลาราชการ บุคลากรสามารถรับรู้ในเรื่องเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายได้ตรงกัน จากการประชุมประจำปี และในทุกๆ วัน เราคุยกันจะมีการสอดแทรกแนวคิดของนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงาน เราอาจกล่าวได้ว่า พวกเรานិเทศงานกันทุกวัน บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยงานอื่นๆ ได้ รวดเร็วทันเวลาต่อการดำเนินการต่างๆ ทันทีที่ต้องการ โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร “โทรทัศน์ ทีวี” รายละเอียดที่มากกว่านี้ ดูที่ Web site วารสาร บันทึกการประชุม ฯลฯ ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... ใช้ศูนย์โทรศัพท์คู่สาย ในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ใช้ได้ดี วางระบบดี 1669 ของจังหวัด มีอัตราการเรียกใช้สูงสุดของประเทศ ร้อยละ 90 ส่วนการติดต่อภายในองค์กร สื่อสารกันโดยการประชุมและ Website ของศูนย์...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... การติดต่อสื่อสารไม่มีปัญหา เพราะเป็นจังหวัดที่ค่อนข้างใหญ่มีระบบการสื่อสารที่ดี ทันสมัย ปรับปรุง แก้ไขอยู่เสมอ มีการจัดวางเป็นเครือข่าย (zone) สื่อสารสามารถ ติดต่อสื่อสารได้ไกลแม้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินจะอยู่ตามพื้นที่

ขายแดนก็ตาม มีการประชุม Teleconference บุคลากรสามารถรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและเข้าใจและมีการจัดทำ Face book ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันด้วย...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2553) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 อุปกรณ์สื่อสารที่ใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการ
สาธารณสุขที่ 13

อุปกรณ์สื่อสาร	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
โทรศัพท์ Analog fax (คู่สาย)	10	4	2	5
โทรศัพท์ ISDN (คู่สาย)	In 2 out 4	In 2 out 4	In 1 out 2	In 1 out 2
Analog in PABX (คู่สาย)	9	8	0	0
GSM (มือถือ)	2	2	0	0
Internet (ความเร็วสูง)	ADSL 1 วงจร	ADSL 1 วงจร	6 MB	4 MB
วิทยุสื่อสาร				
-ระบบ VHF (เครื่อง)	4	3	0	2
-ระบบ SSB (เครื่อง)	1	1	0	0
-E-RADIO (เครื่อง)	2	2	2	1
-วิทยุ BHF (เครื่อง)	0	0	1	0

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า การติดต่อสื่อสารต้องมีความรวดเร็ว และแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และการติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กรมีปัญหาบ้าง คือ ระบบวิทยุที่ใช้ติดต่อสื่อสารมีปัญหา กรณีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ไกลๆ ทั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหาได้โดยการใช้โทรศัพท์แทนและปัญหาอีกประการคือ ปัญหาการแย่งผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละองค์กรส่วนใหญ่จะมีการประชุมประจำเดือนและสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ หลายช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หนังสือเวียน การประชุมประจำเดือน Website ของหน่วยงาน และ Face book เป็นต้น

4.3.6 การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ด้านการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ พบว่าในช่วงเริ่มต้นนโยบายมีการประชาสัมพันธ์กันอย่างเต็มที่และเผยแพร่ในสื่อทุกแขนง เช่น วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์มีการประชาสัมพันธ์โดยการจัดทำป้ายโฆษณามากที่สุด การจัดทำสติ๊กเกอร์ 1669 แจกแจกเงิน ในเขตตรวจราชการที่ 13 ได้มีการควบคุมกำกับเป็นพิเศษจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นนโยบายเน้นหนัก และมีการประเมินการรับรู้ของประชาชนในเรื่องข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินในระดับที่สูง ในปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นที่รู้จักของประชาชนมากขึ้น มีการประชาสัมพันธ์น้อยลงกว่าเดิมมาก ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณสนับสนุน เป็นสำคัญ แต่ได้เน้นการประชาสัมพันธ์ตามระบบราชการและระบบอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การประชุม อบรม อบรม. การประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกกระทรวง ทบวง กรม หรือการแจกกลุ่มเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินบ่อยๆ เช่นที่ จังหวัดยโสธร มีการจัดตั้ง EMS CLUB มีทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังและให้สมัครเป็นสมาชิกที่จะสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างรวดเร็ว เป็นต้น

ดังผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ว่า “...หน่วยงานได้มีแผนงาน/โครงการประจำปีที่ชัดเจน ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดนิทรรศการ, Road show, Web site เป็นต้น และมีการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ในปีแรกๆ จำนวนมากจากงบประมาณ โดยจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ ฯลฯ มีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน) จากประชาชน คือ ABAC Poll ทดสอบการรับรู้ของประชาชน มากกว่า 85% รู้จัก 1669...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2553)

สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... แรกๆ ใช้งบประมาณมากใช้ทุกวิธีการ อาทิเช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ ฯลฯ ปัจจุบัน เริ่มสนใจกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น อายุมาก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง ควรรู้จักการเรียกใช้ 1669 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ซึ่งอัตราการเรียกใช้รถ 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นอุบัติเหตุ ปัจจุบันงบประมาณประชาสัมพันธ์มีน้อยต้องผสมผสานกับงานประจำอื่นๆ ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... ระยะแรกใช้งบประมาณ และตั้งจากส่วนกลาง ซึ่งน้อยมาก ต่อมาไม่มีงบประมาณประชาสัมพันธ์ ใช้วิธีเข้าหาชุมชน ประชุม กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน ให้ อสม. ประชาสัมพันธ์ต่อ, ประชาสัมพันธ์ผ่านนักเรียนในโรงเรียน นโยบาย ของเรามุ่งไปที่ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่อาจจะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เน้น ประชาสัมพันธ์โดยการเข้าหาสมัครสมาชิก EMS Club มีชื่อ-ที่อยู่ แผนที่บ้าน รหัสประจำตัว กรณี ฉุกเฉินแจ้ง 1669 ได้ทันที ที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินการรับรู้ของประชาชนอย่างเป็นทางการ แต่ดู จากการเรียกใช้บริการฉุกเฉินมากขึ้นเรื่อยๆ ...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุขเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2553)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการ ประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ พบว่า การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ หลายช่องทาง เช่น ระยะแรก ต้องจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สดักเกอร์ และ ซีดี เป็นต้น แต่ยังคงความต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรที่มี งบประมาณมาก จะมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารมาก คิดเป็นร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ส่วนขององค์กรที่ไม่มีงบประมาณใน การประเมินการรับรู้ข่าวสารของประชาชน จะพิจารณาจากการที่ประชาชนใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.16 และตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.16 การสนับสนุนงบประมาณในการประชาสัมพันธ์การแพทย์ฉุกเฉินในเขตราชการ สาธารณสุขที่ 13

งบประมาณประชาสัมพันธ์ (บาท)	อู่บลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
2551	400,000	200,000	0	0
2552	200,000	100,000	0	0
2553	200,000	70,000	0	0

* ปี 2550 อู่บลราชธานี ใช้งบประมาณ ประชาสัมพันธ์ 2,000,000 บาท

ตารางที่ 4.17 การประเมินการรับรู้ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินในเขตราชการสาธารณสุขที่ 13

การประเมินการรับรู้ข่าวสาร การแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (ร้อยละ)	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
2551	86.77	85.55	ไม่มีการ ประเมิน	43.28
2552	92.45	88.45	ไม่มีการ ประเมิน	71.72
2553	95.01	90.42	ไม่มีการ ประเมิน	82.11

4.3.7 การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

การศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน พบว่า ส่วนมากจะเป็นเครือข่ายตามระบบราชการที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบาย ส่วนการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอื่นที่มีการสนับสนุนชัดเจนคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อุบลราชธานีได้สนับสนุนทรัพยากรอย่างเต็มที่ เช่น ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินต่างๆ การอบรมพัฒนานุคลากร เป็นต้น และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการสนับสนุนและเป็นเจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลายตำบล มากที่สุดที่จังหวัดศรีสะเกษ ประชาชนส่วนมากยังเข้าใจว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจของรัฐสวัสดิการ ที่จัดให้ประชาชนจึงเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินน้อย แต่ได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนเช่น มูลนิธิฯ หน่วยกู้ชีพ เป็นต้น ส่วนการสนับสนุนจากเครือข่ายอื่นเช่น ภาคการเมือง ภาคธุรกิจ นักวิชาการ สื่อมวลชน ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

ดังผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ว่า “... เครือข่ายและหุ้นส่วนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำงานร่วมกันบริหารในรูปแบบ คณะกรรมการบริหารงานระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน, นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นรองประธาน, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีผู้ทรงคุณวุฒิจาก ตำรวจ นักธุรกิจ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เป็นคณะกรรมการเครือข่ายและหุ้นส่วน สนับสนุนการทำงาน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด สนับสนุนการเช่ารถพยาบาลกู้ชีพ ระยะเวลา 3 ปี มูลค่า 51.8 ล้านบาท มีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสนองความต้องการของชุมชน เช่น

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ของตน ส่วนประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายโดยเฉพาะ อสม. เป็นอาสาสมัครรับแจ้งเหตุ และประชาชน ร่วมบริจาคเงินกองทุนกู้ชีพ เป็นต้น นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ชัดเจน ทั้งงบประมาณและการประชาสัมพันธ์...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553)

สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... เครือข่ายสนับสนุนชัดเจน มีพันธะสัญญา (MOU) กับป้องกันสาธารณสุข (ปภ.) อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และมูลนิธิต่างในจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ละแห่งมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการโดยโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบดูแลการอบรมพนักงานและให้ช่วยเหลือในด้านทักษะต่างๆ ประชาชน, ชุมชน สนับสนุนอย่างดี มีการบริจาคเงินให้กองทุนกู้ชีพ มีนักการเมืองสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพบางหน่วย สื่อมวลชนช่วยกระจายข่าวเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะวิทยุชุมชน และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553)

และสอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลสำคัญอีกท่านว่า “... องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมมากกว่าจังหวัดอื่นๆ วัดจากการ สนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ยานพาหนะทุก 5 ปี สนับสนุนงบประมาณอบรมฟื้นฟูพนักงานกู้ชีพทุกปีและยังมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย ส่วนสาธารณสุขสนับสนุนวิชาการ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล ณ ปัจจุบัน ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี นโยบายจึงดำเนินการไปได้ค่อนข้างดี...” (สัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2553)

ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 สังกัดของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 4 จังหวัด ของเขตตรวจราชการ
สาธารณสุขที่ 13

สังกัดของหน่วยกู้ชีพ	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
หน่วยงานราชการ (หน่วย)	67	103	22	9
หน่วยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หน่วย)	25	179	25	62
หน่วยเอกชน (หน่วย)	5	6	2	4
รวม	97	288	49	75

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ เห็นว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยเฉพาะครูภัณฑ์ วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ แต่บางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายเงินบ้างเนื่องจากติดข้อระเบียบการเบิกจ่ายเงิน และการเปลี่ยนถ่ายอำนาจทางการเมือง ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล ในส่วนของนักการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ และประชาชนยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร

4.3.8 ปัจจัยอื่นๆ (ข้อค้นพบ)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ นอกจากปัจจัยต่างๆ ตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยยังพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากภาคการเมืองในทุกระดับมีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย โดยเฉพาะการเมืองท้องถิ่น เพราะว่าถ้าหากผู้บริหารให้ความสำคัญและเข้าใจในตัวนโยบาย สามารถกำหนดแผนงาน โครงการประจำท้องถิ่น อนุมัติงบประมาณให้เหมาะสมและระดมทุนจากพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเป็นการดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพมาก ดังสรุปตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

รายการ	กรณีศึกษา												หมายเหตุ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล													
1.เพศ (ชาย) (หญิง)	/	/	/			/	/			/		/	ชาย = 7 คน หญิง = 5 คน
2.การศึกษา (ปริญญาตรี) (ปริญญาโท) (ปริญญาเอก)	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/	/	ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
3.ประสบการณ์ (ปี)	5	8	8	5	5	5	6	6	10	7	8	10	เฉลี่ย 6.92 ปี

1

ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ระดับจังหวัดในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 (ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษา												หมายเหตุ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ข้อมูลวิเคราะห์/กรณีศึกษา													
5) ด้านการติดต่อสื่อสาร - การติดต่อสื่อสาร ภายนอก - การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ของผู้ปฏิบัติ	- การติดต่อสื่อสารภายนอกส่วนใหญ่ใช้วิทยุสื่อสาร และ โทรศัพท์ เป็นส่วนใหญ่จะมีปัญหาบางพื้นที่เช่น จังหวัดอำนาจเจริญ วิทยุสื่อสารระบบกระจายไม่ทั่วถึงจังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์สั่งการฯ ได้ ราชวิทยาลัยระดับประเทศการรับรู้ข่าวสารของผู้ปฏิบัติใช้ web site เป็นสื่อกลางและการประชุมประจำเดือนเป็นส่วนใหญ่ บางจังหวัดมีวารสารและหนังสือเวียน												
6) การประชาสัมพันธ์และ การเผยแพร่- แผนงาน/ โครงการ ประชาสัมพันธ์- การใช้งบประมาณ ประชาสัมพันธ์- รูปแบบ ประชาสัมพันธ์- การประเมิน การรับรู้ข่าวสารของ ประชาชน	- ในทุกจังหวัดในระยะแรก มีแผนงาน โครงการ และงบประมาณ ในการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ นโยบายให้ประชาชนรับทราบ เป็น จำนวนมาก โดยใช้ในการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ เช่น โทรศัพท์ วิทยุกระจายเสียง ป้ายโฆษณา แผ่นพับ เป็นต้น มีการประเมินการ รับรู้ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในบางพื้นที่ ส่วน ใหญ่ไม่มีการประเมิน												
7) การสนับสนุนจาก เครือข่ายและหุ้นส่วน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
* องค์การบริหารส่วน จังหวัด	/	-	-	-	-	-	-	-	-	/	-	-	
* องค์การบริหารส่วนตำบล	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
* เทศบาล	/	-	-	/	-	-	-	-	-	-	/	-	
* สื่อมวลชน	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	/	-	
* นักวิชาการ	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	/	-	
* ประชาชนและชุมชน	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	/	-	
8) ปัจจัยอื่นที่คิดว่าจะมีผลต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติ	ผู้บริหาร	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การเมืองท้องถิ่น	ประชาชนและรัฐร่วมกัน	ผู้บริหาร	การมีส่วนร่วมภาคประชาชน	การเมืองท้องถิ่น	การเมืองท้องถิ่น	การเมืองท้องถิ่น	การเมืองท้องถิ่น	คุณภาพการบริหาร	การเมืองท้องถิ่น	

4.4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร (n = 5,480)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,561	28.5
หญิง	3,919	71.5
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	0	0.0
16-20 ปี	199	3.6
21-25 ปี	130	2.4
26-30 ปี	219	4.0
31-35 ปี	692	12.6
36-40 ปี	1,111	20.3
41-45 ปี	1,258	23.0
46-50 ปี	856	15.6
มากกว่า 50 ปี	1,015	18.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	2,161	39.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	1,624	29.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1,510	27.6
อนุปริญญา/ปวส.	152	2.8
ปริญญาตรี	33	0.6
ปริญญาโทขึ้นไป	0	0
อาชีพ		
ข้าราชการ	42	0.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	55	1.0
พนักงานบริษัท	33	0.6
ธุรกิจส่วนตัว	547	10.0

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร (n = 5,480)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	252	4.5
รับจ้าง/ถูกจ้าง	1,204	22.0
นิสิต/นักศึกษา	195	3.6
เกษตรกรกรม/ปศุสัตว์/ประมง	3,128	57.1
เกษียณ/ว่างงาน	24	0.4
โรคประจำตัว		
มี	1,055	19.3
ไม่มี	4,425	80.7
การใช้บริการหน่วยกู้ชีพ (บริการการแพทย์ฉุกเฉิน)		
$M = 1.26$ ครั้ง $SD = 0.59$ Min = 1.00 ครั้ง Max = 4.00 ครั้ง		
จังหวัดที่ใช้บริการหน่วยกู้ชีพ (บริการการแพทย์ฉุกเฉิน)		
อุบลราชธานี	3,040	55.5
อำนาจเจริญ	514	9.4
ศรีสะเกษ	992	18.1
ยโสธร	934	17.0
สาเหตุที่ใช้บริการหน่วยกู้ชีพ (บริการการแพทย์ฉุกเฉิน)		
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	2,564	46.8
ได้รับอุบัติเหตุ	2,569	46.9
ส่งต่อจากสถานีนอนมายังไปโรงพยาบาล	1,774	32.4
แพทย์ที่โรงพยาบาลนัด	178	3.2
ไม่ฉุกเฉินแต่ไม่มีรถไปโรงพยาบาล	161	2.9

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เพศหญิง อายุตั้งแต่ 41 ถึง 45 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรม/ปศุสัตว์/ประมง การใช้บริการหน่วยกู้ชีพเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีการใช้บริการหน่วยกู้ชีพมากที่สุด โดยมีสาเหตุที่ใช้บริการหน่วยกู้ชีพคือ ได้รับอุบัติเหตุและมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามลำดับ

ตารางที่ 4.21 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจเลย			
1.ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว	788 (14.4)	2,162 (39.5)	2,109 (38.5)	421 (7.6)	0 (0.0)	3.60	0.82	มาก
2. ความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ	1,039 (19.0)	1,953 (35.6)	2,095 (38.2)	393 (7.2)	0 (0.0)	3.66	0.86	มาก
3. ให้บริการด้วยความครบถ้วน ถูกต้อง	892 (16.3)	2,505 (45.7)	1,671 (30.5)	388 (7.1)	24 (0.4)	3.70	0.83	มาก
4. ความชัดเจนในการอธิบายชี้แจงและแนะนำขั้นตอนในการให้บริการ	983 (17.9)	2,206 (40.3)	2,012 (36.7)	255 (4.7)	24 (0.4)	3.70	0.82	มาก
5. ความเสมอภาคในการให้บริการ เช่น ให้บริการประชาชนทุกคนเท่าเทียมกัน	1,198 (21.9)	2,536 (46.3)	1,438 (26.2)	255 (4.6)	53 (1.0)	3.83	0.85	มาก
6. ระยะเวลารอคอยในการรับบริการ	730 (13.3)	1,863 (34.0)	2,217 (40.5)	577 (10.5)	93 (1.7)	3.46	0.90	ปานกลาง
โดยรวม						3.65	0.12	มาก

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความเสมอภาคในการให้บริการ เช่น ให้บริการประชาชนทุกคนเท่าเทียมกันมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ ให้บริการด้วยความครบถ้วน ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 45.7 และความชัดเจนในการอธิบายชี้แจงและแนะนำขั้นตอนในการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 40.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	ระดับ ความพึง พอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	ไม่ พอใจ	ไม่ พอใจ เลย			
1. ความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส กิจกรรมารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้ บริการ หรือ การพูดจาด้วย ถ้อยคำและน้ำเสียงสุภาพ	1,378 (25.1)	2,414 (44.1)	1,391 (25.4)	252 (4.6)	45 (0.8)	3.88	0.86	มาก
2. ความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และความพร้อมในการ ให้บริการของเจ้าหน้าที่	1,257 (22.9)	2,238 (40.8)	1,718 (31.5)	243 (4.5)	24 (0.3)	3.81	0.85	มาก
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความ สามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อ สงสัย ให้คำแนะนำ ช่วย แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อ น่าเชื่อถือ	976 (17.9)	2,545 (46.4)	1,788 (32.6)	147 (2.7)	24 (0.4)	3.78	0.77	มาก
4. ความมีน้ำใจ มีความ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	1,133 (20.7)	2,371 (43.3)	1,838 (33.5)	85 (1.5)	53 (1.0)	3.81	0.80	มาก
5. ความซื่อสัตย์สุจริตในการ ปฏิบัติหน้าที่เช่น ไม่ขอสั่ง คอบ แทน ไม่รับสินบน ไม่หา ประโยชน์ในทางมิชอบ ฯลฯ	1,780 (32.5)	2,107 (38.4)	1,466 (26.8)	103 (1.9)	24 (0.4)	4.00	0.84	มาก
โดยรวม						3.85	0.88	มาก

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ
ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า
เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยให้
คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ ความ

สุขภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หรือ การพูดจาด้วยถ้อยคำและน้ำเสียง
สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 44.1 และความมีน้ำใจ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.23 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจเลย			
1. มีช่องทางเลือกใช้บริการได้หลายรูปแบบ เช่น ทางโทรศัพท์และอื่น ๆ	1,364 (24.9)	2,388 (43.6)	1,370 (25.0)	358 (6.5)	0 (0.0)	3.86	0.86	มาก
2. มีความสะดวกในการเข้าถึงการให้บริการ	835 (15.2)	2,585 (47.2)	1,657 (30.2)	350 (6.4)	53 (1.0)	3.69	0.83	มาก
3. “ความเพียงพอ” ของอุปกรณ์/เครื่องมือในการให้บริการ	848 (15.5)	2,501 (45.6)	1,823 (33.3)	260 (4.7)	48 (0.9)	3.70	0.81	มาก
4. การเปิดรับฟังข้อคิดเห็นต่อการให้บริการ เช่น กล้องรับความเห็น เป็นต้น	810 (14.8)	2,077 (37.9)	2,259 (41.2)	273 (5.0)	61 (1.1)	3.60	0.83	มาก
5. ความสะอาดของพาหนะที่ให้บริการโดยรวม	913 (16.7)	2,704 (49.3)	1,625 (29.7)	185 (3.3)	53 (1.0)	3.77	0.79	มาก
6. “ความเพียงพอ” ของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในการให้บริการ	1,038 (18.9)	2,482 (45.3)	1,599 (29.2)	266 (4.9)	95 (1.7)	3.74	0.87	มาก
7. มีป้ายประชาสัมพันธ์การแพทย์ฉุกเฉิน ชัดเจน และเข้าใจง่าย	1,594 (29.1)	2,408 (43.9)	1,319 (24.1)	106 (1.9)	53 (1.0)	3.98	0.83	มาก
โดยรวม						3.76	0.12	มาก

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความสะอาดของพาหนะที่ให้บริการ โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาคือ มีความสะดวกในการเข้าถึงการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 47.2 และความเพียงพอ ของอุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 45.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านผลของการให้บริการ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					M	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจเลย			
1. ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ	1,038 (18.9)	2,459 (44.9)	1,890 (34.5)	93 (1.7)	0 (0.0)	3.81	0.83	มาก
2. ได้รับบริการที่คุ้มค่า คำนึงประโยชน์	1,379 (25.2)	2,035 (37.1)	1,812 (33.1)	161 (2.9)	93 (1.7)	3.81	0.75	มาก
3 ความพึงพอใจโดยภาพรวมที่ได้รับจาก ผลการบริการของหน่วยงาน	1,329 (24.3)	2,087 (38.1)	1,929 (35.2)	106 (1.9)	29 (0.5)	3.83	0.83	มาก
โดยรวม						3.81	0.01	มาก

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านผลของการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยภาพรวมที่ได้รับจากผลการบริการของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 38.1 และได้รับบริการที่คุ้มค่า คำนึงประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 37.1 ตามลำดับ

4.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research)

4.5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่

4.5.1.1 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 38.5 โดยที่บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีจิตสาธารณะ และได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า “... บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีความภูมิใจและรักงานกันทุกคนสังเกตจากการประชุมเพื่อทำงาน สังคมจะช่วยเหลือกันและทำงานอย่างมีความสุข เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาล (ER) ก็เช่นกัน มีความพร้อมและขวัญกำลังใจดี การยอมรับของประชาชนดีบ้างไม่ดีบ้าง เช่น ไปเช้า ส่วนมากได้รับการยอมรับ เพราะว่า EMS ทุกหน่วยบริการรองรับผู้ป่วยกลับทุกราย...”

และสอดคล้องกับผู้บริหารอีกท่านว่า “... ทัศนคติของพนักงานดีมาก มีความภาคภูมิใจ มีความสุข หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (ALS) ได้รับรางวัลระดับจังหวัด, เขตและประเทศ การยอมรับจากประชาชน ระยะแรกไม่น่าเชื่อถือ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับของประชาชน แรงจูงใจในการทำงานส่วนหนึ่งเสียสละ ภูมิใจ มีอุดมการณ์และมีค่าตอบแทนส่วนหนึ่งก็พออยู่ได้สวมใส่เสื้อขาว (Uniform) แล้วภูมิใจ มีมาตรฐานเดียวกัน...”

4.5.1.2 ด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ทั้งนี้การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนครุภัณฑ์ วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ได้รับการสนับสนุนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งบางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ สาเหตุ เนื่องจากติดขัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของทางราชการ และการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนถ่ายอำนาจทางการเมืองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล ในส่วนนักการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ และประชาชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วนว่า เครือข่ายและหุ้นส่วนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำงานร่วมกันบริหารในรูปแบบคณะกรรมการบริหารงานระดับจังหวัดผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นรองประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีผู้ทรงคุณวุฒิจาก ตำรวจ นักธุรกิจ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เป็นคณะกรรมการ เครือข่ายและหุ้นส่วนสนับสนุนการทำงานโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัดดังผู้ให้ข้อมูลที่ว่า ” สนับสนุนการเข้า

รพยบาลกู้ชีพ ระยะเวลา 3 ปี มูลค่า 51.80 ล้านบาทมีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสนองความต้องการของชุมชน เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ของตน ส่วนประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายโดยเฉพาะ อสม. เป็นอาสาสมัครรับแจ้งเหตุ และประชาชน ร่วมบริจาคเข้ากองทุนกู้ชีพ เป็นต้น นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น, สื่อมวลชน, นักวิชาการ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมากสนับสนุน ทั้งงบประมาณและการประชาสัมพันธ์...”

ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวเสริมไว้ว่า “... เครือข่ายสนับสนุนชัดเจน มีพันธะสัญญา (MOU) กับป้องกันสาธารณสุข (ปท.) อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และมูลนิธิต่างๆ ในจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ละแห่งมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการโดยโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบดูแลการอบรมพนักงานและให้การช่วยเหลือในด้านทักษะต่างๆ ประชาชน, ชุมชน สนับสนุนอย่างดี มีการบริจาคเงินให้กองทุนกู้ชีพ มีนักการเมืองสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพบางหน่วย สื่อมวลชนช่วยกระจายข่าวเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะ วิทยุชุมชน และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น...”

4.5.1.3 ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ หลายช่องทาง เช่น ระยะแรก ต้องจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สติกเกอร์ และ ซีดี เป็นต้น แต่ยังขาดความต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรที่มีงบประมาณมาก จะมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการประเมินพบว่าประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารมาก คิดเป็นร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ส่วนขององค์กรที่ไม่มียงบประมาณในการประเมินการรับรู้ข่าวสารของประชาชน จะพิจารณาจากการที่ประชาชนใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้บริหารสาธารณสุขเน้นย้ำเรื่องนี้ว่า

“...หน่วยงานต้องมีแผนงาน/โครงการประจำปีที่ชัดเจน ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดนิทรรศการ Road show, Web site เป็นต้น มีการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ในปีแรกๆ จำนวนมากจาก “งบประมาณระบบ” โดยจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ ฯลฯ มีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน) จากประชาชน คือ ABAC Poll ทดสอบการรับรู้ของประชาชน มากกว่า 85 % รู้จัก 1669 ...”

ซึ่งบางท่านกล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า “... แรกๆ ใช้งบประมาณมากใช้ทุกวิธีการ อาทิเช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ ฯลฯ ปัจจุบัน เริ่มสนใจกลุ่มเสียงอื่นๆ เช่น อายุมาก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ควรรู้จักการเรียกใช้ 1669 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ซึ่งอัตราการเรียกใช้ 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มเสียงยังน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นอุบัติเหตุ ปัจจุบันงบประมาณประชาสัมพันธ์มีน้อยต้องผสมผสานกับงานประจำอื่นๆ ...”

4.5.1.4 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ นั้น นโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความชัดเจน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนของตัวชี้วัด (KPI) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้บุคลากรต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในทุกๆ ปี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานได้ดีเท่าที่ควรและการปฏิบัติตามนโยบาย มีปัญหาบ้างในช่วงแรกของการปฏิบัติงานซึ่งผู้บริหารบางท่านชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายว่า

“... ผมมีความเข้าใจในนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายนี้โดยตรง คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน จากหนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน...”

การพัฒนาความร่วมมือ กับหน่วยงานรัฐ เอกชน ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใน การสื่อสารองค์กร เป็นต้น มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จ และตัวชี้วัดมีความ สอดคล้องกับนโยบายแต่มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การวัดแต่ละปีจะแตกต่างกันและเปรียบเทียบกันไม่ได้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นประเด็นที่จะมีความยากและมีอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ในระยะเริ่มแรกเพราะผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน บางท่านได้นำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ไปเปรียบเทียบกับการทำงานแบบเดิม แล้วชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของการกำหนดนโยบาย เช่น

“... นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินจากศูนย์เรนทร (เดิม) ชัดเจนระดับหนึ่ง แต่หลังจากปรับเปลี่ยนเป็นสำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่วนตัวชี้วัด (KPI) วัดได้ แต่เปลี่ยนแปลงทุกปี ควรจะ 2-3 ปีค่อยปรับเปลี่ยนครั้งหนึ่งนโยบายช่วงแรกๆ การปฏิบัติยาก มีปัญหา และอุปสรรคมาก ต่อมาดีขึ้น ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้อย่างดี...”

4.5.1.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จนั้น การติดต่อสื่อสารต้องมีความรวดเร็ว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และการติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กร การ

ติดต่อสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กรมีปัญหาบ้าง คือ ระบบวิทยุที่ใช้ติดต่อสื่อสารมีปัญหา กรณีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ไกลๆ ทั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหามาได้ โดยการใช้โทรศัพท์แทน และปัญหาอีกประการคือ ปัญหาการแบ่งผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละองค์กรส่วนใหญ่จะมีการประชุมประจำเดือนและสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ หลายช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หนังสือเวียน การประชุมประจำเดือน Website ของหน่วยงาน และ Face book เป็นต้น แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการยังมีความยาก เช่น การสื่อสารภายในไม่มีปัญหา แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการมีปัญหา คือ ระบบวิทยุมีปัญหา กรณีหน่วยที่อยู่ไกล ระบบสัญญาณของจังหวัดนี้ไม่ค่อยจะดี จะต้องใช้ระบบ โทรศัพท์แทน ส่วนการสื่อสารประสานกันในวันเสาร์ไม่มีปัญหา นอกจากนั้น จะมีการประชุมทุกเดือน หากไม่มีภารกิจเร่งด่วน เพราะว่าหน่วยบริการของเรามีไม่มากสามารถพบปะสื่อสารกันได้บ่อยๆ ตามโอกาสต่างๆ อยู่แล้ว จึงทำให้การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสามารถรับรู้ได้ทุกคนอย่างทั่วถึง ส่วนการใช้โทรศัพท์คู่สายเป็นแนวทางที่สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังเช่นผู้บริหาร ได้กล่าวเสริมว่า

“...มีระบบการติดต่อสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติการที่รวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์และวิทยุสื่อสารที่ผ่านมายังไม่มีปัญหาแต่จะมี ปัญหาระหว่างหน่วยปฏิบัติการ คือ การแบ่งผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อได้รับทราบการสั่งการจากศูนย์สั่งการ (วิทยุ) ส่วนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการประชุมทุกเดือน และมีวารสารแจกให้ทุกคน ทำให้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รู้เท่าเทียมกัน และตรงกันเสมอ...”

4.5.2 ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติพบว่า

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทักษะของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่าย และหุ้นส่วน ตามลำดับ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ ด้านผลของการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85

ตารางที่ 4.25 จำนวนและร้อยละของประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

ประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ	เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13			
	อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ
1. ความครอบคลุมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน				
1.1 ครอบคลุมระดับตำบล	216	77	35	24
คิดเป็นร้อยละ	100.00	37.38	44.34	42.86
1.2 ครอบคลุมระดับโรงพยาบาล	21	19	10	7
คิดเป็นร้อยละ	100.00	100.00	100.00	10.00
2. รอบปีที่ผ่านมามีการประชุมคณะทำงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (ครั้ง)	1	1	1	1
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปีงบประมาณ 2552	11.06	3.33	8.09	0.0067
4. บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน เพียงพอ				
4.1 จังหวัดมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2	0	0	0
4.2 หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรฉุกเฉินประเภทต่างๆ ตามมาตรฐาน	100.00	100.00	100.00	100.00
5. ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที ในภาพรวมจังหวัด	81.21	78.58	74.34	65.26
6. ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลือด้วยการปฏิบัติหรือส่งต่อด้วยระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน	98.56	75.04	77.42	24.7

4.5.3 แนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกพื้นที่ ดังนี้

4.5.3.1 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นนโยบายที่เกิด

ประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและชุมชน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ชัดเจนแต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริง ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ยังมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานการบรรลุความสำเร็จ มีการปรับเปลี่ยนจากสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทุกปี ทำให้การเปรียบเทียบ หรือการปฏิบัติงานเพื่อที่จะให้ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ในแต่ละปี ไม่สามารถดำเนินการได้ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดนี้ไว้อย่างน้อย 3-5 ปี จึงปรับเปลี่ยนโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในคราวนั้นๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดและกำหนดเป็นวาระแห่งชาติวางยุทธศาสตร์ในการบูรณาการในทุกภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ โดยนำกลยุทธ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับพื้นที่ต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย

4.5.3.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย การที่สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

แห่งชาติ (สพฉ.) ได้ตั้งเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ถือว่ารัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก และได้สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินให้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ แต่ในการปฏิบัติจริงในระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบันนี้ ทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ และเหมาะสม เช่น งบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการศูนย์การบริการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ได้รับสนับสนุนจังหวัดละ 400,000 บาท เท่ากันทุกจังหวัดทำให้จังหวัดที่มีประชากรมากไม่สามารถบริหารจัดการได้เพียงพอ รวมถึงบุคลากรทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญคือ รถยนต์กู้ชีพ ซึ่งต้องจัดสรรงบประมาณส่วนอื่นๆ เข้ามาแก้ปัญหาแทน เป็นต้น ดังนั้น ควรจะต้องมีการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดตามประชากรที่รับผิดชอบ หรือพื้นที่ที่มีลักษณะพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น จากการจัดสรรให้จังหวัดละ 400,000 บาท ก็อาจจะแบ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ กลาง เล็ก งบประมาณที่ควรจะเป็นก็คือ จังหวัดขนาดใหญ่ 800,000 บาท จังหวัดขนาดกลาง 600,000 บาท จังหวัดขนาดเล็ก 400,000 บาท และในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งปฏิบัติงานพื้นที่ งบประมาณที่ได้จากการปฏิบัติงานจริง คือ ได้รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจริงจึงจะเบิกงบประมาณได้ เช่น ใน 1 เดือน สามารถปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 35-40 Case (คน) จะได้รับงบสนับสนุนรายละ 500 บาท ก็ประมาณ 17,500-20,000 บาท

แต่รายจ่ายจริงๆ ต่อหน่วยบริการประมาณ 25,000 บาท จำเป็นต้องจัดหาเงินอื่นทดแทน เช่น เงินบำรุงสถานีนามัยซึ่งก็ไม่เพียงพอในการบริหารจัดการในการพัฒนาสถานีนามัยอยู่แล้ว

การจัดสรรงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมกรอบที่กำหนดไว้ โดยประสานกับมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรหรือวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศให้ร่วมกันผลิต เพื่อให้มีบุคลากรโดยเร็วและส่งเสริมให้บุคลากรเดิมได้มีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ใหม่ๆ ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้ให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วย ส่วนวัสดุ-อุปกรณ์ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดสรรให้ครบถ้วนให้หน่วยบริการทุกระดับ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยานพาหนะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดที่หน่วยงาน คือ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องจัดสรรให้ครบทุกพื้นที่ สรุปว่ารัฐบาลหรือสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติต้องจัดสรรทรัพยากรให้ทุกหน่วยบริการ ให้เพียงพอทุกอย่าง เพื่อที่จะทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

4.5.3.3 ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติส่วนมากเป็นหน่วยงานราชการ เช่น สถานีนามัย โรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีภารกิจตามหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนอยู่แล้ว เมื่อนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดและสร้างมาตรฐานขึ้นมาปฏิบัติอย่างชัดเจน ก็เป็นเรื่องที่ดีมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแต่หน่วยงานยังมีทรัพยากรไม่พร้อมเท่าที่ควร เช่น บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ งบประมาณสนับสนุนแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติต้องทำงานซ้ำซ้อน การจัดโครงสร้างงานแยกชัดเจนไม่ได้เพราะจำนวนบุคลากรมีจำกัด ดังนั้น หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องได้รับจัดโครงสร้างที่ชัดเจนแยกเป็นสัดส่วน ระบบการสั่งการควรจะต้องสั่งกะทัดรัด คล่องตัวในการประสานงานหรือสั่งการต่างๆ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านต่างๆ อย่างชัดเจน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ชี้แจงกฎระเบียบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน โดยมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่วนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดเอกชน เช่น มูลนิธิฯ หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

4.5.3.4 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีหลายระดับ เช่น แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานต่างๆ จึงมีทัศนคติที่แตกต่างกันแต่ส่วนมากแล้วทุกคนมีความเป็นจิตอาสา ต่อสาธารณะในการช่วยเหลือและบริการผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรต้องมี

4.5.3 แนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกพื้นที่ ดังนี้

4.5.3.1 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นนโยบายที่เกิด

ประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและชุมชน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ชัดเจนแต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริง ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ยังมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานการบรรลุความสำเร็จ มีการปรับเปลี่ยนจากสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทุกปี ทำให้การเปรียบเทียบ หรือการปฏิบัติงานเพื่อที่จะให้ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ในแต่ละปี ไม่สามารถดำเนินการได้ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดนี้ไว้อย่างน้อย 3-5 ปี จึงปรับเปลี่ยน โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในคราวนั้นๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดและกำหนดเป็นวาระแห่งชาติทางยุทธศาสตร์ในการบูรณาการในทุกภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหาย่อยเป็นระบบ โดยนำกลยุทธ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับพื้นที่ต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย

4.5.3.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย การที่สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

แห่งชาติ (สพฉ.) ได้ตั้งเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ถือว่ารัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก และได้สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินให้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ แต่ในการปฏิบัติจริงในระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบันนี้ ทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ และเหมาะสม เช่น งบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการศูนย์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ได้รับสนับสนุนจังหวัดละ 400,000 บาท เท่ากันทุกจังหวัดทำให้จังหวัดที่มีประชากรมากไม่สามารถบริหารจัดการได้เพียงพอ รวมถึงบุคลากรทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญคือ รถยนต์กู้ชีพ ซึ่งต้องจัดสรรงบประมาณส่วนอื่นๆ เข้ามาแก้ปัญหาแทน เป็นต้น ดังนั้น ควรจะต้องมีการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดตามประชากรที่รับผิดชอบ หรือพื้นที่ที่มีลักษณะพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น จากการจัดสรรให้จังหวัดละ 400,000 บาท ก็อาจจะแบ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ กลาง เล็ก งบประมาณที่ควรจะเป็นก็คือ จังหวัดขนาดใหญ่ 800,000 บาท จังหวัดขนาดกลาง 600,000 บาท จังหวัดขนาดเล็ก 400,000 บาท และในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งปฏิบัติงานพื้นที่ งบประมาณที่ได้จากการปฏิบัติงานจริง คือ ได้รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจริงจึงจะเบิกงบประมาณได้ เช่น ใน 1 เดือน สามารถปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 35-40 Case (คน) จะได้รับงบประมาณรายละ 500 บาท ก็ประมาณ 17,500-20,000 บาท

แต่รายจ่ายจริงๆ ต่อหน่วยบริการประมาณ 25,000 บาท จำเป็นต้องจัดหาเงินอื่นทดแทน เช่น เงินบำรุงสถานือนามัยซึ่งก็ไม่เพียงพอในการบริหารจัดการในการพัฒนาสถานือนามัยอยู่แล้ว

การจัดสรรงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมกรอบที่กำหนดไว้ โดยประสานกับมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรหรือวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศให้ร่วมกันผลิต เพื่อให้มีบุคลากร โดยเร็วและส่งเสริมให้บุคลากรเดิมได้มีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ใหม่ๆ ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้ให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วย ส่วนวัสดุ-อุปกรณ์ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดสรรให้ครบถ้วนให้หน่วยบริการทุกระดับ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยานพาหนะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดที่หน่วยงาน คือ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องจัดสรรให้ครบทุกพื้นที่ สรุปว่ารัฐบาลหรือสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติต้องจัดสรรทรัพยากรให้ทุกหน่วยบริการ ให้เพียงพอทุกอย่าง เพื่อที่จะทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

4.5.3.3 ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติส่วนมากเป็นหน่วยงานราชการ เช่น สถานือนามัย โรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีภารกิจตามหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนอยู่แล้ว เมื่อนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดและสร้างมาตรฐานขึ้นมาปฏิบัติอย่างชัดเจน ก็เป็นเรื่องที่ดีมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแต่หน่วยงานยังมีทรัพยากรไม่พร้อมเท่าที่ควร เช่น บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ งบประมาณสนับสนุนแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติต้องทำงานซ้ำซ้อน การจัดโครงสร้างงานแยกชัดเจนไม่ได้เพราะจำนวนบุคลากรมีจำกัด ดังนั้น หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องได้รับจัดโครงสร้างที่ชัดเจนแยกเป็นสัดส่วน ระบบการสั่งการควรจะต้องสั่งกะทัดรัด คล่องตัวในการประสานงานหรือสั่งการต่างๆ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านต่างๆ อย่างชัดเจน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งแจ้งกฎระเบียบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน โดยมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่วนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดเอกชน เช่น มูลนิธิฯ หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

4.5.3.4 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีหลายระดับ เช่น แพทย์พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานต่างๆ จึงมีทัศนคติที่แตกต่างกันแต่ส่วนมากแล้วทุกคนมีความเป็นจิตอาสา ต่อสาธารณะในการช่วยเหลือและบริการผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรต้องมี

การฝึกอบรมทบทวนฟื้นฟู โดยเฉพาะการปลูกฝังทัศนคติที่ดี การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีเมตตา มีความอดทน ส่งเสริมให้ภูมิใจต่อเกียรติและศักดิ์ศรีที่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การประกาศเกียรติคุณ การมอบรางวัลในโอกาสต่างๆ การสนับสนุนชุดปฏิบัติงาน ที่มีมาตรฐานเดียวกัน สีขาว สววยงาม น่าเชื่อถือ สำหรับที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน สร้างโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยการสนับสนุนทุนการศึกษา มีโบนัสพิเศษ สำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่น จัดให้มีการศึกษาดูงาน จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างหลักประกันสุขภาพและประกันชีวิตให้พนักงานทุกคน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้นุเคราะห์ทางการแพทย์ฉุกเฉินมีขวัญกำลังใจที่ดีขึ้น และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริการด้วยจิตบริการอันแท้จริง

4.5.3.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการปฏิบัติงานทั้งภายในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และยังเกี่ยวเนื่องถึงการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเรื่องต่างๆ เป็นการรับรู้ นโยบาย และข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินทุกอย่างให้มีความชัดเจนตรงกับเนื้อหาสาระของข่าวสารหรือนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น จะต้องจัดตั้งระบบการสื่อสารที่ทันสมัยและรวดเร็ว เช่น การติดตั้งวิทยุสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้สื่อสารได้ในทุกพื้นที่ การใช้โทรศัพท์มือถือ เชื่อมต่อกับหมายเลข 1669 หลายคู่สาย และควรมีเบอร์เฉพาะ เช่น 045-261669 เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าใจง่ายหรือรองรับระบบอื่นๆ ขัดข้อง จัดระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย Internet ความเร็วสูง ให้มีการจัดทำเว็บไซต์ Facebook หรืออื่นๆ เพื่อสื่อสารข่าวสาร หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้อย่างรวดเร็ว จัดทำวารสารประจำเดือน หรือต้องมีการประชุมผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ต้องมีการประสานงานเชื่อมต่อเครือข่ายอื่น เช่น ตำรวจ ดับเพลิง กู้ภัย วิทยุสมัครเล่น ที่ทำการปกครอง ฯลฯ เพื่อสะดวกในการประสานงานทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

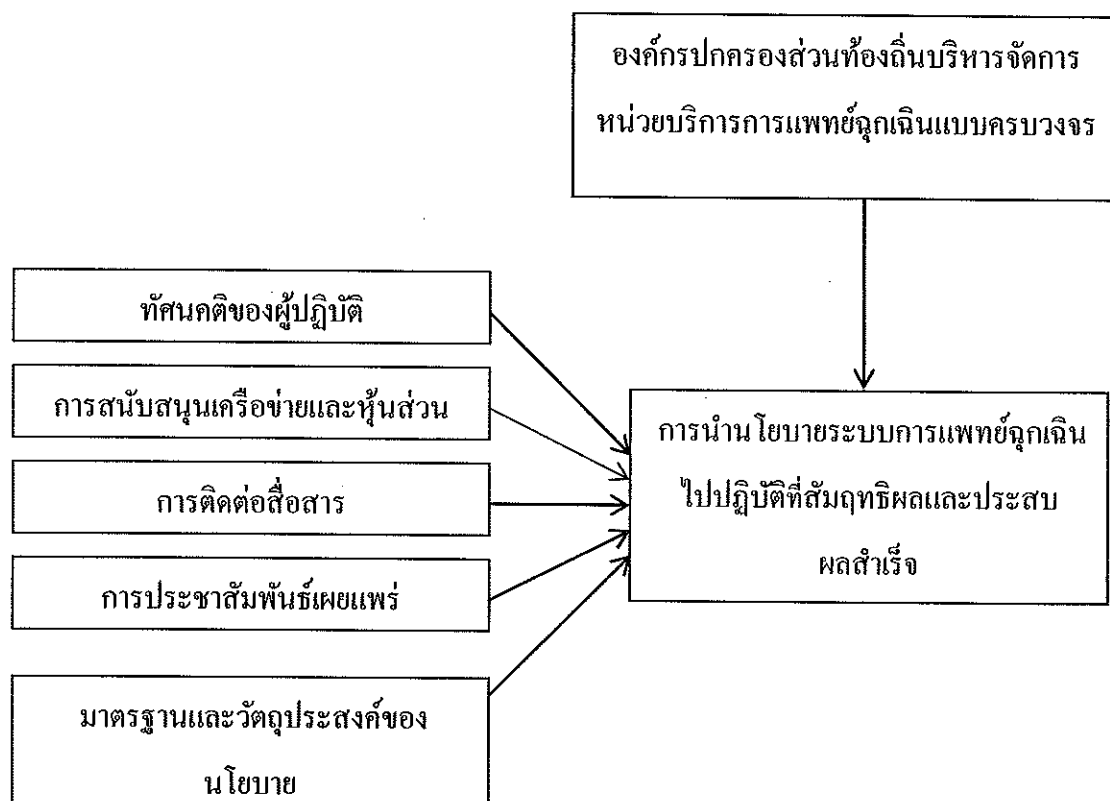
4.5.3.6 ด้านการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ การประชาสัมพันธ์นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะแรกๆ มีการดำเนินการอย่างเต็มที่ทำให้ประชาชนได้มีการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินกันมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ทั่วถึงในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และยังสับสนการให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุเท่านั้น แต่แท้จริงให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินทุกอย่าง เช่น การแจ้งครรภ์คลอด ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เกิดภาวะช็อก เป็นต้น ก็สามารถใช้บริการได้ ในทางตรงข้าม ประชาชนบางส่วนก็ไม่เข้าใจในการเรียกใช้บริการ 1669 เช่น ต้องการไปโรงพยาบาล ปวดฟัน ต้องการให้ไปส่งที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และระยะต่อมาการประชาสัมพันธ์ลดน้อยลงมาก ทำให้อัตราการเรียกใช้

ลดลงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบอย่างสม่ำเสมอและผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่ดีและทันสมัย ส่งให้ทุกหน่วยบริการ เช่น แผ่นพับ ป้ายโฆษณา สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง ให้ทุกหน่วยบริการ มีแผนงาน/โครงการประชาสัมพันธ์รองรับเพื่อเสนอของบประมาณและดำเนินการต่อไป และจะต้องมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากประชาชนสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

4.5.3.7 ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน ปัจจุบันนี้ นโยบายต่างๆ ของรัฐจะประสบความสำเร็จต้องได้รับการสนับสนุนจากพื้นที่นั้นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน ชุมชน นักปกครอง สื่อมวลชน นักการเมือง ฯลฯ นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายที่เกิดผลต่อประชาชน โดยตรงจึงต้องเน้นให้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน จึงจะเกิดผลสำเร็จที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผลที่แท้จริง ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ฯลฯ ให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการหรือเป็นเจ้าของหน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลจะทำให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น (โดยระบุวัตถุประสงค์และจำนวนงบประมาณให้ชัดเจน เช่น ระบุว่างบประมาณจำนวน 800,000.00 บาท นี้ให้นำไปใช้เฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลเท่านั้น และระบุขั้นตอนการใช้ให้ชัดเจน โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนอยู่แล้ว ส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตื่นตัวเห็นความสำคัญการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือดูแลแสดงความเป็นเจ้าของ ระดมทุนจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน เช่น การทำบุญกฐิน ผ้าป่า หรือการบริจาคจากส่วนต่างๆ ฯลฯ เข้ามาช่วยตั้งเป็นกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินประจำท้องถิ่นนั้น ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ควรมีการตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความมั่นคงและเป็นหลักประกันความสำเร็จและคงอยู่ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินตลอดไป ควรส่งเสริมให้สื่อมวลชน นักวิชาการ พระ ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ เข้ามาระดมความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้วย

4.5.3.8 ข้อค้นพบ ที่จะทำให้การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ไปปฏิบัติ ประสพผลสำเร็จอย่างยั่งยืนคือ ภาคการเมืองต้องให้ความสำคัญเป็นวาระแห่งชาติ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทุกส่วนต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการอย่างจริงจัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของ

และบริหารจัดการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบครบวงจร นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ จึงจะประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง ดังภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 กรอบแนวทางการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติของเขต
ตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13

จะเห็นได้ว่าข้อค้นพบจากผลการวิจัย คือปัจจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น
เจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งนอกเหนือจากปัจจัยที่ได้สังเคราะห์จากแนวคิดทฤษฎีและ
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพศาล โชติกล่อม และคณะ (2549 :
160) ได้ศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดขอนแก่น
พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ 4 รูปแบบคือ รูปแบบแรกองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองโดยใช้บุคลากรของท้องถิ่น รูปแบบที่สองคือท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชน
ในแต่ละหมู่บ้านดำเนินการ รูปแบบที่สามเป็นท้องถิ่นร่วมกับสถานีนอนมัย และรูปแบบที่สี่ท้องถิ่น
มอบหมายให้เอกชนดำเนินการ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ วงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ (2549 : 60-78) ในเรื่องการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาจาก 35 จังหวัดในประเทศไทย โดยได้ทำการถอดบทเรียนการจัดการของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีการจัดบริการคือ การมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ เคยทำงานมูลนิธิฯ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เคยเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล การเห็นความสำคัญว่าเป็นบริการของประชาชน เป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำหรับหน่วยบริการระดับต้นที่ดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่ามี 3 รูปแบบคือ

(1) รูปแบบการจัดการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลมี 5 รูปแบบ ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างในการจัดการคือ

(1.1) องค์การบริหารส่วนตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก มีผู้บริหารให้การสนับสนุน แยกการจัดการหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยแยกจากกัน มีความโดดเด่นในการทำงานในการประชาสัมพันธ์ สร้างเครือข่าย อบรบแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่เสมอระหว่างทีม การสนับสนุนให้เยาวชนมีส่วนร่วม และมีอุปกรณ์สื่อสารที่ทันสมัย

(1.2) องค์การบริหารส่วนตำบลโนนแดง อำเภอโนนหิน จังหวัดนครราชสีมา มีโรงพยาบาลให้การสนับสนุน ใช้งบของของอาสาสมัคร มีการประชุมคณะกรรมการ ให้บริการโรคเรื้อรังและโรคฉุกเฉินที่พบบ่อย ยังพบปัญหาเรื่องกรสื่อสารและค่าตอบแทน

(1.3) องค์การบริหารส่วนตำบลสำราญ อำเภอโนนแดง จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลขอนแก่นสนับสนุน มีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน จัดทำเทศบัญญัติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายตอบแทน จัดสร้างอาคารแยกเฉพาะ ใช้งบอะปะดัดแปลง

(1.4) องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่ข่าย มีการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้านทรัพยากร มีการดำเนินงานด้านการป้องกัน มีพยาบาลวิชาชีพและ อสม.ร่วมปฏิบัติงาน มีการดัดแปลงวัสดุและรถกระบะดัดแปลง

(1.5) องค์การบริหารส่วนตำบลเขวาสินรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานชมรมกู้ภัย ใช้งบกู้ภัยแยกการจัดการหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยแยกจากกัน ปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมง

(2) รูปแบบการจัดการโดยเทศบาลมี 6 รูปแบบ ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างในการจัดการคือ

(2.1) เทศบาลตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้บริหารมีประสบการณ์ในการทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) อาสาสมัครเยาวชน ภาครัฐเอกชน สนับสนุนผสมผสานกู้ภัยกู้ชีพ ดำเนินการ โดยชมรมวิทยุสมัครเล่น การคัดแปลงรถกระบะ

(2.2) เทศบาลตำบลตะขบ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา ผู้นำให้ความสำคัญเป็นข้าราชการเก่า มีการจัดการเรื่องการเงินที่ดี มีโรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายสนับสนุน จังหวัดมีนโยบายสนับสนุน

(2.3) เทศบาลตำบลบ้านพรุ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เกิดจาก อพปร. นายกเทศมนตรีเป็นแพทย์ มีรถพยาบาล Ambulance ที่ทันสมัยให้สถานีอนามัย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงาน

(2.4) เทศบาลตำบลเชิงทะเล อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต ผู้บริหารให้ความสำคัญ ผสมผสานกู้ภัยกู้ชีพ (อพปร.) ทำงานร่วมกับ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมูลนิธิฯ มีรถพยาบาล Ambulance ที่ทันสมัยมีพยาบาลปฏิบัติงาน

(2.5) เทศบาลตำบลหนองเบน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เริ่มจากแนวคิดประชาชนสภา ใช้ อพปร. กู้ชีพ มีอาสาสมัครที่มุ่งมั่นทำงานจำนวนมาก การประชุมทีมฝึกซ้อมสม่ำเสมอ จัดการคัดแปลงรถกระบะและอุปกรณ์

(2.6) เทศบาลตำบลธรรมศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผู้บริหารมีแนวคิดในการพัฒนา ให้ความสำคัญ ผสมผสานกู้ภัยกู้ชีพ (อพปร.) สนับสนุนให้เป็นพนักงานเทศบาล มีเงินเดือนประจำ จัดการคัดแปลงรถกระบะและอุปกรณ์ มีโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุน

(3) รูปแบบการจัดการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมี 1 รูปแบบ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดการเรื่องพาหนะใช้การเช่าซื้อ สนับสนุน 90 คัน องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลมีการจัดการการเงินช่วยเหลือโดยการร่วมจ่าย (co-payment) ขององค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใช้คนในพื้นที่ที่มีเงินเดือนประจำ มีการจัดการการเงินที่เป็นระบบเดียว มีรถพยาบาล Ambulance ที่ทันสมัย

และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพรัช บุญจรัส และคณะ (2550) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาและเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การปฏิบัติการ 3 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนการปฏิบัติงาน การสังเกตการณ์และการประเมินผลดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 - 2550 กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 30,384 คน รวมทั้ง

บุคลากรสุขภาพระดับต่างๆ 1,296 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกและแบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ในวงจรที่ 1 คือ มีแนวทางการดำเนินงานมีศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 เครื่องข่าย ผลการศึกษาในวงจรที่ 2 คือ มีการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนที่มีมาตรฐาน 68 แห่ง และสร้างการมีส่วนร่วม ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาในวงจรที่ 3 มีคู่มือและการพัฒนาระบบมาตรฐาน ศูนย์สื่อสารมีศูนย์สั่งการ 1 ศูนย์ และมีการจัดการความรู้ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน 24 แห่ง

จากการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คณะผู้ดำเนินงานได้ติดตามผลการดำเนินงานและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง พบว่ามี 7 ประเด็นที่น่าสนใจคือ

(1) ผลการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน ทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาการจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 68 หน่วยบริการ และ (มีศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ศูนย์ และมีเครือข่ายบริการ 24 แห่ง) ซึ่งสอดคล้องกับแองโกล อเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency) ซึ่งมีแนวคิดในการเคลื่อนย้ายผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินให้เร็วที่สุด ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เป็นหลัก นอกจากนี้ยังใช้เวชกรฉุกเฉิน (Emergency Medical Technicians Paramedics: EMT) เป็นผู้รักษา ณ จุดเกิดเหตุและยังสอดคล้องกับระบบฟรังโกเยอรมัน (Franco - German Model of Emergency Care) เป็นแนวคิดให้เคลื่อนย้าย ER ผู้ป่วย (stay and play) คือ นำรถพยาบาลพร้อมแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถสูงไปหาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและให้การรักษาสถานะฉุกเฉินเต็มที่ ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนส่งต่อไป

(2) มีการขยายบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกสถานีอนามัย (สอ.) ทุกหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการทุกหมู่บ้าน หมู่ละ 2 คน จำนวน 2 วันต่อหลักสูตร เพื่อให้เป็นบุคลากรที่สามารถสื่อสารและเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมายังจุดเกิดเหตุได้ทุกที่ ซึ่งส่งผลให้เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้นในชุมชน ประชาชนสามารถเรียกรถ EMS ได้ทันที

(3) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ริเริ่มให้มีการจัดตั้งกองทุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการผ่านสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในฐานะตัวแทนกระทรวงมหาดไทย โดยผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี เป็นประธานกรรมการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี และนายอำเภอ ทุกอำเภอ เป็นประธานกรรมการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับอำเภอ ทำหน้าที่บริหารรวมทั้ง เชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้สามารถดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ท้องที่การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพให้กระจายในพื้นที่โดยสนับสนุนรถพยาบาลกู้ชีพ งบประมาณการฝึกอบรม งบประมาณการจัดตั้งกองทุน กรรมาหาราบทที่ 6 จัดได้ว่าเป็นหน่วยงานที่ “ทำให้คนเป็นคน” ซึ่งหมายถึง การทำให้ชาวบ้านธรรมดามีความสามารถ สมกับเครื่องแบบและสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือแก่ประชาชนโดยวิธีการฝึกวินัย ซึ่งได้มีการบรรจุหลักสูตรการสร้างเสริมอุดมการณ์เป็นหลักสูตรเพิ่มเติมจากหลักสูตร EMT-B 110 ชั่วโมงของศูนย์เรนทร ซึ่งใช้เวลา 3 วันในการฝึกอบรมสร้างให้หน่วยกู้ชีพเหล่านี้มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ลดความขัดแย้ง การทะเลาะ หรือแม้แต่การแย่งผู้ป่วย สำนักงานข่าวกรองแห่งชาติสนับสนุนวิทยากรเพื่อฝึกอบรมการใช้วิทยุสื่อสารและการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางราชการของพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรที่เพิ่มเติมจากหลักสูตร EMT- B 110 ชั่วโมง ของศูนย์เรนทรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ให้การสนับสนุนคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งภารกิจหลักคือ การทำการสอนนักศึกษาในหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน 2 ปี (EMT- 1) เป็นหน่วยงานหลักที่ทำให้การฝึกอบรมให้พนักงานกู้ชีพเกิดทักษะในการปฏิบัติงาน ก่อนออกปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นผู้ทดสอบเพื่อประกอบการประเมิน เพื่อต่อสัญญาจ้างปฏิบัติงานปีต่อไป ศูนย์วิศวกรรมแพทย์ที่ 5 สนับสนุนวิทยากรเพื่อฝึกอบรมการบำรุงรักษารถเป็นหลักสูตรที่เพิ่มเติมจากหลักสูตร EMT-B 110 ชั่วโมง ของศูนย์เรนทร ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำการดำเนินงานของภาคีสุขภาพที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาผลการดำเนินงานของตนเองได้

(4) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมและทั่วถึง โดยจัดกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อที่หลากหลาย ได้แก่ แผ่นพับ ไปสเตอร์ วิทยุ เสียงตามสาย จัดนิทรรศการคู่มือและมาตรฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รถ EMS 68 คัน แจกเสื้อยืดให้อาสาสมัครสาธารณสุขสวมใส่มีโลโก้ EMS และเบอร์โทรศัพท์ 1669 เพื่อให้สะดวกให้การแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่จะติดต่อให้หน่วยบริการและศูนย์รับสั่งการ จำนวน 30,384 คน ส่งผลให้การประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องใช้การประชาสัมพันธ์ที่ครอบคลุมและทั่วถึง

(5) ผลการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลทำให้ได้คู่มือและแนวทางปฏิบัติ การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกับทำให้ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลรวดเร็วอีกทั้งมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมและมีสมรรถนะช่วยเหลือผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลรวดเร็วเพิ่มจำนวน 1,269 คน มีโรงพยาบาลเครือข่ายบริการเพิ่มขึ้น 24 เครือข่าย ส่งผลให้การจัดการความรู้ระหว่างผู้มีประสบการณ์มากกว่าไปสู่ผู้มีประสบการณ์น้อยกว่า

(6) ผลการวิเคราะห์ทุนทางสังคมด้านสุขภาพพบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีทุนทางสังคมคืออาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30,384 คน มีศักยภาพและความสามารถติดต่อสื่อสารให้รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินมารับผู้ป่วยในจุดเกิดเหตุได้ทันทั่วทั้งที่ สามารถช่วยเหลือประชาชนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 ของการเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ภาวะช็อกของผู้ป่วยเมาหวาน อุบัติเหตุทางจราจรทางบกและทางน้ำ ฯลฯ นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่จ่ายเป็นค่าชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งจังหวัดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 29,079,250 บาท เฉลี่ย 565.33 บาทต่อครั้ง และยังมีกองทุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการสนับสนุนเงินจาก สปสช. จำนวน 1,783,035 บาท เฉลี่ย 16.30 บาทต่อคน นอกจากนี้องค์การบริหารส่วนตำบล ยังสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนดังกล่าว จำนวน 10 บาทต่อประชากร ในแต่ละตำบล ส่งผลให้ทุนทางสังคมด้านการดูแลบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี ประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น ของ อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ ที่เสนอว่า ศักยภาพของสังคมเป็นต้นทุนที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(7) บทบาทของผู้นำในกระบวนการจัดการความรู้ พบว่าการวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนสถานการณ์ร่วมกัน จำเป็นต้องการความร่วมมือและความมุ่งมั่นของผู้นำทุกระดับ โดยเฉพาะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต้องลงพื้นที่แบบเคาะประตูบ้านให้แต่ละหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตลอดจนบุคลากรสุขภาพเข้ามาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนสถานการณ์ร่วมกัน โดยแบ่งเป็นโซนของการลงพื้นที่เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประการแรก เชื่อมโยง องค์การบริหารส่วนจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นำโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ถึงสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและดึงศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีศักยภาพในการส่งต่อและสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข

ประการที่สอง คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกาศเป็นนโยบายให้มีการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งจังหวัด และจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาระบบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน เพื่อให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพ จึงกำหนดการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานของตำบลใดในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้ค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมสอบผ่านมาตรฐานการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน 110 ชั่วโมง ของกระทรวงสาธารณสุขโดยมอบรถยนต์และอุปกรณ์ส่งต่อไปโรงพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลนั้นๆ มีผลงานด้านการบริการประชาชนโดยใช้หลักการดำเนินงานและแนวคิดของการแบ่งปันและใช้ประชาชนผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานครั้งนี้ โดยมองประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเป็นตัวตั้ง

ประการที่สาม คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน วางแผนระบบพัฒนา วางแผนการจัดสรรงบประมาณ การบำรุงรักษารถยนต์และอุปกรณ์การแพทย์ วางแผนการกระจายทรัพยากร (4M) ของระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะให้ผู้ประสบเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ ณ จุดใด ของจังหวัดอุบลราชธานี จะได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยมีรถยนต์และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้และประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างดี ด้วยการบริหารทรัพยากรแบบครอบคลุมการใช้ การจัดสรร การแสวงหาและระดมทรัพยากรร่วมกันของทุกภาคส่วนของจังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัดอุบลราชธานี

ประการที่สี่ คือ การพัฒนาบุคลากรในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีปริมาณที่เพียงพอและบุคลากรเหล่านั้น ได้รับการศึกษาอบรมด้วยหลักสูตรการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานโดยพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนงบประมาณในการผลิตบุคลากรทั้ง 4 ระดับ ได้แก่

- (1) พัฒนาบุคคลที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง EMT เช่น ผู้พบเห็นเหตุการณ์และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30,384 คน
- (2) จัดกิจกรรมฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัคร (First Responder) สำหรับบุคลากรที่สามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุและติดตามรถรับส่ง จำนวน 700 คน
- (3) จัดกิจกรรมฝึกอบรม EMT- Intermediate สำหรับบุคลากรสุขภาพแต่ละสถานีอนามัย (สอ.สสอ.) จำนวน 2 คน อบรม EMT-B 110 ชั่วโมง 1,269 คน
- (4) จัดส่งบุคลากรสุขภาพไปอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง EMT-Intermediate จำนวน 44 คน

ประการที่ห้า คือ การพัฒนาและจัดการความรู้สำหรับการเคลื่อนย้ายองค์การบริหารส่วนจังหวัด สนับสนุนรพพยาบาล 68 คับ เพื่อถลำเลียงผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปยังโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย เป็นบทเรียนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนารอบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีไม่มีงบประมาณจำนวนเพียงพอที่จะซื้อรถสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินใหม่ จึงใช้รถรับ-ส่งผู้ป่วยประจำสถานีอนามัยมาดัดแปลงรถยนต์ที่หน่วยบริการมีอยู่แล้วนำมาดัดแปลงและพ่นสีข้างรถว่า “รถบริการแพทย์ฉุกเฉิน โทร.1669” พร้อมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นประจำรถทำให้ได้รถสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้จากการดัดแปลงรถยนต์คันเดิมที่มีอยู่มาใช้ในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 68 คัน

ประการที่หก คือ เดิมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่สามารถรองรับบริการได้จำกัด แต่ในปัจจุบันมีเครือข่ายโรงพยาบาล 24 เครือข่าย ทำให้ผู้รับบริการมีทางเลือกและได้รับความรวดเร็ว เมื่อจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด

ประการที่เจ็ด คือ การพัฒนาวิธีการติดต่อสื่อสาร เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้ประชาชนผู้พบเห็นผู้ป่วยสามารถรายงานและติดต่อสื่อสารได้รวดเร็ว ถูกต้อง โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ซึ่งประชาชนสามารถแจ้งข่าวขอความช่วยเหลือ และเป็นหมายเลขเดียวที่ประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี ทั่วประเทศ รู้จักทั้งจังหวัด อีกทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ยังได้พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยพัฒนาคู่มือติดต่อสื่อสาร ขั้นตอนการส่งการ ให้รถให้บริการออกปฏิบัติงาน รวมทั้งการสื่อสารจากรถให้บริการไปยังโรงพยาบาล

เครือข่าย ตลอดจนระบบการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล เพื่อขอรับการสนับสนุนหรือส่งต่อ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับความรวดเร็วและสะดวกมากขึ้น

ประการที่แปด คือ พัฒนาการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนของจังหวัดอุบลราชธานี รู้จักระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถเรียกใช้บริการตลอดจนให้ความรู้เรื่องการดูแลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุ มีแผนการประชาสัมพันธ์ไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมการเรียกใช้บริการหมายเลข 1669 จำนวน 1,000 ป้าย จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์รณรงค์นำไปประชาสัมพันธ์ กลุ่มผู้รับบริการในชุมชน จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์หน่วยบริการ จำนวน 5,000 แผ่นจัดทำสปรดโฆษณา ตามสถานีวิทยุหลักและวิทยุชุมชน

ประการที่เก้า คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีระบบประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การวางแผนการประเมิน ประเด็นการประเมินวิธีการประเมินและการวิเคราะห์ สังเคราะห์ รายงานผลการประเมิน ซึ่งครอบคลุมประเด็นการวิเคราะห์ผลกระทบเชิงคุณภาพต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ความคุ้มค่าของการลงทุน การใช้ทรัพยากร ซึ่งผลการประเมินดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สิบ มีการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ในขั้นตอนของการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้บุคลากรสุขภาพแต่ละระดับตระหนักถึงความสำคัญของพลังกลุ่มและความเป็นเครือข่าย ในการจัดการกับสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุการณ์วิเคราะห์สภาพการณ์ร่วมกันทำให้ทราบถึงปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในชนบทว่า ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าวยังเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลและบุคลากรสุขภาพ ผลการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ยังสร้างศรัทธาและเป็นการหาแนวร่วม ภายใต้การสร้างควมคุ้นเคยกับบุคคลนี้เป็นแกนนำของแต่ละหมู่บ้าน การแสวงหาข้อมูลสารสนเทศสำหรับทางเลือก ของการแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละฝ่าย โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และบุคลากรสุขภาพในส่วนของภาครัฐ ต้องแสดงบทบาทในการเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและภาคีเครือข่าย ที่มาร่วมระดมทรัพยากรและกำลังคนอีกทั้งยังต้องทำหน้าที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งประสานงานกับฝ่ายต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความต่อเนื่อง

และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริญญา ลาขโรจน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดปทุมธานี ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 64 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมกับการสำรวจการจัดหน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการจัดเก็บข้อมูล เดือนตุลาคม 2550 ถึงกันยายน 2551 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสำรวจการบริหารจัดการ ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 64 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 7 อำเภอ มีการบริหารจัดการในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมา ระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 35.8 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 13.2 เมื่อพิจารณารายละเอียดการบริหารจัดการด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผ่านการอบรมความรู้ก่อนการปฏิบัติงานอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมากคิดเป็นร้อยละ 66.0 โดยแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบริหารจัดการด้านงบประมาณสนับสนุน เพื่อใช้ช่วยในการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่บุคลากรอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62.3 ทั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารจัดการด้านวงระบบการเบิกจ่ายงบประมาณค่าตอบแทนการออกปฏิบัติการณ์อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 71.7 และการบริหารจัดการเรื่องการแต่งตั้งคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 58.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานีจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านนโยบายองค์กรงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์และการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพตำบล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และปัจจัยด้านขนาดขององค์กร และผู้รับผิดชอบงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นนโยบายหลักทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ในปัจจุบันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรับผิดชอบโดยศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุขและการสร้างเครือข่าย ศูนย์กู้ชีพตำบลไปยงค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและรวดเร็วมากขึ้น เนื่องจาก เวลา เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จังหวัดปทุมธานี จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนโยบายขององค์กร ขนาดขององค์กรงบประมาณ ผู้รับผิดชอบงาน บุคลากรที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดหน่วยกู้ชีพชุมชน สามารถทำนายการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ที่เป็นเช่นนี้ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการบริหารจัดการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายในการสนับสนุนให้มีการดำเนินการเพียงร้อยละ 34.9 มีงบประมาณในการสนับสนุนเพียงร้อยละ 59 และการจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 71.9 เนื่องจากการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การประเมินและคัดกรองความรุนแรงของผู้บาดเจ็บก่อนการส่งมอบให้กับโรงพยาบาล การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร รวมถึงการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ซึ่งบุคลากรของท้องถิ่นจะไม่ใช่เป็นผู้ที่มีความชำนาญทางด้านการแพทย์ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรืออบรม เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้ แต่ในการอบรมต้องอาศัยหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในการจัดอบรมให้ ซึ่งต้องใช้งบประมาณจำนวนมากทำให้ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมในทุกๆ หน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านอุปกรณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ซึ่งจะเห็นว่าระบบการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นระบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตและความพิการ ที่เกิดจากการล่าช้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและแจ้งเหตุที่ทันต่อการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การสื่อสารมีความสำคัญเป็นจุดเริ่มต้นของระบบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในผู้ป่วยอุบัติเหตุ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลในหลายๆ ประเทศมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาช่วยในระบบการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความ

รวดเร็วและสะดวกในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการลงทุนเป็นจำนวนมาก แต่ในส่วน
ของประเทศไทยงบประมาณในการสนับสนุนยังไม่เพียงพอ ในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่ทันสมัย
อย่างเพียงพอ

**ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ประสบผลสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค
และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ในองค์กรประสบผลสำเร็จ ความคิดเห็นส่วนใหญ่เห็นว่า ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ใน
เรื่องงบประมาณ บุคลากร เพียงพอที่จะรับผิดชอบโดยตรง อุปกรณ์เครื่องมือฉุกเฉิน รถฉุกเฉิน ใน
การปฏิบัติงาน ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วย ชัดเจน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สรุปความเห็นว่า

(1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีขนาดเล็กจึงไม่มีศักยภาพในการจัดหาวัสดุ
อุปกรณ์ รถยนต์วิทยุสื่อสาร ควรจัดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการและแห่งใดที่มีมูลนิธิ/อาสาสมัครใน
พื้นที่ ท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนอาสาสมัครในพื้นที่ ท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนอาสาสมัคร
เหล่านี้ ให้ทำงานช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ต่อไป โดยมีระบบควบคุมดูแลประสานงานที่ดี

(2) กรณีที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มีศักยภาพในการจัดบริการฯ
แต่ผู้บริหารให้ความสนใจน้อย ไม่เห็นความสำคัญ ทำให้ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ รถฉุกเฉิน
อุปกรณ์เครื่องมือฉุกเฉิน ในการปฏิบัติงาน ไม่จัดให้มีบุคลากรดำเนินงานระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินโดยตรง เห็นควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าพบผู้บริหาร เพื่อขอความร่วมมือในการตั้ง
งบประมาณและอธิบายความสำคัญของการจัดให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่โดยคนในพื้นที่
เพื่อช่วยเหลือประชาชนในตำบลถือเป็นการสร้างความนิยตต่อประชาชนและเน้นให้ผู้บริหารเข้า
ร่วมประชุมระดับจังหวัด เพื่อให้ความสำคัญเพื่อวางระบบแนวทางการดำเนินงานต่อไป

(3) มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กร
ท้องถิ่นน้อยเกินไป (ปีละ 1 ครั้ง) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ขาดทักษะความรู้ ความชำนาญ ควรมีการจัด
อบรมบ่อยๆ ฉะนั้นจึงควรชี้แจง/วิธีการ/ขั้นตอน การเบิกจ่ายงบประมาณค่าตอบแทนการออก
ปฏิบัติการและการแต่งตั้งคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบดูแลการแพทย์ฉุกเฉินให้ผู้บริหารขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าใจและมีความพร้อมในการดำเนินงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน
ระดับท้องถิ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

(1) การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงการดำเนินงานของการจัดหน่วยกู้ชีพตำบล (first responder) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีขนาดโครงสร้างขององค์กรต่างๆ สามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการให้การสนับสนุน ประสานงานกับผู้บริหารขององค์กรในระดับสูงได้

(2) การวางแผนการพัฒนานุเคราะห์ที่ต้องปฏิบัติงานโดยการฝึกทักษะ ฟื้นฟูให้กับบุคลากรและควรมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยจัดเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานและมีการให้ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานตลอดจนการจัดสรรค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม

(3) ในด้านการบริหารงานของผู้ประสานงานด้านการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำนโยบายให้ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ทั้งอุปกรณ์และเจ้าหน้าที่เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนที่มีความบกพร่องในการจัดบริการให้สามารถดำเนินการได้

(4) การให้ข้อมูลประเมินผลย้อนกลับถึงความสำคัญในการดำเนินงาน ด้านความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกิจกรรมการจัดระบบนี้ การสรุปข้อมูลให้เห็นภาพจะทำให้สามารถพัฒนาระบบบริการได้อย่างต่อเนื่อง

จากข้อค้นพบในการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเป็นเจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะได้กำหนดแผนงานกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะได้เพียงพอและเหมาะสม สร้างขวัญกำลังใจแก่พนักงานกู้ชีพ จัดระบบการติดต่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ระบุกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปกครองส่วนท้องถิ่นหมวด 14 ว่าด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่น มาตรา 281 กล่าวว่า รัฐต้องให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการบริการสาธารณะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาในพื้นที่และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ ไพรัช เทชะรินทร์ (2527) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วม คือต้องร่วมศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุการร่วมคิดหาและการสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา การร่วมวางแผนนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหา การร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การร่วมปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนา การร่วมปฏิบัติ และร่วมควบคุมติดตามประเมินผล

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การนำเสนอสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำเสนอหัวข้อออกเป็น 3 ลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 สรุป

5.1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่

5.1.1.1 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 46.20 โดยที่บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีจิตสาธารณะ และได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า

“...บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีความภูมิใจและรักงานกันทุกคนสังเกตจากการประชุมเพื่อทำงานสังคม จะช่วยเหลือกันและทำงานอย่างมีความสุข เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาล (ER) ก็เช่นกัน มีความพร้อมและขวัญกำลังใจดี การยอมรับของประชาชนดีบ้างไม่ดีบ้าง เช่น ไปช้า ส่วนมากได้รับการยอมรับ เพราะว่า EMS ทุกหน่วยบริการรอรับผู้ป่วยกลับทุกราย...” หรือผู้บริหารบางท่านได้กล่าวเสริมไว้ว่า

“...ทัศนคติของพนักงานดีมาก มีความภาคภูมิใจ มีความสุข หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (ALS) ได้รับรางวัลระดับจังหวัด,เขตและประเทศ การยอมรับจากประชาชนระยะแรกไม่น่าเชื่อถือ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับของประชาชน แรงจูงใจในการทำงานส่วนหนึ่งเสียสละ ภูมิใจ มีอุดมการณ์และมีคำตอบแทนส่วนหนึ่งก็พออยู่ได้สวมใส่เสื้อขาว (Uniform) แล้วภูมิใจ มีมาตรฐานเดียวกัน...”

5.1.1.2 ด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ทั้งนี้การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนครุภัณฑ์ วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ได้รับการสนับสนุนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งบางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ สาเหตุ เนื่องจากติดขัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของ

ทางราชการ และการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนถ่ายอำนาจทางการเมืองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับ ดูแล ติดตามและ ประเมินผล ในส่วนนักการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ และประชาชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงการสนับสนุนเครือข่ายและ หุ่นส่วนว่า

“...เครือข่ายและหุ่นส่วนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำงานร่วมกันบริหารใน รูปแบบ คณะกรรมการบริหารงานระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายกองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดเป็นรองประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีผู้ทรงคุณวุฒิจาก ตำรวจ นักธุรกิจ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เป็นคณะกรรมการเครือข่ายและ หุ่นส่วน สนับสนุนการทำงานโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด สนับสนุนการเข้ารถพยาบาลกู้ชีพ ระยะเวลา 3 ปี มูลค่า 51.80 ล้านบาท มีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ่นส่วนในการจัด กิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสนองความต้องการของชุมชน เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ของตน ส่วนประชาชนและชุมชนให้ความ ร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน นโยบายโดยเฉพาะ อสม. เป็นอาสาสมัครรับแจ้งเหตุ และประชาชน ร่วมบริจาคเข้ากองทุนกู้ชีพ เป็นต้น นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ ให้ความสำคัญและสนับสนุน นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมากสนับสนุน ทั้งงบประมาณและการประชาสัมพันธ์...”

ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวเสริมไว้ว่า “...เครือข่ายสนับสนุนชัดเจน มีพันธะสัญญา (MOU) กับป้องกันสาธารณสุข (ปท.) อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และ มูลนิธิต่างในจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ละแห่งมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการโดย โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบดูแลการอบรมพนักงานและให้ช่วยเหลือในด้านทักษะต่างๆ ประชาชน,ชุมชน สนับสนุนอย่างดี มีการบริจาคเงินให้กองทุนกู้ชีพ มีนักการเมืองสนับสนุนหน่วย ปฏิบัติการกู้ชีพบางหน่วย สื่อมวลชนช่วยกระจายข่าวเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะวิทยุชุมชน และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น...”

5.1.1.3 ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ การนำนโยบายระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัตินั้นต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ หลายช่องทาง เช่น ระยะแรก ต้องจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สด็กเกอร์ และ ซีดี เป็นต้น แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรที่มี งบประมาณมาก จะมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการประเมินพบว่า ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารมาก คิดเป็นร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ส่วนขององค์กรที่ไม่มียงบประมาณใน

การประเมินการรับรู้ข่าวสารของประชาชน จะพิจารณาจากการที่ประชาชนใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้บริหารสาธารณสุขนั้นย้ำเรื่องนี้ว่า

“...หน่วยงานต้องมีแผนงาน/โครงการประจำปีที่ชัดเจน ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดนิทรรศการ Road show, Web site เป็นต้น มีการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ในปีแรกๆ จำนวนมากจาก “งบพัฒนาระบบ” โดยจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ ฯลฯ มีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน) จากประชาชน คือ ABAC Poll ทดสอบการรับรู้ของประชาชน มากกว่าร้อยละ 85.00 รู้จัก 1669...”

ซึ่งบางท่านกล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า “...แรกๆ ใช้งบประมาณมากใช้ทุกวิธีการ อาทิเช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ ฯลฯ ปัจจุบัน เริ่มสนใจกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น อาชุนา โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ควรรู้จักการเรียกใช้ 1669 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ซึ่งอัตราการเรียกใช้รถ 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นอุบัติเหตุ ปัจจุบันงบประมาณประชาสัมพันธ์มีน้อยต้องผสมผสานกับงานประจำอื่นๆ...”

5.1.1.4 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ นั้น นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความชัดเจน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนของตัวชี้วัด (KPI) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้นุคลากรต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในทุกๆ ปี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานได้ดีเท่าที่ควรและการปฏิบัติตามนโยบาย มีปัญหาบ้างในช่วงแรกของการปฏิบัติงานซึ่งผู้บริหารบางท่านชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายว่า

“...ผมมีความเข้าใจในนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายนี้โดยตรง คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน หนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาความร่วมมือ กับหน่วยงานรัฐ เอกชน ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใน การสื่อสารองค์กร เป็นต้น มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จ...” และบางท่านกล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า

“...ตัวชี้วัดมีความ สอดคล้องกับนโยบายแต่มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การวัดแต่ละปีจะแตกต่างกันและเปรียบเทียบกันไม่ได้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นประเด็นที่จะมีความยากและมีอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ในระยะเริ่มแรกเพราะผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน...” บางท่านได้นำนโยบายบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ไปเปรียบเทียบกับการทำงานแบบเดิม แล้วชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของการกำหนดนโยบาย เช่น

“... นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินจากศูนย์เรนทร (เดิม) จัดเจนระดับหนึ่ง แต่หลังจากปรับเปลี่ยนเป็นสำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (สพจ.) จัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่วนตัวชี้วัด (KPI) วัดได้ แต่เปลี่ยนแปลงทุกปี ควรจะ 2-3 ปีค่อยปรับเปลี่ยนครั้งหนึ่ง นโยบายช่วงแรกๆ การปฏิบัติยาก มีปัญหา และอุปสรรคมาก ต่อมาดีขึ้น จัดเจนสามารถปฏิบัติได้อย่างดี...”

5.1.1.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จนั้น การติดต่อสื่อสารต้องมีความรวดเร็ว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และการติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กรมีปัญหาบ้าง คือ ระบบวิทยุที่ใช้ติดต่อสื่อสารมีปัญหา กรณีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ไกลๆ ทั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ โดยการใช้โทรศัพท์แทน และปัญหาอีกประการคือ ปัญหาการแย่งผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละองค์กรส่วนใหญ่จะมีการประชุมประจำเดือนและสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆหลายช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หนังสือเวียน การประชุมประจำเดือน Website ของหน่วยงาน และ Face book เป็นต้น แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการยังมีปัญหา เช่น

“...การสื่อสารภายในไม่มีปัญหา แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการมีปัญหา มาก คือ ระบบวิทยุมีปัญหา กรณีหน่วยที่อยู่ไกล ระบบสัญญาณของจังหวัดนี้ไม่ค่อยจะดี จะต้องใช้ระบบโทรศัพท์แทน ส่วนการสื่อสารประสานกันในแนวราบไม่มีปัญหา นอกจากนั้น จะมีการประชุมทุกเดือน หากไม่มีภารกิจเร่งด่วน เพราะว่าหน่วยบริการของเรามีไม่มากสามารถพบปะสื่อสารกันได้บ่อยๆ ตามโอกาสต่างๆ อยู่แล้ว จึงทำให้การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสามารถรับรู้ได้ทุกคนอย่างทั่วถึง...” ส่วนการใช้โทรศัพท์คู่สายเป็นแนวทางที่สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังเช่นผู้บริหารได้กล่าวเสริมว่า

“... มีระบบการติดต่อสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติการที่รวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์และวิทยุสื่อสารที่ผ่านมายังไม่มีปัญหาแต่จะมี ปัญหาระหว่างหน่วยปฏิบัติการ คือ การแย่งผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อได้รับทราบการสั่งการจากศูนย์สั่งการ (วิทยุ) ส่วนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการประชุมทุกเดือน และมีวารสารแจกให้ทุกคน ทำให้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รู้เท่าเทียมกัน และตรงกันเสมอ...”

5.1.2 ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ พบว่า

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทักษะของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ตามลำดับ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน การให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และ ด้านผลของการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85

5.1.3 แนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกสภาพพื้นที่ ได้แก่

5.1.3.1 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นนโยบายที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและชุมชน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ชัดเจนแต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริง ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ยังมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการกำหนดตัวชี้วัด และ มาตรฐานการบรรลุความสำเร็จ มีการปรับเปลี่ยนจากสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทุกปี ทำให้การเปรียบเทียบ หรือการปฏิบัติงานเพื่อที่จะให้ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ในแต่ละปี ไม่สามารถดำเนินการได้ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดนี้ไว้ อย่างน้อย 3-5 ปี จึงปรับเปลี่ยนโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในคราวนั้นๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดและ กำหนดเป็นวาระแห่งชาติวางยุทธศาสตร์ในการบูรณาการในทุกภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยนำกลยุทธ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับพื้นที่ต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย

5.1.3.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย การที่สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้ตั้งเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ถือว่ารัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก และได้สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินให้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ แต่ในการปฏิบัติจริงในระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบันนี้ ทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่เพียงพอ และเหมาะสม เช่น งบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริหารศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ได้รับสนับสนุนจังหวัดละ 400,000 บาท เท่ากันทุกจังหวัดทำให้จังหวัดที่มีประชากร

มากไม่สามารถบริหารจัดการได้เพียงพอ รวมถึงบุคลากรทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและวัสดุ-อุปกรณ์ที่สำคัญคือ รถยนต์กู้ชีพ ซึ่งต้องจัดสรรงบประมาณส่วนอื่นๆ เข้ามาแก้ปัญหาแทน เป็นต้น ดังนั้น ควรจะต้องมีการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดตามประชากรที่รับผิดชอบ หรือพื้นที่ที่มีลักษณะพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น จากการจัดสรรให้จังหวัดละ 400,000 บาท ก็อาจจะแบ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ กลาง เล็ก งบประมาณที่ควรจะเป็นก็คือ จังหวัดขนาดใหญ่ 800,000 บาท จังหวัดขนาดกลาง 600,000 บาท จังหวัดขนาดเล็ก 400,000 บาท และในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งปฏิบัติงานพื้นที่งบประมาณที่ได้จากการปฏิบัติงานจริง ก็ได้รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจริงจึงจะเบิกงบประมาณได้ เช่น ใน 1 เดือน สามารถปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 35-40 Case (คน) จะได้รับงบประมาณสนับสนุนรายละ 500 บาท ก็ประมาณ 17,500-20,000 บาท แต่รายจ่ายจริงๆ ต่อหน่วยบริการประมาณ 25,000 บาท จำเป็นต้องจัดหาเงินอื่นทดแทน เช่น เงินบำรุงสถานีนามัยซึ่งก็ไม่เพียงพอในการบริหารจัดการในการพัฒนาสถานีนามัยอยู่แล้ว

การจัดสรรงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมกรอบที่กำหนดไว้ โดยประสานกับมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรหรือวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศให้ร่วมกันผลิต เพื่อให้มีบุคลากรโดยเร็วและส่งเสริมให้บุคลากรเดิมได้มีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ใหม่ๆ ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้ให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วย ส่วนวัสดุ-อุปกรณ์ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดสรรให้ครบถ้วนให้หน่วยบริการทุกระดับ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยานพาหนะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดที่หน่วยงาน คือ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องจัดสรรให้ครบทุกพื้นที่ สรุปว่ารัฐบาลหรือสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติต้องจัดสรรทรัพยากรให้ทุกหน่วยบริการ ให้เพียงพอทุกอย่าง เพื่อที่จะทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

5.1.3.3 ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติส่วนมากเป็นหน่วยงานราชการ เช่น สถานีนามัย โรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีภารกิจตามหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนอยู่แล้ว เมื่อนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดและสร้างมาตรฐานขึ้นมาปฏิบัติอย่างชัดเจน ก็เป็นเรื่องที่ดีมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแต่หน่วยงานยังมีทรัพยากรไม่พร้อมเท่าที่ควร เช่น บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ งบประมาณสนับสนุน แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติต้องทำงานช้าช้อน การจัดโครงสร้างงานแยกชัดเจนไม่ได้เพราะจำนวนบุคลากรมีจำกัด ดังนั้น หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องได้รับจัดโครงสร้างที่ชัดเจนแยกเป็นสัดส่วน ระบบการสั่งการ

ควรจะต้องสั้น กระทัดรัด คล่องตัวในการประสานงานหรือสั่งการต่างๆ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านต่างๆ อย่างชัดเจนโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งแรงจูงใจในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน โดยมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่วนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดเอกชน เช่น มูลนิธิฯ หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

5.1.3.4 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีหลายระดับ เช่น แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานต่างๆ จึงมีทัศนคติที่แตกต่างกันแต่ส่วนมากแล้วทุกคนมีความเป็นจิตอาสา ต่อสาธารณะในการช่วยเหลือและบริการผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรต้องมีการฝึกอบรมทบทวนฟื้นฟู โดยเฉพาะการปลูกฝังทัศนคติที่ดี การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีเมตตา มีความอดทน ส่งเสริมให้ภูมิใจต่อเกียรติและศักดิ์ศรีที่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การประกาศเกียรติคุณ การมอบรางวัลในโอกาสต่างๆ การสนับสนุนชุดปฏิบัติงาน ที่มีมาตรฐานเดียวกัน สีขาว สวดยาม น่าเชื่อถือ สำหรับที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน สร้างโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยการสนับสนุนทุนการศึกษา มีโบนัสพิเศษ สำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่น จัดให้มีการศึกษาดูงาน จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างหลักประกันสุขภาพและประกันชีวิตให้พนักงานทุกคน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีขวัญกำลังใจที่ดีขึ้น และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริการด้วยจิตบริการอันแท้จริง

5.1.3.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการปฏิบัติงานทั้งภายในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และยังเกี่ยวเนื่องถึงการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเรื่องต่างๆ เป็นการรับรู้ นโยบาย และข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินทุกอย่างให้มีความชัดเจนตรงกับเนื้อหาสาระของข่าวสารหรือนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น จะต้องจัดตั้งระบบการสื่อสารที่ทันสมัยและรวดเร็ว เช่น การติดตั้งวิทยุสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้สื่อสารได้ในทุกพื้นที่ การใช้โทรศัพท์มือถือช่วยเชื่อมต่อกับหมายเลข 1669 หลายคู่สาย และควรมีเบอร์เฉพาะ เช่น 045-261669 เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าใจง่ายหรือรองรับระบบอื่นๆ จดช่อง จัดระบบคอมพิวเตอร์เครือข่าย Internet ความเร็วสูง ให้มีการจัดทำ เว็บไซต์ Face book หรืออื่นๆ เพื่อสื่อสารข่าวสาร หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้อย่างรวดเร็ว จัดทำวารสารประจำเดือน หรือต้องมีการประชุมผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ต้องมีการประสานงานเชื่อมต่อเครือข่ายอื่น เช่น ตำรวจ คับเพลิง ภูภัย วิทยุสมัครเล่น ที่ทำการปกครอง ฯลฯ เพื่อสะดวกในการประสานงานทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

5.1.3.6 ด้านการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ การประชาสัมพันธ์นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะแรกๆ มีการดำเนินกันอย่างเต็มที่ทำให้ประชาชนได้มีการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินกันมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ทั่วถึงในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และยังสับสนการให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุเท่านั้น แต่แท้จริงให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินทุกอย่าง เช่น การแจ้งครรถลอด ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เกิดภาวะช็อค เป็นต้น ก็สามารถใช้บริการได้ ในทางตรงข้าม ประชาชนบางส่วนก็ไม่เข้าใจในการเรียกใช้บริการ 1669 เช่น ต้องการไปโรงพยาบาล ปวดฟัน ต้องการให้ไปส่งที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และระยะต่อมาการประชาสัมพันธ์ลดน้อยลงมาก ทำให้อัตราการเรียกใช้ลดลงเช่นเดียวกันดังนั้นการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบอย่างสม่ำเสมอและผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่ดีและทันสมัย ส่งให้ทุกหน่วยบริการ เช่น แผ่นพับ ป้ายโฆษณา สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง ให้ทุกหน่วยบริการ มีแผนงาน/โครงการประชาสัมพันธ์รองรับเพื่อเสนอของบประมาณและดำเนินการต่อไป และจะต้องมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากประชาชนสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

5.1.3.7 ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน ปัจจุบันนี้ นโยบายต่างๆ ของรัฐจะประสบความสำเร็จต้องได้รับการสนับสนุนจากพื้นที่นั้นๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน ชุมชน นักปกครอง สื่อมวลชน นักการเมือง ฯลฯ นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายที่เกิดผลต่อประชาชน โดยตรงจึงต้องเน้นให้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน จึงจะเกิดผลสำเร็จที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพที่แท้จริง ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ฯลฯ ให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการหรือเป็นเจ้าของหน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลจะทำให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น (โดยระบุวัตถุประสงค์และจำนวนงบประมาณให้ชัดเจน เช่น ระบุว่างบประมาณจำนวน 800,000.00 บาท นี้ให้นำไปใช้เฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลเท่านั้น และระบุขั้นตอนการใช้ให้ชัดเจน โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนอยู่แล้ว ส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตื่นตัวเห็นความสำคัญการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เข้ามามีส่วนร่วมในการ

บริหารจัดการหรือดูแล แสดงความเป็นเจ้าของ ระดมทุนจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน เช่น การทำบุญ ถวาย ฝ่าป่า หรือการบริจาคจากส่วนต่างๆ ฯลฯ เข้ามาช่วยตั้งเป็นกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินประจำท้องถิ่นนั้น ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ควรมีการตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความมั่นคง และเป็นหลักประกันความสำเร็จและคงอยู่ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินตลอดไป ควรส่งเสริมให้ สื่อมวลชน นักวิชาการ พระ ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ เข้ามาระดมความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้วย

5.1.3.8 ข้อค้นพบที่จะทำให้การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จอย่างยิ่งคือ ภาคการเมืองทุกระดับต้องให้ความสำคัญเป็นวาระแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นเจ้าของและบริหารจัดการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบครบวงจร ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทุกส่วนต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการอย่างจริงจัง นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ จึงจะประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริง

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่

5.2.1.1 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติเป็นตัวแทนที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 46.20 โดยที่บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีจิตสาธารณะ และได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทองใบ สุดชาติ (2536) ; สุนิตดา เทศนิยม (2541) ; เก็จกนก เอื้อวงศ์ (2546) ; จิรรัตน์ สัมมาเทศน์ (2549) ; บุญพา ลาภกลาง (2550) ; ธิดา ประยูรเกียรติ (2549) ; นิตยา อุปลัมภ์ (2550) ; ทรรศน์ ปุ่มวงศ์ (2550) ; อัญญาพร พรชัย (2549) และพรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ และตัวผู้ปฏิบัติ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากทัศนคติของผู้ปฏิบัติ แต่ละองค์ประกอบของตัวแบบที่ได้กล่าวไป จะถูกกลั่นกรองผ่านการรับรู้ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่ซึ่งนโยบายได้ถูกส่งผ่านไป ตอบสนองผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีอยู่ 3 ประการ ที่จะส่งผลต่อความสามารถและความตั้งใจในการดำเนินนโยบาย ซึ่งได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย 2) ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ เช่น การยอมรับ การเป็นกลาง การปฏิเสธ และ 3) ระดับการตอบสนองในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติ เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจถึงมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ในเรื่องทิศทางการร่วมมือของ

ผู้ปฏิบัติต่อมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้น ผู้ปฏิบัติอาจปฏิเสธเป้าหมายของนโยบายตั้งแต่ต้น สาเหตุอาจมาจากการที่เป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้นขัดต่อค่านิยมในตัวผู้ปฏิบัติ หรือขัดแย้งต่อผลประโยชน์หรือความสนใจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งสามารถแก้ไขโดยการให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนโยบายตั้งแต่เริ่มต้น สุดท้ายในเรื่องระดับการร่วมมือหรือตอบสนองของผู้ปฏิบัติอาจมีผลต่อสมรรถนะของนโยบาย การที่ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติไปในทางลบ นำไปสู่การขัดแย้งต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ คำถามของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มหาข้อยุติไม่ได้ หน่วยงานในระดับรองลงไปจะถูกปฏิเสธการเข้าร่วมนโยบาย ในสภาพเหตุการณ์นี้จะต้องใช้กฎระเบียบและกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้นโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ (Van Meter and Van Horn, 1975: 463)

5.2.1.2 ด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ทั้งนี้การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนครุภัณฑ์ วัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ได้รับการสนับสนุนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งบางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ สาเหตุเนื่องจากติดขัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของทางราชการ และการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนถ่ายอำนาจทางการเมืองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล ในส่วนนักรการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ และประชาชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรเดช จันทรศร (2532) ; รุ่งเรือง สุขภิรมย์ (2543) ; นุปผา ลากกลาง (2549) ; คาวสารวัตร ชาวเมือง (2549) ; เสกสรรค์ นิสัยกล้า (2550) และนิตยา อุปลัมภ์ (2550) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเครือข่ายและหุ้นส่วนเป็นรูปแบบของการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกัน โดยการติดต่ออาจทำได้ทั้งที่ผ่านศูนย์กลางแม่ข่ายหรือแกนนำ หรืออาจไม่มีแม่ข่ายหรือแกนนำก็ได้ แต่จะทำการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะมีการจัดรูปหรือจัดระเบียบโครงสร้างที่ตนหรือองค์กร สมาชิกยังมีความเป็นอิสระ โดยที่มีการรวมตัวแบบหลวมๆ เฉพาะกิจ ตามความจำเป็นหรือ โครงสร้างที่มีความสัมพันธ์ชัดเจน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นถึง เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินหรือเครือข่ายการให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ออกปฏิบัติการพร้อมรถพยาบาลที่มีเครื่องมือ ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง หลังการรักษาแล้ว มีการนำส่งโรงพยาบาล โดยมีการประสานงานอย่างเป็นระบบกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์และให้บริการ 24 ชั่วโมง

ทั้งนี้ผู้ประสบเหตุที่ให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน (First Responder) หมายถึง ผู้ช่วยเหลือทั่วไปที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงาน ที่ได้มาตรฐานและตั้งขึ้นอย่างถูกต้อง เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น อาสาสมัคร มูลนิธิ ตำรวจ ประชาชน (นฤมล นิราทร, 2543 : 14 ; ปุสดี มอนซอน และคณะ, 2547 : 1 ; Fukuyama, 2001: 7-20 ; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2551 : 34-43 ; Linton Freeman, 2006: 8-19)

ทั้งนี้การประเมินเครือข่ายดังกล่าวข้างต้นนั้นประกอบด้วย การประเมินด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น หน่วยงานและชุมชนมีทัศนคติในการปฏิบัติงานด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร ด้านการวางแผนในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น มีการวางแผนในการปฏิบัติงานด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร ด้านการลงทุนทำกิจกรรมร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ ภายในพื้นที่ เช่น หน่วยงานและชุมชนมีการลงทุนทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร และด้านการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ เช่น ได้เข้าร่วมลงทุนทำกิจกรรม หน่วยงานและชุมชนมีการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้เข้าร่วมลงทุนทำกิจกรรมด้วยความร่วมมือแบบหุ้นส่วนเป็นอย่างไร (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544 ; อรรถัย อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นัคคาสารย์, 2540 : 53 ; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2551 : 34-43)

5.2.1.3 ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ หลายช่องทาง เช่น วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สดิกเกอร์ และ ซีดี เป็นต้น แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรที่มีงบประมาณมาก จะมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการประเมินพบว่าประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารมาก คิดเป็นร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ส่วนขององค์กรที่ไม่มีงบประมาณในการประเมินการรับรู้ข่าวสารของประชาชน จะพิจารณาจากการที่ประชาชนใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนทรี สุวิภกิจ (2522 : 6-8) ; จิราวัฒน์ สัมมาเทศน์ (2549) ; พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ และการติดต่อสื่อสาร

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริม การนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นที่เข้าใจของผู้รับผิดชอบนโยบาย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความชัดเจน (Clarity) ของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ความเที่ยงตรง (Accuracy) ของการสื่อสารไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และความแน่นอนหรือเป็นหนึ่งเดียว (Accuracy or uniformity) ที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการสื่อสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (Van Meter and Van

Horn, 1975 : 463) ทั้งนี้ มาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่สามารถสื่อถึงผู้ปฏิบัติจนกว่าผู้ปฏิบัติจะได้รับความชัดเจนที่เพียงพอ ถึงสิ่งที่นโยบายต้องการจะสื่อให้พวกเขา รู้ การสื่อสารภายในและระหว่างองค์การเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและยาก การส่งผ่านข้อความภายในองค์การหรือระหว่างองค์การอาจถูกบิดเบือนไปโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ (Downs, 1967: 133-136) ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าแหล่งที่มาของการสื่อสารต่างกัน การแปลความของมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่ตรงกัน หรือถ้าเป็นแหล่งเดียวกันอาจมีความขัดแย้งในการตีความ ผู้ปฏิบัติจะมีความยากในการหาจุดมุ่งหมายของนโยบาย ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลจะทำให้ได้โดยมีความชัดเจนของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ซึ่งส่งออกไปความเที่ยงตรง และความแน่นอน ซึ่งผู้ปฏิบัติได้รับการสื่อสาร

การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบผล บ่อยครั้งที่ต้องมิกลไกของสถาบัน และวิธีการปฏิบัติที่ผู้มีอำนาจเหนือกว่า สามารถเพิ่มความเป็นไปได้กับผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้ทิศทางเป็นหนึ่งเดียวกับมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์การมีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมาก อันประกอบด้วยกิจกรรม กระตุ้นและสนับสนุนที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านเทคนิคและความช่วยเหลือโดยหน่วยงานระดับบน เพื่อช่วยเหลือให้หน่วยงานระดับล่างดำเนินการตามที่ต้องการ และ 2) หน่วยงานระดับบนอาจพิจารณาให้การสนับสนุนได้หลายรูปแบบ ทั้งเป็นผลด้านลบและบวกต่อหน่วยงานระดับล่าง Van Meter and Van Horn ได้นำแนวคิดของ Etzioni (1966: 5-8) เกี่ยวกับเรื่องอำนาจมีอยู่ 2 ชนิด คือ อำนาจในการใช้กฎระเบียบเป็นตัวบังคับ (coercive power) อำนาจในการให้รางวัลตอบแทน (Remunerative Power) มาใช้ในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ การสื่อสารดังกล่าวอาจมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการหรือนโยบายด้วยกันเลย หรือในรูปของการที่ผู้กำหนดนโยบาย สร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการบริหาร หรือให้บริการด้านเทคนิค บุคลากร หรือการวิจัย

5.2.1.4 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ นั้น นโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความชัดเจน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนของตัวชี้วัด (KPI) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้บุคลากรต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในทุกๆ ปี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานได้ดีเท่าที่ควรและการปฏิบัติตามนโยบาย มีปัญหาบ้างในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกล้า ทองขาว (2534) ; กิตติ บุญนาค (2536 : 346-347) ; สุรางคนา มัณยานนท์ (2538) ; สุพร เสียนสลาย (2539) ; นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์ (2549) ; เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ (2549) ; พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ; ดาวสวรรค์ ชาวเมือง (2549) ;

อัมฤตพร พรชัย (2549) ; นุสรา ลากกลาง (2550) และนิตยา อุปลัมภ์ (2550) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และนโยบาย

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะตัดสินถึงสมรรถนะของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย เช่น โครงการสร้างงานในเมืองโอ๊คแลนด์ที่ศึกษาโดย Pressman and Wildavsky ในปี 1973 พบว่า การที่จะบอกว่านโยบายประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น พิจารณาจากจำนวนงานที่ได้สร้างขึ้น การรายงานจากผู้ที่ได้ถูกว่าจ้าง และความก้าวหน้าของโครงการ แต่ในกรณีส่วนมากการวัดสมรรถนะของนโยบายก็อาจทำได้ยากเช่นกัน เนื่องจากเป้าหมายมีความซับซ้อนและยากที่จะบรรลุได้ อาจเป็นเพราะความคลุมเครือและขัดแย้งกันเองในข้อความ ของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยที่การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจำเป็นที่ว่า เป้าหมายและวัตถุประสงค์จะต้องถูกกำหนดและวัดได้ เพราะว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทราบได้ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากปราศจากเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Pressman and Wildavsky, 1973: xiv) ในการพิจารณา มาตรฐานและวัตถุประสงค์ สามารถใช้ข้อความของผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งสะท้อนในเอกสารต่างๆ เช่น ข้อบังคับของแผนงาน เอกสารแนวปฏิบัติ ซึ่งแสดงถึงหลักในการประเมินสมรรถนะนโยบาย ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะถูกสรุปโดยนักวิจัย โดยสรุปแล้วทางเลือกของการวัดสมรรถนะจะขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายซึ่งการวิจัยจะเป็นตัวนำไปหา (Van Meter and Van Horn, 1975: 463)

นอกจากนโยบายจะมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์แล้ว นโยบายยังประกอบด้วยทรัพยากรซึ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย หมายความว่ารวมถึงเงินงบประมาณและสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงาน ทรัพยากรเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือช่วยให้ความสะดวกต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าทรัพยากรนโยบายที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ นโยบายบรรลุผล จากการศึกษาของ Martha Derthick (1972: 87) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรที่สำคัญมากที่สุดที่ส่งผลให้นโยบายประสบความสำเร็จ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐมากกว่า การให้งบประมาณที่เพียงพอ

5.2.1.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร การนำนโยบายระบบการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จนั้น การติดต่อสื่อสารต้องมีความรวดเร็ว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และการติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กร

การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กรมีปัญหาบ้าง คือ ระบบวิทยุที่ใช้ติดต่อสื่อสารมีปัญหา กรณีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ไกลๆ ทั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหามาได้โดยการใช้โทรศัพท์แทน และปัญหาอีกประการคือ ปัญหาการแย่งผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละองค์กรส่วนใหญ่จะมีการประชุมประจำเดือนและสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ หลายช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หนังสือเวียน การประชุมประจำเดือน Website ของหน่วยงาน และ Facebook เป็นต้น แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการยังมีปัญหาซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ; ธิดา ประเสริฐดิ (2549) ; อัมมวาท พรชัย (2549) ; ทรรศน์ ปูนวงศ์ (2550) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างองค์กร และสื่อสารมวลชน

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการสื่อสารระหว่างองค์กรมีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมาก อันประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นและสนับสนุนที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านเทคนิคและความช่วยเหลือโดยหน่วยงานระดับบนเพื่อช่วยเหลือให้หน่วยงานระดับล่างดำเนินการตามที่ต้องการ และ 2) หน่วยงานระดับบนอาจพิจารณาให้การสนับสนุนได้หลายรูปแบบ ทั้งเป็นผลด้านลบและบวกต่อหน่วยงานระดับล่าง Van Meter and Van Horn ได้นำแนวคิดของ Etzioni (1966: 5-8) เกี่ยวกับเรื่องอำนาจมีอยู่ 2 ชนิด คือ อำนาจในการใช้กฎระเบียบเป็นตัวบังคับ (coercive power) อำนาจในการให้รางวัลตอบแทน (Remunerative Power) มาใช้ในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ การสื่อสารดังกล่าวอาจมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการหรือนโยบายด้วยกันเลย หรือในรูปของการที่ผู้กำหนดนโยบาย สร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการบริหาร หรือให้บริการด้านเทคนิค บุคลากร หรือการวิจัย

5.2.2 ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ พบว่าการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทศนคติของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ตามลำดับผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านผลของการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธิดา ประเสริฐดิ (2549) ; จิรารัตน์

สัมมาเทศน์ (2549) และจิตติมา ฤทธิเลิศ (2549) ซึ่งพบว่า การน่านโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จอยู่ในระดับมาก

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง หรือกล่าวได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี และการนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มี ระบบการรับแจ้งเหตุ มีการควบคุมทางการแพทย์ มีการจัดหน่วยปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่ได้จัดให้มีการแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในเมืองนอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินงานได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะเกิดผลที่คุ้มค่า และสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ซึ่งมีการดำเนินการในต่างประเทศมานานกว่าร้อยปีแล้ว สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการดำเนินงานในลักษณะสังคมสงเคราะห์โดยเอกชน ส่วนภาครัฐมีการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในลักษณะของโครงการนำร่องใน พ.ศ. 2547 และออกเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาครอบคลุมทุกจังหวัด เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2551 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน (สมชาย กาญจนสุต, 2552 : 3)

5.2.3 แนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการน่านโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติทุกสภาพพื้นที่ ได้แก่ ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นนโยบายที่เกิดประโยชน์สูงสุด กับประชาชน เนื่องจาก EMS ช่วยชีวิตฉุกเฉิน บริการด้วยใจถือเป็นโครงการที่ดีมีประโยชน์ต่อชุมชน แต่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ยากและมีปัญหาอุปสรรค เช่น ประสานหน่วยต่างๆ ยังต้องใช้เวลาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ซึ่งจะทำให้งานมีประสิทธิภาพจริงๆ ข้อขัดข้องเรื่องข้อมูลข่าวสาร ทำให้หลายหน่วยงานไม่กล้าจัดสรรงบประมาณอุดหนุนอย่างเต็มที่ เพราะบางอย่างผิดระเบียบข้อกฎหมาย ขาดอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต ตั้งแต่เปลี่ยนเป็นสำนักงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ไม่ค่อยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านนโยบาย รวมทั้งด้านอื่นๆ เป้าหมายและนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินยัง

ไม่เป็นรูปธรรม ควรทำอย่างจริงจังไม่ใช่เป็นเพียงนโยบายที่คาดว่าจะดีและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนเท่านั้นและไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นให้ความสำคัญน้อย ไม่เข้าใจระบบและวิธีปฏิบัติ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปฏิบัติ ได้แก่ ควรกำหนดนโยบายง่ายต่อการปฏิบัติในพื้นที่ให้ภาครัฐที่เกี่ยวข้องถ่ายโอนงบประมาณลงสู่ท้องถิ่นบริหารจัดการ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลหน่วย EMS แก่ไขระเบียนสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานควบคุมกำกับหน่วยได้ ยานพาหนะควรตรวจสอบเช็กถูกรอบโดยจังหวัดเป็นผู้ตรวจสอบ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ภายในรถควรตรวจสอบคุณภาพในการใช้งานอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุกเดือน จัดหารถให้เพียงพอต่อบริการตามเขตต่างๆ เพิ่มค่าตอบแทนสำหรับการออกปฏิบัติงานจาก 350 บาท เป็น 500 บาท อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ควรมีการประเมินการทำงานเป็นระยะอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ แวน มิเตอร์ และ เวน ฮอร์น (Donald, S. Van Meter & Carl, E. Van Horn, 1975: 455-488); พอล ซาบาเตียร์ และแคเนียลแมสมาเนียน (Paul, A. Sabatier; & Daniel A. Mazmanian, 1980 ; จุฬารัตน์ นิรันดร์ (2547); กล้า ทองขาว (2534) เห็นว่าตัวแบบที่ ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างตัวนโยบายกับผลการปฏิบัติตามนโยบาย เพื่อให้การดำเนินนโยบายประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบายขององค์ประกอบพื้นฐานสำคัญในการกำหนดการปฏิบัติตามนโยบายคือวัตถุประสงค์และมาตรฐาน นโยบาย เพราะวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย คือ ปัจจัยกำหนดรายละเอียดของเป้าหมายนโยบาย ในบางกรณีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานนโยบายโดยตัวของมันเอง เป็นตัวการที่ช่วยให้การดำเนินการวัด เช่น จำนวนชิ้นงาน ปริมาณของผู้ได้รับการจ้างงาน ความก้าวหน้าของแต่ละกิจกรรมของโครงการ ทั้งนี้การวัดผลการปฏิบัติตามนโยบายจะกระทำได้ชัดเจนเพียงใดขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการกำหนดมาตรฐานนโยบายและความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย ในทางตรงกันข้ามหากวัตถุประสงค์ และมาตรฐานนโยบายมีความคลุมเครือและมีความขัดแย้งกันย่อมทำให้ยากต่อการวัดและยากต่อการนำไปปฏิบัติ เพราะวัตถุประสงค์ของการสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมการเสริมแรงวัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบายผลการปฏิบัติงานตามนโยบายเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคม และการเมืองทรัพยากรลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ 1) ความต้องการทราบว่าคุณภาพนโยบายใดประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอย่างไร การวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลว คือ การพิจารณาระดับที่เป้าหมายและวัตถุประสงค์บรรลุผล หากวัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบายมีความชัดเจน

และแสดงคุณสมบัติที่ง่ายต่อการวัด การประเมินคุณค่าของนโยบายก็จะกระทำได้ง่ายเช่นกัน ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรเลือกถ้อยคำหรือข้อความในการเรียบเรียงแนวปฏิบัติและข้อกำหนดมาใช้อย่างพิถีพิถันให้สามารถสะท้อนเกณฑ์การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายได้ชัดเจน 2) ทรัพยากรนโยบาย คือ สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย ทรัพยากรนโยบายอาจรวมถึงเงินและสิ่งเสริมทั้งปวงที่กำหนดไว้ในแผนงานทรัพยากรเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริม หรือช่วยให้ความสะดวกต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ทรัพยากรนโยบายที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้นโยบายบรรลุผล แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความต้องการ ทรัพยากรเสริมอื่นๆ อีกมาก 3) การสื่อสารระหว่างองค์การ และ กิจกรรมการเสริมแรง การสื่อสารระหว่างองค์การ คือ การสื่อสารเกี่ยวกับมาตรฐานงานและวัตถุประสงค์นโยบาย เพื่อให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบแผนงาน โครงการมีความรู้ความเข้าใจสอดคล้องกัน หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่ง การสื่อสารระหว่างองค์การ คือ ความต้องการให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสื่อสารภายในองค์การ และระหว่างองค์การมิใช่เรื่องง่าย หากผู้กำหนดนโยบาย ไม่สามารถเรียบเรียงแนวปฏิบัติที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพราะหากข้อกำหนดหรือแนวปฏิบัติไม่ชัดเจน อาจทำให้มีการแปลงสารเกิดขึ้นได้ง่ายหรือพร้อมที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติได้ตลอดเวลา ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ควรมีกฎและกระบวนการ เพื่อทำความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับมาตรฐานงานและวัตถุประสงค์ของนโยบายระหว่างฝ่ายบริหารกับผู้ปฏิบัติ 4) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นองค์ประกอบใหญ่ที่มีองค์ประกอบย่อยๆ หลายประการที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ สมรรถนะและขนาดของทีมงานในหน่วยงาน ระดับความเข้มข้นของการควบคุมบังคับบัญชาของหน่วยงานย่อยในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทรัพยากรทางการเงินของหน่วยงาน การสนับสนุนจากนักกฎหมายและฝ่ายบริหาร ความมีชีวิตชีวาขององค์การ ระดับการสื่อสารระบบเปิดในองค์การและความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติกับผู้กำหนดนโยบายหรือองค์การที่ประกาศใช้นโยบายคุณลักษณะขององค์การที่กล่าวมาแสดงถึงศักยภาพและความสามารถที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ 5) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เคยได้รับการมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญในฐานะที่เป็นตัวแปรสภาพแวดล้อมของผลิตผลนโยบาย แม้ว่าองค์ประกอบด้านนี้จะมีผลกระทบอย่างมากต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยเฉพาะหน่วยงาน ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การพิจารณาองค์ประกอบด้านนี้จะคำนึงถึงว่าการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีความเพียงพอ ต่อการส่งเสริมให้แผนงานโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติของความเห็นสาธารณะเป็น

อย่างไร จุดเด่นของนโยบายสัมพันธ์กับประเด็นนโยบายอย่างไร ชนชั้นนำชอบหรือไม่ชอบนโยบายที่นำไปปฏิบัตินั้น กลุ่มหลากหลายในสังคม รวมทั้งกลุ่มผลประโยชน์ภาคเอกชนคิดค่าหรือสนับสนุนการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ และ 6) ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ องค์กรประกอบหาประการที่กล่าวมาแล้ว จะถูกกลั่นกรองโดยความรู้สึกริณีคติของผู้ปฏิบัติ และจะมีการตอบสนองสามระดับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถและความตั้งใจจริงของผู้ปฏิบัติ คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย ทศนคติต่อนโยบายและความเข้มข้นของทัศนคติ

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยประกอบด้วยข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

5.3.1.1 รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรจัดค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มพูนความรู้ และเจตคติที่ดีอย่างต่อเนื่อง เชิดชูเกียรติพนักงานกู้ชีพ ให้มีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม

5.3.1.2 รัฐบาล ควรมีการจัดกรอบงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รับผิดชอบ หน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ และจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยงานนั้นๆ

5.3.1.3 สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ให้ครบวงจร ในทุกสื่อและทุกรูปแบบ เช่น การโฆษณาทางโทรทัศน์ทุกช่อง จัดทำ Spot ให้กับวิทยุกระจายเสียงทุกแห่ง จัดทำแผ่นพับใบปลิว แจกจ่ายให้กับประชาชน จัดทำป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ ในทุกมุมเมืองหรือถนนทุกสาย หรือในทุกหมู่บ้านและชุมชน และควรมีการจัดการประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในทุกพื้นที่โดยหน่วยงานที่นำเชือถือ เช่น ABAC, สวนดุสิต เป็นต้น

5.3.1.4 สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรมีการจัดตัวชี้วัดของการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปรับเปลี่ยนแต่ละครั้งควรเชิญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจริงเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ

5.3.1.5 สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรจัดทำการเชื่อมต่อเครือข่ายให้มีเบอร์เดียวทั่วประเทศสามารถแจ้งเหตุได้ทุกอย่าง อาทิเช่น ในสหรัฐอเมริกา กด 911 แจ้งเหตุได้ทุกเรื่อง และเชื่อมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว

5.3.1.6 ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับต้องให้ความสำคัญต่อนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างแท้จริง เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็วทันเวลา ลดการเจ็บป่วย ตาย หรือพิการ โดยไม่จำเป็น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดของเขตพื้นที่ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ) เท่านั้นจึงควรมีการวิจัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขอื่นๆ หรือภูมิภาคอื่นๆ จะได้นำมาเปรียบเทียบและปรับปรุงนโยบายต่อไป

5.3.2.2 การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายควรมีการวิจัยซ้ำทุกๆ 5 ปี หรือในระยะต่อไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินอื่นๆ ขึ้นไป

5.3.2.3 จากการวิจัยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น ซึ่งพบว่า ตัวแปรบางตัวมีน้ำหนักในการอธิบายความสำเร็จได้น้อยมากต่างกัน บางตัวไม่สามารถอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรค้นหาตัวแปรใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

5.3.2.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการถอดบทเรียน หรือ After Action Review หรือ Outcomes mapping เพื่อหาจุดเด่น จุดด้อย และจุดที่น่าสนใจจากการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี : ศูนย์เรนทร
กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. นนทบุรี : สำนัก
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
- กล้า ทองขาว. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ :
กรณีศึกษานโยบายรณรงค์เพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2534.
- _____. การนำนโยบายและแผนการศึกษาไปปฏิบัติ : แนวคิด ทฤษฎีและแนวการดำเนินงาน.
นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2548.
- กิตติ บุญนาค. การนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ : การศึกษาวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์ใน
ธุรกิจโรงแรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2536.
- เก็จกนก เอื้อวงศ์. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการประกัน
คุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารการศึกษา
ดุษฎีบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- กุศล รักษา. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ :
ศึกษากรณี โครงการเร่งรัดการออกโฉนดที่ดินทั่วประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
รัฐศาสตรมหาบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- จุฑารัตน์ นิรันดร์. นโยบายของผู้บริหารสถานศึกษากับการประกันคุณภาพการศึกษาสถานศึกษา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.
- จุมพล หนิมพานิช. การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 3.
นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2549.
- จีระพรรณ สุขศรีงาม. ชีวิตติดเบื้องต้น. คณะวิทยาศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาสารคาม, 2536.
- จิรารัตน์ สัมมาเทศน์. การนำนโยบายพัฒนานุเคราะห์ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,
2549.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิผลของการนำนโยบายการให้บริการแก่ประชาชน ไปปฏิบัติ:กรณีศึกษาสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2536.
- ทองใบ สดขารี. การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาสหวิทยาลัยอีสานใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2536.
- ธิดา ปรงเกียรติ. การนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- นฤมล นิราทร. การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
- นำพิชญ์ ธรรมิเวศน์. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาไปปฏิบัติ ของสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2549.
- บุปผา ลากลาง. การนำนโยบายแปรรูปรัฐวิสาหกิจไปปฏิบัติศึกษกรณีบริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.
- ประชุม รอดประเสริฐ. นโยบายและการวางแผน : หลักการและทฤษฎี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : เนติกุลการพิมพ์ (2541), 2547.
- ปฐพี มอนซอน และคณะ. กรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพเครือข่ายทางสังคม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) : กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
- นพรุจ ศักดิ์ศิริ. การวิเคราะห์ปัจจัยกับความสำเร็จของการนำนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการศึกษาไปปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- บุญชู วงศ์เจริญ, ร.ต.อ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาข้าราชการตำรวจในสังกัดกองกำกับการสืบสวนสอบสวนตำรวจภาค 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเกริก, 2546.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- พนิตดา เทศนิยม. ประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
- พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์. การนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ กรณีศึกษาโรงเรียนฝึกออาชีพ กรุงเทพมหานคร (บางรัก). วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2549.
- ไพศาล โชติกล่อม และคณะ. ผลงานวิชาการเรื่องการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2550.
- ไพฑูรย์ มณีอินทร์, ร.ต.อ. ประสิทธิผลของการนำนโยบายการปราบปรามจลาจลไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีพฤษภาทมิฬ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเกริก, 2538.
- ไพรัช บุญจรัส และคณะ. ผลงานวิชาการเรื่องการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ตำรวจแห่งชาติ, 2550.
- ไพรัช เตชะรินทร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : สักดิ์โสภาการพิมพ์, 2527.
- ภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. แนวทางและนโยบายการพัฒนาเกษตรแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2544.
- มยุรี อนุมานราชชน. นโยบายสาธารณะ:แนวความคิด กระบวนการ และการวิเคราะห์. เชียงใหม่ : คະนิงนิจการพิมพ์, 2547.
- รุ่งเรือง สุขากิรมย์. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนำนโยบายการศึกษาไปปฏิบัติ : กรณีศึกษานโยบายการขยายการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารการศึกษา ดุษฎีบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์, 2551.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- วงศา เล่าหศิริวงศ์ และคณะ. รายงานผลการศึกษาคำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้”, วารสารข่าวสารการวิจัย. 18(3) : 8-10 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม, 2528.
- วิภาดา วัฒนนามกุล. การสัมมนาระดับชาติเรื่องการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งที่ 1. สำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน : กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- วิริยญา ลาขโรจน์. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2551.
- วรเดช จันทรศร. “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า”, วารสารพัฒนบริหารศาสตร์. 24(4) : 535-554; ตุลาคม, 2527.
- _____. การบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2532.
- _____. ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : หจก.สหภาพบล็อกและการพิมพ์ จำกัด, 2548.
- วรเดช จันทรศร และลิขิต ชีรเวเวคิน. การนำนโยบายไปปฏิบัติของกรมประมง. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2530.
- วัลลภ ลำพาย. ปัญหาและกระบวนการนำนโยบายส่งเสริมสหกรณ์ของไทยไปปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิรัฐศาสตรบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ศิริรัตน์ นิละคุปต์ และคณะ. สรุปผลการวิจัยและการสัมมนาของโครงการปฏิบัติการฝึกหัดครู. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529.
- ศุภชัย ขาวะประภาส. นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- เสกสรรค์ นิสัยกล้า. การนำนโยบายธรรมาภิบาลไปปฏิบัติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญารัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2550.
- สงครามชัย ลิทองดี และคณะ. การบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2546.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สรุปการประเมินผลการดำเนินงานแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ ส.พิจิตรการพิมพ์, 2552.

_____. คู่มือและแนวทางการดำเนินงานแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร :

สำนักพิมพ์ ส.พิจิตรการพิมพ์, 2553.

สุนิตดา เทศนิคม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.

สุนทรี สุวิภิจ. การเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว

การพิมพ์, 2527.

สุภาภรณ์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สมชาย กาญจนสุด. “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย”, ใน การสัมมนาแห่งชาติ

ครั้งที่ 1 การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS). ขอนแก่น :

วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด จังหวัด

ขอนแก่น, 2546.

_____. “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (Emergency Medical Services System

for Thailand)”, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (Emergency Medical

Services System for Thailand). [http://sirin5.iqetweb.com/index.php?mo=3&art=](http://sirin5.iqetweb.com/index.php?mo=3&art=42419)

42419. 23 ตุลาคม 2552.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะเชิงประจักษ์ : ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ

นโยบายการประถมศึกษาของไทย (พ.ศ. 2523-2527). วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหาร

การพัฒนาคณะศึกษาศาสตร์ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2531.

_____. นโยบายสาธารณะ:แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 16.

กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เสมาธรรม, 2550.

สมพร เพ็ญจันทร์. นโยบายสาธารณะ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์

โอเคียนสโตร์, 2539.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สมภพ ศรีเพ็ญ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี
แผนงานพัฒนาเยาวชนในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2538.
- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. “การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษาประเทศ
- สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย”,
การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล. <http://203.157.25.229/>.
10 กันยายน, 2549
- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. เอกสารประกอบการเวทีถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร :
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549.
- สุรพร เสียนสลา. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี
นโยบายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหาร
การพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
- สุรางคณา มัณยานนท์. การวิเคราะห์กระบวนการนโยบายมัธยมศึกษาด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริม
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539).
วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือการสรรหาและคัดเลือกสังคมแห่ง
การเรียนรู้ต้นแบบ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
จำกัด, 2551.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา
(HEALTH SERVICE SYSTEM FOR EMERGENCY CONDITIONS IN
DEVELOPED COUNTRIES”, ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา.
www.hsri.or.th. 9 ธันวาคม, 2544.
- อุทัย บุญประเสริฐ. นโยบายและวิธีการเขียนนโยบาย. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. (อัดสำเนา)
- อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. “การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- จังหวัดขอนแก่น”, การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
จังหวัดขอนแก่น. <http://www.hsri.or.th>. 2 สิงหาคม, 2549.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- อรรถัย อาจอำ และสมศักดิ์ นักลาจารย์. รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง เครือข่ายอาสาสมัคร เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอคส์. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากร และสังคม, 2540.
- อัมฉาฐ พรชัย. การนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการธนาคารประชาชนของ ธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
- อาคม ใจแก้ว. การนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ : ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล กระทบต่อความสำเร็จ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
- Anderson, J. E. Public Policy-making. Great Britain: Thomas Nelson and Sons Ltd., 1975.
- Bardach, E. The Implementation Games. Massachusetts: MITPress, 1981.
- Barrett, S.M. and Fudge, C. Policy and Action: Essays on the Implementation Public Policy. London: Methuen, 1981.
- Berman, P. and Mclaughlin, M.W. Federal Programs Supporting Education Change: Factors Affecting Implementation and Continuation. Santa Monica, CA: The Rand Corporation, 1977.
- Brain, W.H and Lewis, A.G. Policy Analysis for the Real World. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- Burns, N and Grove, S. The Practice of Nursing research: conduct critique and utilization. 2^{ed}. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
- Caldwill, L.K. Environment: A Challenge in Modern Society. New York: Doubleday, 1970.
- Cheema, G.S and Dennis, A. R. Implementation Decentralization Programmes in Asia: Local Capacity for Rural Development. Nagoya, Japan: United Nation Center for Regional Development, 1983.
- Downes, T. Preservice teacher training and teacher professional development in the use of ICTs in the teaching of mathematics and science in participating SEAMEO countries. University of Western Sydney, 2003.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Dry, T.R. Understanding Public policy. 8th ed. New Jercey: A Simon & Schuster Company, 1995.
- Edwards, G.C. Implementing Public policy. Washington, D.C.: Congressional Quarterly Press, 1980.
- Etzioni, A. Mixed-Scanning: A Third Approach to Decision-Making. Boston : Blackwell Publishing, 1966.
- Freeman, L. C. The Development of Social Network Analysis: A Study in the Sociology of Science. Vancouver: Empirical Press, 2004.
- Freeman L.C., "Editing a Normal Science Journal in Social Science", Bulletin de Methodologies Sociologies. 91: 8-19, 2006.
- Friedrich, C. J. Man and His Government. New York: McGraw-Hill, 1963.
- Fukuyama, F. "Social capital, civil society, and development", Third World Quarterly. 22(1): 7-20, 2001.
- Greenwood, W. T. Management and Organizational Behavior Theories: An Interdisciplinary Approach. Ohio: South-Western Publishing Co., 1965.
- Gunn, L.A. Policy Analysis for the Real World. New York: Oxford University Press, 1984.
- Haimann, T. and Scott, W. G. Management in the Modern Organaization. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Co., 1974.
- Hambleton, R. "Planning System and Policy Implementation", Journal Public of policy. 397-419, 1983.
- Ingram, H.M. and Dean E.M. Why Policy Success or Fail. California: Sage Publication Inc., 1980.
- Jacop, C. E. Policy and Bureaucracy. NJ: D. Van Nostrand, 1966.
- Kast, F.E., and Rosenzweig, J.E. Organization and Management: A System and Contingency Approach. New York: McGraw-Hill, 1985.
- Kerrs, D.H. The Logic of "Policy" and Successful Policy. Policy Science. 7: 351-363, 1976.
- Kerlinger, F.N. and Lee, H.B. Foundations of behavioral research. 4th ed. TX: Harcourt College Publishers, 2000.

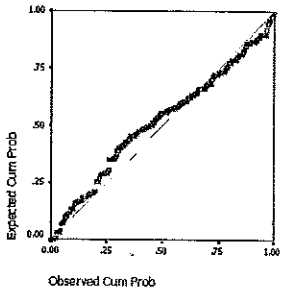
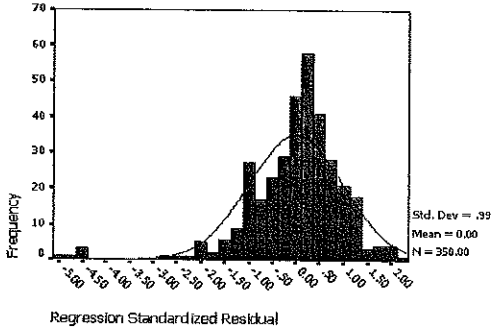
เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Lasswell, H. D. and Kaplan, A. Power and Society. New Haven: Yale University Press, 1970.
- Linton, F. The Development of Social Network Analysis. Vancouver: Empirical Press, 2006.
- Nakamura, R.T. and Frank, S. The Politics of policy Implementation. New York: St.Martin press, 1980.
- Pedhazer, E.J. Multiple regression in behavioral research. 3rd ed. TX: Harcourt Brace, 1997.
- Petcharat, S. Major Factors Affecting Policy Implementation on Juvenile Delinquent Rehabilitation. A Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy: School of Public Administration national institute of development Administration, 2006.
- Pressman, J.L. and Wildavsky, A. Implementation. 2nd ed. California: University of California Press, 1973.
- Ranjit, K. Research Methodology. London: SAGE publications, 2005.
- Sabatier, P.A. and Mazmaian, D.A. "The Implementation of Public policy: A framework of Analysis", Policy Studies Journal. 8: 538-567, 1980.
- Wasserman, S. Models and Methods in Social Network Analysis. New York: Cambridge University Press, 2005.
- Sharkansky, I. Policy Analysis in Political Science. Chicago: Markham, 1970.
- Stevenson, C. and et al. "The juvenile Court: Analysis and Recommendations", The Future of Children Journal. 6(3): 1-28; winter, 1996.
- Van Meter, D.and Van Horn, C.E. "The policy implementation process: A conceptual framework", Administration & Society. 6: 445-487; February, 1975.
- Walter, W. "Implementation Analysis and Assessment", Policy Analysis. 3; Summer, 1979.
- Wayne, A. and Leys, R. Ethic for Policy Decision. NJ: Prentice-Hall, 1952.
- Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication, 1973.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ

ตารางที่ ก.1 การทดสอบ และวิธีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การทดสอบ	วิธีการ
1. ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (y) เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)	Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual Dependent Variable: TENMIN 
2. ทดสอบข้อมูลตัวแปรตาม (y) บนทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีการแจกแจงเป็นปกติ	Histogram Dependent Variable: TENMIN 

ตารางที่ ก.1 การทดสอบ และวิธีการตรวจสอบเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (ต่อ)

การทดสอบ

วิธีการ

3. การวิจัยนี้ใช้เมตริกสหสัมพันธ์ทดสอบว่าตัวแปรอิสระด้วยกันมีความสัมพันธ์กันสูงหรือไม่ (Multicollinearity) ใช้เกณฑ์ค่า r ไม่เกิน .80 (Hair, Anderson, Talthum & Black, 1995)

Model Summary^f

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.621 ^a	.385	.384	11.74047	.385	218.190	1	348	.000	2.268
2	.659 ^b	.434	.431	11.27935	.049	30.035	1	347	.000	
3	.673 ^c	.453	.448	11.10864	.019	11.747	1	346	.001	
4	.687 ^d	.471	.465	10.93594	.018	12.015	1	345	.001	
5	.693 ^e	.481	.473	10.85302	.009	6.291	1	344	.013	

a. Predictors: (Constant), ATTT

b. Predictors: (Constant), ATTT, SUPT

c. Predictors: (Constant), ATTT, SUPT, SDT

d. Predictors: (Constant), ATTT, SUPT, SDT, PROT

e. Predictors: (Constant), ATTT, SUPT, SDT, PROT, COMT

f. Dependent Variable: TENMIN

4. ไม่มี Autocorrelation โดยใช้ค่า Durbin- Watson ทดสอบเกณฑ์ตั้งแต่ 1.50-2.50

► Correlations

Correlations

		SDT	REST	CHT	ATTT	COMT	PROT	SUPT
SDT	Pearson Correlation	1	.662*	.607*	.633*	.604*	.598*	.614*
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
REST	Pearson Correlation	.662*	1	.614*	.601*	.667*	.576*	.640*
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
CHT	Pearson Correlation	.607*	.614*	1	.714*	.651*	.637*	.634*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
ATTT	Pearson Correlation	.633*	.601*	.714*	1	.706*	.669*	.636*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
COMT	Pearson Correlation	.604*	.667*	.651*	.706*	1	.670*	.636*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
PROT	Pearson Correlation	.598*	.576*	.637*	.669*	.670*	1	.645*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	350	350	350	350	350	350	350
SUPT	Pearson Correlation	.614*	.640*	.634*	.636*	.636*	.645*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	350	350	350	350	350	350	350

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ภาคผนวก ข
หนังสือขอเก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0529/ว 3221

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

8 ตุลาคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน (ตามเอกสารแนบท้าย)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสัมภาษณ์)

จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายวิโรจน์ เชมรัมย์ นักศึกษาชั้นปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัย เรื่อง “การนำนโยบายการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13” โดยมี ดร.เพชรรัตน์ ไสยสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ ขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยขอเข้าสัมภาษณ์ท่านตามที่ท่านจะกำหนด วันเวลา ผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านให้ข้อมูล เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ

(รศ.ดร.ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิโรจน์ เชมรัมย์ 0866482672

- เรียน
- 1.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 2. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
 - 3.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
 - 4.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 - 5.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
 - 6.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
 7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ
 - 8.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร
 - 9.หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
 - 10.หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสะเกษ
 - 11.หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
 - 12.หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยโสธร
 - 13.หัวหน้างานอุบัติเหตุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 - 14.หัวหน้างานอุบัติเหตุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 - 15.หัวหน้างานอุบัติเหตุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
 - 16.หัวหน้างานอุบัติเหตุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ 0529/ว 2245

คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

10 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน (ตามเอกสารแนบท้าย)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายวิโรจน์ เขมรัมย์ นักศึกษาชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัย เรื่อง “การนำนโยบายการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13” โดยมี ดร.เพชรรัตน์ ไสยสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้วิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ

(รศ.ดร.ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ)

คณบดีคณะรัฐศาสตร์

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 2. นายแพทย์ธีรพล เจนวิทยา | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตพื้นที่อุบลราชธานี |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชัยยง ขามรัตน์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 5. ดร.นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี |
| 6. ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์ | กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นายแพทย์วุฒิไกร มุ่งหมาย | สาธารณสุขนิเทศเขตที่ 13 กระทรวงสาธารณสุข |
| 8. นายแพทย์สมชาย เชื้อเพชรระโสภณ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตที่ 13 |
| 9. ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา | นักวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย (IOC)

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

สำหรับผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน



เรื่อง การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

POLICY IMPLEMENTATION ON EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM

เรียน ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

ด้วยข้าพเจ้า นายวิโรจน์ เชมรัมย์ นักศึกษาปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ” โดยมี ดร.เพชรรัตน์ ไสยสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ท่านได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ความคิดเห็นของท่านมีความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับงานวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง ข้อมูลที่รวบรวมได้ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

จะไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคลและผู้ตอบจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆจากการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างสิ้น ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามสภาพที่เป็นจริงหรือตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้ครบทุกข้อคำถาม และเนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณาส่งแบบสอบถามคืนโดยด่วนด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นายวิโรจน์ เชมรัมย์

ผู้วิจัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 4 ตอน
 - ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
 - ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. วุฒิการศึกษาสูงสุด

() ต่ำกว่า ปริญญาตรี () ปริญญาตรี
() ปริญญาโท () ปริญญาเอก () อื่น ๆ ระบุ.....

4. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านความสามารถอยู่ในการบริการในระดับ.....

() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS)
() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (BLS)
() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (ILS)
() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (FR)

5. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านปฏิบัติงานมาแล้ว ปี

6. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านอยู่ในจังหวัด.....

() อุบลราชธานี () ศรีสะเกษ
() อำนาจเจริญ () ยโสธร

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย /ในช่อง ☐ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น 4 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น

3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	IOC
ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย						
1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง.....						
2. มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจนและกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.....						
3. มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จไว้อย่างชัดเจน.....						
4. วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของนโยบายมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน.....						
5. การนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีปัญหาและอุปสรรคใดๆ.....						
ด้านทรัพยากรของนโยบาย						
6. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....						
7. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีการพัฒนาด้านเนื้อหาวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....						
8. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายอย่างเหมาะสม.....						
9. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรจำนวนเพียงพอในการดำเนินงาน.....						
10. บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง.....						
11. หน่วยงานมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอและทันสมัย.....						
12. หน่วยงานได้รับจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมต่อการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	IOC
ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ						
13. หน่วยงานมีการวางแผนเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน...						
14. หน่วยงานมีการกำหนดโครงสร้างการทำงานด้าน บริการ การแพทย์ฉุกเฉินชัดเจน เช่น การตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ด้านต่างๆ ฯลฯ.....						
15. หน่วยงานมีโครงสร้างการบริหารที่มีสายบังคับบัญชาที่สั้นและ คล่องตัวในการติดต่อประสานงาน.....						
16. หน่วยงานมีการใช้กฎระเบียบควบคุมการปฏิบัติงานด้านบริการ การแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....						
17. หน่วยงานมีการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่และความ รับผิดชอบที่มอบหมายงานทางบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ บุคลากรอย่างชัดเจนและเหมาะสม.....						
18. ผู้บริหารมีทักษะในการวางแผนกำกับติดตามและประเมินผลการ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ.....						
ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ						
19. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความรู้เกี่ยวกับการนำนโยบาย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อ ประชาชน.....						
20. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเห็นว่านโยบายด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและ หน่วยงานต้นสังกัด.....						
21. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเชื่อที่ตรงกันในเรื่องการ นำบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาใช้ในชุมชนจะทำให้ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น.....						
22. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน.....						
23. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเชื่อที่ตรงกันใน เรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปใช้ในชุมชนจะทำให้เป็นที่ เชื่อถือและยอมรับของประชาชนและชุมชนมากขึ้น.....						
24. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้ นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินบรรลุเป้าหมาย.....						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	IOC
25. ผู้ร่วมงานทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาและให้การช่วยเหลือกัน ในการดำเนินงานด้านนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
26. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความกระตือรือร้นที่จะศึกษา ค้นคว้าหาความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆที่ เกิดขึ้นในการดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
ด้านการติดต่อสื่อสาร						
27. การติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การภายนอกไปด้วยความรวดเร็ว ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....						
28. การติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงานเป็นไปด้วยความรวดเร็วทั้ง รูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....						
29. บุคลากรได้รับการชี้แจงเรื่องเป้าหมายวัตถุประสงค์ของนโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินก่อนดำเนินงาน.....						
30. หน่วยงานมีการประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อประสานงาน นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
31. บุคลากรได้รับนโยบายต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต้นสังกัด ทันเวลาต่อการดำเนินการ.....						
32. ข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีความชัดเจนและตรงกันในเนื้อหาสาระ.....						
33. การประสานงานของหน่วยต่างๆ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แสดงถึงความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....						
การประชาสัมพันธ์เผยแพร่						
34. หน่วยงานของท่านมีการประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชนและ ชุมชนให้เข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						
35. หน่วยงานของท่านได้มีแผนงาน/โครงการในการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน						
36. หน่วยงานของท่านมีการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์และ การเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
37. หน่วยงานของท่านมีวิธีการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินหลายวิธี.....						
38. หน่วยงานของท่านมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ ฉุกเฉินจากประชาชน(โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบหรือเกิด เหตุฉุกเฉิน)						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	IOC
การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน						
39. เครือข่ายและหุ้นส่วนให้ความสำคัญกับการบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการฝึกอบรม						
40. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันเป็นกลุ่ม หรือทีมงาน.....						
41. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำกิจกรรมการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี วัตถุประสงค์เพื่อหน่วยงานหรือชุมชน.....						
42. มีการประสานเครือข่ายจากชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน						
43. การสนับสนุนการทำงานประกอบด้วยหลาย ๆ ภาคส่วนในพื้นที่						
44. มีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเพื่อ สนองความต้องการของชุมชน.....						
45. ประชาชนและชุมชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถให้ การสนับสนุนทรัพยากรแก่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้.....						
46. ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ ทางด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน.....						
47. ชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
48. ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของการนำหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ในชุมชน.....						
49. ประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวข้อง.....						
50. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับความร่วมมือและสนับสนุน ทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นที่อยู่ในท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. หน่วยงานเอกชน ฯลฯ.....						
51. นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่นให้ความสำคัญและ สนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						
52. สื่อมวลชนให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน.....						
53. นักวิชาการต่างๆ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....						

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลในช่อง (.....) ที่ตรงกับผลของดำเนินงานของหน่วยงานมากที่สุด โดยที่ (ข้อมูลผลการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึงปัจจุบัน)

1. รอบปีที่ผ่านมาชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ.....ของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด
2. ปัจจุบันชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านมีบุคลากรฉุกเฉินประเภทต่างๆ ตามมาตรฐาน (แพทย์ฉุกเฉินหรือพยาบาลฉุกเฉินหรือเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐานหรือเวชกิจฉุกเฉินระดับกลางหรือพนักงานขับรถ) ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวม.....คน
3. รอบปีที่ผ่านมาได้มีการประชุมคณะทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....ครั้ง

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

.....

.....

.....

.....

ด้านทรัพยากรของนโยบาย

.....

.....

.....

.....

ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

ด้านการติดต่อสื่อสาร

.....

.....

.....

.....

การประชาสัมพันธ์เผยแพร่

.....

.....

.....

.....

ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

.....

.....

.....

.....

ด้านอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดอีกบ้างที่มี
ผลต่อการนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

.....

.....

.....

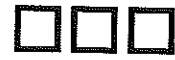
.....

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

สำหรับผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน



เรื่อง การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

POLICY IMPLEMENT ON EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM

เรียน ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS)

ด้วยข้าพเจ้า นายวิโรจน์ เขมรัมย์ นักศึกษาปริญญารัฐประศาสนศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ” โดยมี ดร.เพชรรัตน์ ไสยสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ท่านได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ความคิดเห็นของท่านมีความสำคัญและมีคุณค่าสำหรับงานวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง ข้อมูลที่รวบรวมได้ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

จะไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคลและผู้ตอบจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆจากการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างสิ้น ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามสภาพที่เป็นจริงหรือตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้ครบทุกข้อคำถาม และเนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณาส่งแบบสอบถามคืนโดยด่วนด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นายวิโรจน์ เขมรัมย์

ผู้วิจัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 4 ตอน
 - ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
 - ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. วุฒิการศึกษาสูงสุด

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี

() ปริญญาโท () ปริญญาเอก

4. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านสามารถอยู่ในการบริการในระดับ.....

() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS)

() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (BLS)

() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (ILS)

() หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (FR)

5. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท่านปฏิบัติงานมาแล้ว ปี

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น 4 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น

3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย					
1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง.....					
2. มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างชัดเจนและกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.....					
3. มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จไว้อย่างชัดเจน.....					
4. วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของนโยบายมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน.....					
5. นโยบายมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎี/หลักการและเหตุผลที่เชื่อถือได้....					
ด้านทรัพยากรของนโยบาย					
6. แผนงาน โครงการ ได้รับการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....					
7. การกระจายงบประมาณไปยังหน่วยปฏิบัติต่างๆ เป็นไปอย่างทั่วถึง.....					
8. นโยบายกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....					
9. นโยบายกำหนดให้มีการพัฒนาด้านเนื้อหาวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....					
10. นโยบายกำหนดให้มีวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายอย่างเหมาะสม.....					
ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ					
11. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรจำนวนเพียงพอในการดำเนินงาน.....					
12. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน.....					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13.บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง.....					
14. หน่วยงานมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอและทันสมัย.....					
15. หน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมต่อการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
16. หน่วยงานมีการวางแผนเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
17. หน่วยงานมีการกำหนดโครงสร้างการทำงานด้าน บริการการแพทย์ฉุกเฉินชัดเจน เช่น การตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านต่างๆ ฯลฯ.....					
18. หน่วยงานมีโครงสร้างการบริหารที่มีสายบังคับบัญชาที่สั้นและคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน.....					
19. หน่วยงานมีการใช้กฎระเบียบควบคุมการปฏิบัติงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม.....					
20. การประสานงานของหน่วยงานต่างๆ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินแสดงถึงความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....					
21. หน่วยงานมีการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่มอบหมายงานทางบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บุคลากรอย่างชัดเจนและเหมาะสม.....					
22. ผู้บริหารมีทักษะในการวางแผนกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ.....					
23. ผู้บริหารมีความสามารถในการประสานเครือข่ายจากชุมชนองค์กรภาครัฐ และเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
24. ผู้บริหารมีการสื่อสารไปยังประชาชนและชุมชนให้เข้าใจแนวคิดและเป้าหมายของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					
25. ผู้บริหารส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเทคนิควิชาการใหม่ๆ เพิ่มเติม.....					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง					
26. สภาพที่ตั้งของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ใกล้ชุมชน.....					
27. ประชาชนและชุมชนมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถให้ การสนับสนุนทรัพยากรแก่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้.....					
28. ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ ทางด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน.....					
29. ชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
30. ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของการนำหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ในชุมชน.....					
31. ประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวข้อง.....					
32. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับความร่วมมือและสนับสนุน ทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นที่อยู่ในท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. หน่วยงานเอกชน ฯลฯ.....					
33. นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่นให้ความสำคัญ และสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
34. สื่อมวลชนให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน.....					
35. นักวิชาการต่างๆ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน.....					
ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ					
36. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการฝึกฝนอบรมด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อ นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
37. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความรู้ดีกว่าการนำนโยบาย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาปฏิบัติเป็นประ โยชน์ต่อประชาชน.....					
38. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเห็นว่านโยบาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และหน่วยงานต้นสังกัด.....					
39. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเชื่อที่ตรงกันในเรื่องการนำ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาใช้ในชุมชนจะทำให้ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น.....					

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
40. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเชื่อที่ตรงกันใน เรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉินไปใช้ในชุมชนจะทำให้เป็นที่ เชื่อถือและยอมรับของประชาชนและชุมชนมากขึ้น.....					
41. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงาน เพื่อให้นโยบายการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน บรรลุเป้าหมาย.....					
42. ผู้ร่วมงานทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาและให้การช่วยเหลือกัน ในการดำเนินงานด้านนโยบาย การบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
43. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความกระตือรือร้นที่จะศึกษา ค้นคว้าหาความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในการดำเนินงานการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
ด้านการติดต่อสื่อสารและการประชาสัมพันธ์เผยแพร่					
44. การติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การภายนอกไปด้วยความรวดเร็วทั้ง รูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....					
45. การติดต่อสื่อสารภายในหน่วยงานเป็นไปด้วยความรวดเร็วทั้ง รูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ.....					
46. บุคลากรได้รับการชี้แจงเรื่องเป้าหมายวัตถุประสงค์ของนโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินก่อนดำเนินงาน.....					
47. หน่วยงานมีการประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อประสานงาน นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน.....					
48. บุคลากรได้รับนโยบายต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต้นสังกัด ทันเวลาต่อการดำเนินการ.....					
49. ข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีความชัดเจนและตรงกันในเรื่องสาระ.....					
การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน					
50. เครือข่ายและหุ้นส่วนให้ความสำคัญกับการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผน.....					
51. เครือข่ายและหุ้นส่วนให้ความสำคัญกับการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเข้าไปมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมการฝึกอบรม.....					
52. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มหรือทีมงาน.....					
53. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำกิจกรรมอย่างมีวัตถุประสงค์เพื่อหน่วยงาน หรือชุมชน.....					
54. หน่วยงานหรือชุมชน โดยส่วนใหญ่มีการกำหนดความร่วมมือ ของทรัพยากรในการทำกิจกรรมตามแผน.....					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
55. กิจกรรมที่กำหนดในแผนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้.....					
56. การสนับสนุนการทำงานประกอบด้วยหลายๆ ภาคส่วนในพื้นที่..					
57. มีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเพื่อ สนองความต้องการของชุมชน.....					
58. ผู้ค้อยโอกาสในพื้นที่ได้รับการช่วยเหลือ.....					

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพสำเร็จของการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลผลการปฏิบัติงานลงในช่องว่าง (ข้อมูลผลการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึงปัจจุบัน)

1. ประชุมคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....ครั้ง
2. การซ่อมแผนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....ครั้ง
3. การรับแจ้งเหตุจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) จำนวน.....ครั้ง
4. ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที
 - 4.1 ภายใน 10 นาที จำนวน.....ครั้ง
 - 4.2 เกิน 10 นาที จำนวน.....ครั้ง
5. ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลือด้วยการปฏิบัติหรือส่งต่อด้วยระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่
ได้มาตรฐาน จำนวน.....ครั้ง
6. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งเสียชีวิตในปีงบประมาณนี้ (ตุลาคม 2552 ถึง ปัจจุบัน) จำนวน.....คน
7. บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานของท่านประกอบด้วย
 - 7.1 แพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....คน
 - 7.2 พยาบาลกู้ชีพ จำนวน.....คน
 - 7.3 เวชกรฉุกเฉิน จำนวน.....คน
 - 7.4 ผู้ปฏิบัติงานฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน.....คน
 - 7.5 ผู้ชำนาญพาหนะฉุกเฉิน จำนวน.....คน
 - 7.6 บุคลากรรับแจ้งเหตุ จำนวน.....คน
 - 7.7 บุคลากรอื่นเช่น..... จำนวน.....คน
8. ระบบสารสนเทศและการสื่อสารในหน่วยปฏิบัติการและชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 8.1 โทรศัพท์พื้นฐาน จำนวน.....คู่สาย
 - 8.2 โทรศัพท์เคลื่อนที่ จำนวน.....เบอร์

8.3 เครื่องวิทยุโทรคมนาคม สำหรับสถานี (Base Station) จำนวน.....เครื่อง

8.4 เครื่องวิทยุโทรคมนาคม ชนิดติดตั้งเคลื่อนที่ (Mobile Station) จำนวน.....เครื่อง

8.5 เครื่องวิทยุโทรคมนาคม ชนิดมือถือ (Handheld portable Station) จำนวน.....เครื่อง

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

.....

.....

ด้านทรัพยากรของนโยบาย

.....

.....

ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

.....

.....

ด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง

.....

.....

ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

.....

.....

ด้านการติดต่อสื่อสารและการประชาสัมพันธ์เผยแพร่

.....

.....

ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

.....

.....

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามความพึงพอใจ

เลขที่แบบสอบถาม □□□

วันที่สัมภาษณ์.....

แบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณากำเครื่องหมาย ✓ ใน () ที่เป็นข้อมูลของท่านหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หม้าย/หย่า/แยก () 4. อื่นๆ ระบุ.....
4. การศึกษา () 1. ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 4. อนุปริญญา/ปวส./ปวท
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ () 1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ () 2. ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท
() 3. ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ () 4. ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ
() 5. นักเรียน/นักศึกษา () 6. รับจ้างทั่วไป
() 7. พ่อบ้าน/แม่บ้าน/เกษียณอายุ () 8. เกษตรกร/ประมง
() 9. ว่างาน () 10. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. มีโรคประจำตัว () 1. มี (ระบุ)..... () 2. ไม่มี
8. ท่านเคยใช้บริการหน่วยกู้ชีพ(บริการการแพทย์ฉุกเฉิน) จำนวน ครั้ง
9. ท่านเคยใช้บริการหน่วยกู้ชีพ(บริการการแพทย์ฉุกเฉิน) อยู่ในจังหวัด.....
() 1. อุบลราชธานี () 2. อำนาจเจริญ
() 3. ศีรสะเกษ () 4. ยโสธร
10. ท่านเรียกใช้บริการหน่วยกู้ชีพ(บริการการแพทย์ฉุกเฉิน)เพราะเหตุใด
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน () 2. ได้รับอุบัติเหตุ
() 3. ส่งต่อจากสถานเอนาณัยไปโรงพยาบาล () 4. แพทย์ที่โรงพยาบาลนัด
() 5. ไม่ฉุกเฉินแต่ไม่มีรถไปโรงพยาบาล () 6. อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ในช่องระดับความพึงพอใจตามความเป็นจริงช่องละ 1 เครื่องหมาย

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		
	พอใจมาก	พอใจ	ไม่พอใจ
ด้านความสะดวก			
1. การประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....			
2. สามารถติดต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้หลายช่องทาง.....			
3. ความสะดวก รวดเร็วในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.....			
4. เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอและมีความพร้อมในการให้บริการ.....			
5. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอและมีประสิทธิภาพ			
ด้านอภัยภัยและการให้เกียรติ			
6. เจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม.....			
7. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ ซักถามอาการเจ็บป่วยด้วยความเอาใจใส่			
8. เจ้าหน้าที่พูดจาด้วยกิริยา วาจาสุภาพ อ่อนน้อม.....			
9. เจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น การรักษาทรัพย์สินของผู้ป่วยและการเรียกค่าบริการ.....			
10. เจ้าหน้าที่แต่งกายเหมาะสม.....			
11. เจ้าหน้าที่ชี้แจง แนะนำขั้นตอนในการให้บริการได้ชัดเจน.....			
ด้านคุณภาพบริการ			
12. เจ้าหน้าที่ตรวจโรคอย่างละเอียดและตรงตามอาการเจ็บป่วย...			
13. เจ้าหน้าที่ให้การรักษาดตรงกับอาการเจ็บป่วย.....			
14. หลังการรับบริการแล้ว อาการเจ็บป่วยทุเลาลงและหาย.....			
15. ความปลอดภัยระหว่างการเดินทางรับ-ส่งผู้ป่วย.....			
16. ประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน.....			
17. คุณภาพการให้บริการโดยรวม.....			

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ

3.1 ปัญหาการให้บริการ

.....

.....

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการบริการ

.....

.....

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์

สำหรับผู้บริหารระดับ
จังหวัด

แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์

เรื่อง การนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

POLICY IMPLEMENT ON EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM

คำชี้แจง

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งเป็น 4 ตอน
 - ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
 - ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
 - ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

1. ชื่อ-สกุล.....เพศ.....
2. วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่.....
3. วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
4. ตำแหน่ง.....ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง.....ปี

ตอนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

1. ความเข้าใจในตัวนโยบายนี้ หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แผนงาน และกิจกรรมใดบ้าง

2. มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างชัดเจนและกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎี หลักการและเหตุผลที่เชื่อถือได้ วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จไว้มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

ด้านทรัพยากรของนโยบาย

3. แผนงาน โครงการ ได้รับการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร

4. การกระจายงบประมาณไปยังหน่วยปฏิบัติต่างๆ เป็นไปอย่างทั่วถึงหรือไม่ อย่างไร

5. นโยบายกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือไม่ อย่างไร

ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

6. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบุคลากรจำนวนมากเพียงพอและมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

7. บุคลากรหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและเต็มศักยภาพหรือไม่ อย่างไร

8. หน่วยงานมีการกำหนดโครงสร้างองค์กรที่รับผิดชอบด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้อย่างชัดเจนหรือไม่ อย่างไร

ด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง

9. ประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายหรือไม่ อย่างไร

10. นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น, สื่อมวลชน, นักวิชาการให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

11. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการฝึกฝนอบรมด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

12. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วม มุ่งมั่นและช่วยเหลือกันในการดำเนินงานนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

13. บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ความสำคัญและให้ความสำคัญในการพัฒนาตนเองให้มีทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

ด้านการติดต่อสื่อสารและการประชาสัมพันธ์เผยแพร่

14. การติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การภายนอกไปด้วยความรวดเร็ว ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการหรือไม่ อย่างไร

15. บุคลากรสามารถรับรู้ในเรื่องเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายได้ตรงกันหรือไม่ อย่างไร

16. บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารนโยบายต่างๆ ที่มาจากหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยงานอื่นๆ ได้รวดเร็วทันเวลาต่อการดำเนินการต่างๆ หรือไม่ อย่างไร

การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

17. เครือข่ายและหุ้นส่วนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มหรือทีมงานหรือไม่ อย่างไร

18. เครือข่ายและหุ้นส่วนสนับสนุนการทำงานที่ประกอบด้วยหลายๆ ภาคส่วนในพื้นที่อย่างไร

19. ส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของชุมชนอย่างไร

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลผลการปฏิบัติงานลงในช่องว่าง (ข้อมูลผลการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1

ตุลาคม 2552 ถึงปัจจุบัน)

- | | |
|--|----------------|
| 1. ตำบลที่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน | จำนวน.....แห่ง |
| 2. ตำบลที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน | จำนวน.....แห่ง |
| 3. โรงพยาบาลที่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน | จำนวน.....แห่ง |
| 4. โรงพยาบาลที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน | จำนวน.....แห่ง |
| 5. องค์การเอกชนที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน | จำนวน.....แห่ง |
| 6. หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีระบบสื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ | จำนวน.....แห่ง |

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1. ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

.....

.....

.....

2. ด้านทรัพยากรของนโยบาย

.....

.....

.....

3. ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

.....

.....

.....

4. ด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง

.....

.....

.....

5. ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

6. ด้านการติดต่อสื่อสารและการประชาสัมพันธ์เผยแพร่

.....

.....

.....

7. ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข
พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก

หน้า ๑
ราชกิจจานุเบกษา

๖ มีนาคม ๒๕๕๑



พระราชบัญญัติ

การแพทย์ฉุกเฉิน

พ.ศ. ๒๕๕๑

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑

เป็นปีที่ ๖๓ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๘ ประกอบกับมาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก

หน้า ๒
ราชกิจจานุเบกษา

๖ มีนาคม ๒๕๕๑

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การนำบัตรรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการนำบัตรรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และสถานพยาบาลอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

“สถานพยาบาลของรัฐ” ให้หมายความว่ารวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐด้วย

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการนำบัตรรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

“หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

“ผู้ปฏิบัติการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“พนักงาน” หมายความว่า พนักงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ลูกจ้างของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก หน้า ๓
ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

ประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑
คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา ๕ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน" เรียกโดยย่อว่า "กพฉ." ประกอบด้วย

- (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ
- (๒) กรรมการโดยตำแหน่งจำนวนสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) กรรมการผู้แทนแพทยสภาจำนวนสองคน โดยอย่างน้อยต้องเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนหนึ่งคน
- (๔) กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งคน
- (๕) กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน โดยเป็นผู้แทนจาก สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนประเภทละหนึ่งคน
- (๖) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน
- (๗) กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน
- (๘) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่น ที่เป็นประโยชน์ จำนวนไม่เกินสี่คน

ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖ การเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

หน้า ๔

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

มาตรา ๗ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

เมื่อกรรมการจะพ้นตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการว่างลง และให้ผู้ได้รับเลือกหรือแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ ในกรณีเช่นว่านี้ให้ กพท. ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๙ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๗

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

หน้า ๕

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

(๕) กพล. ไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๑๐ การประชุม กพล. ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุม กพล. ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ในการปฏิบัติหน้าที่ ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสียโดยตรงหรือโดยอ้อมในเรื่องที่ กพล. พิจารณา ให้ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้นั้นแจ้งให้ที่ประชุมทราบ และให้ที่ประชุมพิจารณาว่ากรรมการผู้นั้นสมควรจะอยู่ในที่ประชุมหรือนับมติในการประชุมเรื่องนั้นได้หรือไม่ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่ กพล. กำหนด

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๑ กพล. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(๒) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๓) เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

(๔) กำหนดนโยบายการบริหารงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานและอนุมัติแผนการเงินของสถาบัน

(๕) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป การจัดตั้งและยกเลิกสำนักงานสาขา ตลอดจนออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผลและการดำเนินการอื่นของสถาบัน

(๖) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม เว้นแต่การดังกล่าวจะมีกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ ก็ให้เป็นไปตามกฎหมายนั้น

หน้า ๖
เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

(๗) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการให้เงินเชิดชูเกียรติเพื่อมอบให้แก่บุคคลผู้สนับสนุนกิจการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๘) ดำเนินการให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๙) ดำเนินการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(๑๐) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดการผลประโยชน์ตามมาตรา ๑๖

(๑๑) ให้ความเห็นชอบการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินงานของสถาบัน

(๑๒) สรรหา แต่งตั้ง ประเมินผลการปฏิบัติงานและถอดถอนเลขาธิการ

(๑๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๒ กพล. มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือที่ปรึกษาเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ กพล. มอบหมาย

ให้นำความในมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับกับการประชุมคณะอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๑๓ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานอนุกรรมการ หรืออนุกรรมการได้รับประโยชน์ตอบแทนตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๒

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

มาตรา ๑๔ ให้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เรียกโดยย่อว่า "สพฉ."

ให้สถาบันมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของรัฐมนตรี

หน้า ๗

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

กิจการของสถาบันไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน แต่พนักงานและลูกจ้างของสถาบันต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว

มาตรา ๑๕ ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพท.
- (๒) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพท. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพท. กำหนด
- (๓) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (๔) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๕) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๖) ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (๗) เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๘) ปรึกษากับการบริหารทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินงานกิจการของสถาบัน
- (๙) รับผิดชอบงานธุรการของ กพท. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพท. มอบหมาย

มาตรา ๑๖ รายได้ของสถาบัน ประกอบด้วย

- (๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสม
- (๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- (๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสถาบัน
- (๔) รายได้จากค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินงานกิจการของสถาบัน
- (๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

เงินและทรัพย์สินของสถาบันไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้ของแผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

หน้า ๘

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

มาตรา ๑๑ ทรัพย์สินของสถาบันไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี บุคคลใดจะยกอายุความขึ้นเป็นข้อต่อสู้กับสถาบันในเรื่องทรัพย์สินของสถาบันมิได้

บรรดาทรัพย์สินที่สถาบันได้มาโดยมีผู้บริจาคให้ หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสถาบัน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสถาบัน เว้นแต่บรรดาอสังหาริมทรัพย์ที่สถาบันได้มาโดยใช้เงินรายได้ตามมาตรา ๑๖ (๑) ให้ตกเป็นราชพัสดุ แต่สถาบันมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์

ให้สถาบันมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสถาบัน

มาตรา ๑๒ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสถาบันให้เป็นไปตามระเบียบที่ กพท. กำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชีและการพัสดุของสถาบัน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้ กพท. ทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ให้สถาบันจัดทำงบการเงินซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบดุลและบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยสี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี

ในทุกรอบปีให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่ กพท. แต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสถาบัน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะหว่าการใช้จ่ายดังกล่าว เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายหรือไม่ แล้วทำรายงานผลการสอบบัญชีเสนอต่อ กพท.

ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปี ให้สถาบันทำรายงานประจำปีเสนอต่อ กพท. และรัฐมนตรีเพื่อทราบ โดยแสดงงบการเงินและบัญชีทำการที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้องแล้ว พร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชี รวมทั้งแสดงผลงานของสถาบันในปีที่ผ่านมาด้วย

มาตรา ๑๓ ให้สถาบันมีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสถาบัน ขึ้นตรงต่อ กพท. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสถาบัน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้าง

ให้ กพท. เป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่ กพท. ประกาศกำหนด

มาตรา ๒๐ เลขานุการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์
- (๓) สามารถทำงานให้แก่สถาบันได้เป็นเวลา
- (๔) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยล้มละลายโดยทุจริต
- (๖) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

(๗) ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือเคยต้องคำพิพากษาให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๘) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจ

(๙) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(๑๐) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น

(๑๑) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

(๑๒) มีคุณสมบัติหรือไม่มีลักษณะต้องห้ามอย่างอื่นตามที่ กพด. กำหนด

มาตรา ๒๑ ให้เลขานุการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เมื่อตำแหน่งเลขานุการว่างลงและยังไม่มีแต่งตั้งเลขานุการคนใหม่ ให้ กพด. แต่งตั้งกรรมการหรือพนักงานของสถาบันคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

ในกรณีที่เลขานุการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขานุการที่ กพด. กำหนดเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขานุการหรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ กพด. แต่งตั้งพนักงานของสถาบันคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา ๒๒ เลขานุการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก หน้า ๑๐
ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

(๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๐

(๔) กพล. ถอดถอนจากตำแหน่ง เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

มติของ กพล. ให้เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งตาม (๔) ต้องประกอบด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการที่มิได้อยู่โดยไม่แนบรวมเลขาธิการ

มาตรา ๒๓ เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนของเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่ กพล. กำหนด ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๔ เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารกิจการของสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพล.

(๒) จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนการเงินของสถาบันเสนอ กพล. เพื่ออนุมัติ

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสถาบัน ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศที่ กพล. กำหนด

(๔) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสถาบันเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพล.

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กพล. มอบหมาย

มาตรา ๒๕ ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสถาบันในกิจการของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่ กพล. กำหนดก็ได้

นิติกรรมที่กระทำโดยฝ่าฝืนมติหรือระเบียบที่ กพล. กำหนดย่อมไม่ผูกพันสถาบัน เว้นแต่ กพล. จะให้สัตยาบัน

มาตรา ๒๖ เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานของสถาบัน รัฐมนตรีอาจขอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานอื่นในกระทรวง ทบวง กรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐมาปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างในสถาบันเป็นการชั่วคราวได้ ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างของผู้นั้น แล้วแต่กรณี

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก

หน้า ๑๑
ราชกิจจานุเบกษา

๖ มีนาคม ๒๕๕๑

เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ใดได้รับอนุมัติให้มาปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบันตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าเป็นการได้รับอนุญาตให้ออกจากราชการหรือออกจากงานไปปฏิบัติงานใด ๆ และให้นับเวลาระหว่างที่มาปฏิบัติงานในสถาบันสำหรับคำนวณบำเหน็จบำนาญหรือประโยชน์ตอบแทนอื่นทำนองเดียวกันเสมือนอยู่ปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานเต็มเวลาดังกล่าว แล้วแต่กรณี

มาตรา ๒๗ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา ๒๖ ขอกลับเข้ารับราชการหรือปฏิบัติงานในสังกัดเดิม ภายในกำหนดเวลาที่อนุมัติ ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับบรรจุและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งและรับเงินเดือนตามข้อตกลงที่ทำไว้ในการอนุมัติตามมาตรา ๒๖

หมวด ๓

การปฏิบัติการฉุกเฉิน

มาตรา ๒๘ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้อื่นใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

มาตรา ๒๙ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา ๒๘ กพล. มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

หน้า ๑๒
เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

(๑) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

(๒) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

(๓) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(๔) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพด. กำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุน

ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพด. กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพด. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม (๑) หรือจะสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงินด้วยก็ได้

ในกรณีที่สถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือมาตรฐานที่ กพด. กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้ กพด. แจ้งให้หน่วยงานที่ควบคุมหรือกำกับสถานพยาบาลนั้นดำเนินการให้สถานพยาบาลดังกล่าวปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยถือเป็นเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาล

มาตรา ๓๐ ให้ กพด. กำกับดูแลให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด

การกำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ กพด. ประกาศกำหนด เว้นแต่การปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพด. ดำเนินการสอบสวนเพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒

หน้า ๑๓
เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

ในการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้ กพล. มีอำนาจเรียกบุคคลใด ๆ มาให้ถ้อยคำหรือแจ้งให้บุคคลใด ๆ ส่งเอกสารหรือวัตถุที่จำเป็นแก่การดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่

มาตรา ๓๒ ในกรณีที่เกิดการสอบสวนตามมาตรา ๓๑ ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด และการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้ กพล. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- (๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติให้ถูกต้อง
- (๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่
- (๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ
- (๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

หมวด ๔ กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา ๓๓ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสถาบัน เรียกว่า “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลเพียงพอประกอบด้วย

เพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชน ในท้องถิ่น ให้ กพล. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้

หน้า ๑๔
เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน

มาตรา ๑๔ กองทุนประกอบด้วย

(๑) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี

(๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

(๓) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้มาในกิจการของสถาบัน

(๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้

(๕) เงินที่ได้จากหน่วยงานของรัฐ หรือกองทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์

(๖) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

(๗) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และ (๖)

มาตรา ๑๕ เพื่อประโยชน์ในการจัดหาเงินกองทุนตามมาตรา ๑๔ (๕) กพล. อาจทำ ความตกลงกับหน่วยงานของรัฐ หรือกองทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการด้าน สาธารณสุขหรือการแพทย์ เพื่อสนับสนุนทางการเงินให้แก่กองทุน โดยพิจารณาตามอัตราส่วนของการ ดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของสถาบัน กับภาระการดำเนินการของหน่วยงานของรัฐหรือ กองทุนนั้น ทั้งนี้ ในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินการ กพล. อาจเสนอเรื่องให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา วินิจฉัยได้

การจ่ายเงินของหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นให้กับกองทุนตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็น การจ่ายเงินที่กระทำได้ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการเงิน

มาตรา ๑๖ เงินและทรัพย์สินตามมาตรา ๑๔ ให้เป็นของสถาบันเพื่อใช้ประโยชน์ตาม วัตถุประสงค์ของกองทุน

การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหา ผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบที่ กพล. กำหนด

ให้นำความในมาตรา ๑๔ มาใช้บังคับโดยอนุโลมกับการจัดหางบการเงิน การสอบบัญชี และประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของกองทุน

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก หน้า ๑๕
ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

หมวด ๕
โทษทางปกครอง

มาตรา ๓๗ ผู้ใดฝ่าฝืนประกาศที่ กพท. กำหนดตามมาตรา ๒๕ (๑) ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งแสนบาท

มาตรา ๓๘ ผู้ใดใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท

มาตรา ๓๙ การกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา ๓๗ และมาตรา ๓๘ ให้ กพท. คำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมแห่งการกระทำ ความเสียหายที่เกิดจากการกระทำนั้น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ กพท. กำหนด

มาตรา ๔๐ ผู้ใดใช้เข็มเข็มเกียรติ โดยไม่มีสิทธิหรือแสดงด้วยประการใด ๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะโดยที่ตนไม่มีสิทธิ ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๑ ให้โอนบรรดาอำนาจหน้าที่ กิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และเงินงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในส่วนของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับไปเป็นของสถาบัน

มาตรา ๔๒ ในวาระเริ่มแรก ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเพื่อให้มี กพท. ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

ในระหว่างที่ยังไม่มี กพท. ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ กพท. ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ปฏิบัติหน้าที่เลขาธิการสถาบัน ตามมาตรา ๔๓

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก หน้า ๑๖
ราชกิจจานุเบกษา ๖ มีนาคม ๒๕๕๑

มาตรา ๔๓ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ปฏิบัติหน้าที่เลขานุการสถาบันจนกว่าจะแต่งตั้งเลขาธิการตามพระราชบัญญัตินี้ แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๔๔ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใด ประสงค์จะไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบัน ให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขาธิการ และจะต้องผ่านการคัดเลือกและประเมินผลตามหลักเกณฑ์ที่ กพด. กำหนด ภายในสองปีนับแต่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๔๕ ข้าราชการที่ไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานของสถาบันตามมาตรา ๔๔ ให้ถือว่าเป็นการออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่ง และให้ได้รับบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการแล้วแต่กรณี

ลูกจ้างซึ่งไปปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างของสถาบันตามมาตรา ๔๔ ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความคิด และให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสถาบัน ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดที่เปลี่ยนสถานะไปตามมาตรา ๔๔ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงานของพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบัน แล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงว่าไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสาม จะต้องกระทำภายในหกสิบวันนับแต่วันที่เปลี่ยนสถานะ สำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี สำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อเลขาธิการเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์

นายกรัฐมนตรี

เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก

หน้า ๑๗
ราชกิจจานุเบกษา

๖ มีนาคม ๒๕๕๑

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว สมควรกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

ประวัติการศึกษา

นายวิโรจน์ เขมรัมย์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, พ.ศ. 2535
สาขารณศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารสาขารณสุข
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, พ.ศ. 2541
พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนาสังคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2545
ประกาศนียบัตรการบริหารธุรกิจสำหรับผู้บริหาร
สาขาวิชา Mini MBA.

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2530 - 2537
โรงพยาบาลตาลชุม
อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2537 - 2540
สำนักงานสาขารณสุขอำเภอตาลชุม
อำเภอตาลชุม จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2541 - ปัจจุบัน
สำนักงานสาขารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นักวิชาการสาขารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักงานสาขารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
เลขที่ 267/15 ถนนพรมเทพ อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ 0-8531-5908-1, 0-4526-1864
E-mail : wsemrum@gmail.com