



Policy Implementation on Emergency Medical Service System

Wirote Semrum

Doctor's degree student, Faculty of Political Science, Ubonratchathani University

Abstract

This study aims to study the factors that influence to policy implementation to ensure emergency medical service system, the effectiveness of the emergency medical service system and the method to raise the achievement levels in order to comply with the local conditions. An integrated research approach (mixed method) was employed. Quantitative samples were 1) the management of the hospital emergency medical services, the health centers under the Ministry of Public Health, the health centers under the local government, foundations and NGOs, totally of 350 people, 2) 5,480 clients in 2552 fiscal year. Qualitative samples were the target group of the 12 key Informants. The result found that factors affected to the implementation of the system were: 1) the attitude of the related officials which can explain the variability scores of the medical emergency service within 10 minutes at the highest percentage level at 46.20 percent; 2) networks supporting; 3) the public relation and promotion; 4) communication; and 5) standards and policy objectives. The effectiveness of the policy implementation of the emergency medical system had the overall average of 3.73, standard deviation equal to 0.17. When considering on the specific aspects from highest to lowest score were the standards and policy objectives, the implemented agency characteristics, the attitude of the officials, communication, dissemination and supporting network, and the support from network and partners, respectively.

Keywords : Policy implementation, Emergency medical service system

* This paper is a part of Ph.D. Dissertation



การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

นายวิโรจน์ เชมรัมย์

นักศึกษานิเทศศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ศึกษาประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติและหาแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดโรงพยาบาล สถานีนามัย องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน รวมจำนวน 350 คน 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 จำนวน 5,480 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 12 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาทีได้สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.20 2) ด้านการสนับสนุนเครือข่าย 3) ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 5) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตามลำดับ และมีการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.17 เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย เป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบายลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน ตามลำดับ

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

การสาธารณสุขมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรงพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ในการทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน กรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นต้องรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่นต่อไป แต่ปัญหาการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นที่ผ่านมาพบว่าโครงสร้างและหน่วยงานในการติดต่อประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่มีระบบการประสานข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่ง ระหว่างนำส่ง และการให้การรักษาก่อนนำส่งถึงสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นแกนหลักสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์ เมื่อมีการประสานงานที่ดี มีการส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่าง

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาเอก

รวดเร็ว ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินชีวิตด้วยการรักษาพยาบาลเมื่อจำเป็นเท่าเทียมกัน (Ministry of Public Health, 2548)

จากการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2552) ในปี 2547 พบว่า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 12 ล้านครั้งต่อปี จำแนกเป็นผู้เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน จำนวน 60,000 คน อุบัติเหตุจราจร 17,000 คน อุบัติเหตุอื่น ๆ และพิษวิทยา 13,000 คน รวมทั้งเสียชีวิตจากโรคฉุกเฉินอื่น ๆ 30,000 คน ผู้ป่วยจะมีอาการหนักมากน้อยแตกต่างกันไป ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤต (Crisis) ร้อยละ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ 28 ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติเกิดจากอุบัติเหตุจราจร จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 20 หรือประมาณ 9,000-12,000 คนต่อปี

ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตโดยไม่สมควร จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ เช่น 1) การลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย ผู้ป่วยฉุกเฉินถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยวิธีต่าง ๆ กันดังนี้ (1) นำส่งโดยญาติและผู้ประสบเหตุนำส่ง ร้อยละ 85.00 (2) นำส่งโดยมูลนิธิต่าง ๆ ร้อยละ 15.00 (3) นำส่งโดยรถพยาบาล (รัฐ และเอกชน) ร้อยละ 0.10 2) อัตราการเสียชีวิตและพิการโดยไม่สมควรเนื่องจากความล่าช้าในการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ความล่าช้าในการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี และการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม และ 3) ขาดองค์การรับผิดชอบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ซึ่งปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่ให้บริการรักษายาบาลและนำส่ง ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หน่วยงานอิสระและอาสาสมัคร การที่มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงทำให้มีรูปแบบที่หลากหลายขาดมาตรฐานทางการแพทย์ ทั้งด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งความรู้และวุฒิภาวะของบุคลากรที่ให้บริการ ไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพการบริการของหน่วยงานต่าง ๆ ได้ นโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รัฐได้กำหนดขึ้นและได้นำนโยบายไปปฏิบัติจนเกิดผลดีและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุต่างๆหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินได้มีระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ตามหลักวิชาการและส่งไปในสถานบริการที่มีการเตรียมพร้อมการช่วยเหลือด้วยวัสดุอุปกรณ์และผู้เชี่ยวชาญอย่างครบครัน ทำให้ลดการตาย ลดความพิการ และความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่านโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญและต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและรัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขยังต้องแสวงหามาตรการที่จะกระจายความสำเร็จของนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ข้อค้นพบจากการศึกษาค้นคว้านี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนา ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเพื่อยกระดับความสำเร็จของการนำนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ให้ดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
2. ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ
3. เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกสภาพพื้นที่

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 จำนวน 4 จังหวัด (ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ) ในปีงบประมาณปี 2553 หลังมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน 2551

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) โดยใช้วิธีการวิจัย

- 1) **วิจัยเชิงปริมาณ** โดยสำรวจ (Survey Research) จากผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย
- 2) **วิจัยเชิงคุณภาพ** โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดโดย นำข้อมูลเชิงคุณภาพมาตรวจสอบผลการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาข้อสรุป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขใน 4 จังหวัดของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13 ได้แก่

- 1) **ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมูลนิธิและองค์กรเอกชนจำนวน 509 คน

- 2) **ผู้รับบริการ** ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 จำนวน 109,538 คน การสุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) **ผู้ปฏิบัติการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** สังกัดโรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน รวมจำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

- 2) **ผู้รับบริการ** ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5,480 คน

กลุ่มเป้าหมายที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน จากผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัดครอบคลุม 4 จังหวัด ๆ ละ 3 คนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 13

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) **แบบสอบถามผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** สังกัดโรงพยาบาล สถานีนามัย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิหรือองค์กรเอกชน

2) **แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ**

3) **แนวคำถาม(Interview Guide)** เพื่อเป็นแนวทางในการซักถามแบบเจาะลึกสำหรับผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. หลังจากสุ่มตัวอย่างได้รายชื่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามจำนวนที่ต้องการแล้ว
2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์สำหรับผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการให้ผู้ช่วยนักวิจัยนำไปยังหน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ด้วยตนเอง
3. แบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการระดับจังหวัดด้วยตนเอง
4. หลังจากที่ได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ตอน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.1.1 **วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์วิเคราะห์ข้อมูล

1.1.2 **ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร** โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการดำเนินงานนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

1.1.3 **ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ** โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Enter และ Stepwise method

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.2.1 **ข้อมูลเบื้องต้น** โดยบันทึกประเด็นสำคัญๆ ขณะสัมภาษณ์ บันทึกภาพและฟังเทปบันทึกเสียงหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

1.2.2 **ถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์** แต่ละรายการหลังกลับจากพื้นที่โดยละเอียด

1.2.3 ผู้วิจัยได้สร้างมโนทัศน์ ของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันในรูปข้อความ จัดหมวดหมู่ของมโนทัศน์เพื่อหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงเชิงเหตุผล โดยกำหนดรหัสหมายแยกหมวดหมู่และเปรียบเทียบความเหมือนหรือแตกต่างของแต่ละมโนทัศน์

1.2.4 จัดหมวดหมู่มโนทัศน์ ว่ามีมิติ และมีสมบัติของกลุ่มมโนทัศน์เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มมโนทัศน์ต่างๆ โดยการเปรียบเทียบ

1.2.5 ตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ให้ได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎี

ผลการศึกษา

1. 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 โดยที่ชุดปฏิบัติงานมีการประชุมระหว่าง 6 ถึง 10 ครั้ง และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85

2. ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความคิดเห็นต่อการนำนโยบาย ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้านดังนี้

ตาราง 1 ความคิดเห็นต่อการนำนโยบาย ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้าน

ปัจจัยด้าน	M	S.D.	ระดับความเห็น
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	3.81	.41	มาก
2. ทรัพยากรของนโยบาย	3.42	.36	ปานกลาง
3. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	3.62	.09	มาก
4. ทักษะคติของผู้ปฏิบัติ	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

จากตาราง 1 พบว่า ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเห็นเกี่ยวกับการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.73$, $S.D. = .17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านทักษะคติของผู้ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.95$, $S.D. = .19$) รองลงมา คือ การติดต่อสื่อสาร ($M = 3.82$, $S.D. = .06$) และการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ ($M = 3.81$, $S.D. = .22$) และมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ($M = 3.81$, $S.D. = .41$) ตามลำดับ

3.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Multiple 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

จากตาราง 2 เมื่อผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว (ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คิดเป็นร้อยละ 47.1 เมื่อเรียงสัมประสิทธิ์อำนาจการทำนาย (R^2) ของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านทักษะของผู้ปฏิบัติ (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

ตาราง 3 การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

ตัวแปรพยากรณ์	B	beta	R ² change
1. ทักษะของผู้ปฏิบัติ	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			

จากตาราง 3 เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของการนำนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คิดเป็น คิดเป็นร้อยละ 46.20 เมื่อเรียงสัมพันธ์อำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ (ATTT) เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 35.60 ปัจจัยด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน (SUPT) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร (COMT) ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ (PROT) และปัจจัยด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (SDT) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

$$(Z) = .356 Z_{\text{ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ}} + .181 Z_{\text{การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน}} + .154 Z_{\text{การติดต่อสื่อสาร}} + .134 Z_{\text{การประชาสัมพันธ์เผยแพร่}} + .128 Z_{\text{มาตรฐานและ วัตถุประสงค์ของนโยบาย}}$$

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

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่

1.1 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 46.20 โดยที่บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีจิตสาธารณะ และได้รับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนดีขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า “...บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน มีความภูมิใจและรักงานกันทุกคนสังเกตจากการประชุมเพื่อทำงาน สังคมจะช่วยเหลือกันและทำงานอย่างมีความสุข เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาล (ER) ก็เช่นกัน มีความพร้อมและช่วยกันกำลังใจดี การยอมรับของประชาชนดีบ้างไม่เต็มบ้าง เช่น ไปเข้า ส่วนมากได้รับการยอมรับ เพราะว่า EMS ทุกหน่วยบริการรอรับผู้ป่วยกลับทุกราย...” หรือ “...ทัศนคติของพนักงานดีมาก มีความภาคภูมิใจ มีความสุข หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (ALS) ได้รับรางวัลระดับจังหวัด, เขตและประเทศ การยอมรับจากประชาชน ระยะเวลาไม่นานเชื่อถือ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับของประชาชนแรงจูงใจในการทำงานส่วนหนึ่งเสียสละ ภูมิใจ มีอุดมการณ์และมีค่าตอบแทนส่วนหนึ่งก็พอ

อยู่ได้สวมใส่เสื้อขาว (Uniform) แล้วภูมิใจ มีมาตรฐานเดียวกัน...” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Aeuwong, 2003; Chuchaiwuttipong, 2006; Laklang, 2007; Poonwong, 2007; Pornchai, 2006; Prungkiat, 2006; Sudcharee.1993; Summathed, 2006; Thetniyom. (1996); Upatum, 2007) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ และตัวผู้ปฏิบัติ

1.2 ด้านการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน

ทั้งนี้การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการ ส่วนครุภัณฑ์ วัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งบางครั้งก็มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ สาเหตุ เนื่องจากติดขัดเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณของทางราชการ และการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนถ่ายอำนาจทางการเมืองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผล ในส่วนนักการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น สื่อมวลชน นักวิชาการ และประชาชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ผู้บริหารสาธารณสุขได้กล่าวถึงการสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วนว่า “...เครือข่ายและหุ้นส่วนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำงานร่วมกันบริหารในรูปแบบ คณะกรรมการบริหารงานระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน, นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นรองประธาน, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และมีผู้ทรงคุณวุฒิจาก ตำรวจ นักธุรกิจ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล เป็นคณะกรรมการ

เครือข่ายและหุ้นส่วน สนับสนุนการทำงานโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด “สนับสนุนการเช่ารถพยาบาลกู้ชีพ ระยะเวลา 3 ปี มูลค่า 51.80 ล้านบาท มีการส่งเสริมให้มีการลงทุนแบบหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสนองความต้องการของชุมชน เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ของตน ส่วนประชาชนและชุมชนให้ความร่วมมือและร่วมกิจกรรมของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนโยบายโดยเฉพาะ อสม. เป็นอาสาสมัครรับแจ้งเหตุ และประชาชน ร่วมบริจาคเข้ากองทุนกู้ชีพ เป็นต้น นักการเมืองในระดับชาติและท้องถิ่น, สื่อมวลชน, นักวิชาการ ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมากสนับสนุน ทั้งงบประมาณและการประชาสัมพันธ์...” ผู้บริหารบางท่านได้กล่าวเสริมไว้ว่า “...เครือข่ายสนับสนุนชัดเจน มีพันธะสัญญา (MOU) กับป้องกันสาธารณสุขภัย (ปภ.) อาสาป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และมูลนิธิต่างในจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ละแห่งมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการโดยโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบดูแลการอบรมพนักงานและให้ช่วยเหลือในด้านทักษะต่าง ๆ ประชาชน, ชุมชนสนับสนุนอย่างดี มีการบริจาคเงินให้กองทุนกู้ชีพ มีนักการเมืองสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพบางหน่วย สื่อมวลชนช่วยกระจายข่าวเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะ วิทยุชุมชนและหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น...” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Chandarasorn (1985), Chaomuang (2006), Laklang (2007), Nitsaigla (2007), Sukapirom (2000) และ Upatum (2007) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนเครือข่ายและหุ้นส่วน และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

1.3 ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นต้องเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ หลายช่องทาง เช่น ระยะแรก ต้องจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สติกเกอร์ และ ซีดี เป็นต้น แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง สาเหตุเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรที่มีงบประมาณมาก จะมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการประเมินพบว่าประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารมาก คิดเป็นร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ส่วนขององค์กรที่ไม่มีงบประมาณในการประเมินการรับรู้ข่าวสารของประชาชน จะพิจารณาจากการที่ประชาชนใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้บริหารสาธารณสุขเน้นย้ำเรื่องนี้ว่า “...หน่วยงานต้องมีแผนงาน/โครงการประจำปีที่ชัดเจน ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดนิทรรศการ Road show, Web site เป็นต้น มีการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ในปีแรกๆจำนวนมากจาก “งบประมาณระบบ” โดยจัดทำป้ายโฆษณา วิทยุกระจายเสียง แผ่นพับ ฯลฯ มีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยเฉพาะหมายเลข 1669 เมื่อพบหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน) จากประชาชน คือ ABAC Poll ทดสอบการรับรู้ของประชาชน มากกว่า 85.00 % รู้จัก 1669...” ซึ่งบางท่านกล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า “...แรก ๆ ใช้งบประมาณมากใช้ทุกวิธีการ อาทิเช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ ฯลฯ ปัจจุบัน เริ่มสนใจกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น อายุมาก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง ควรรู้จักการเรียกใช้ 1669 จะเป็นประโยชน์อย่างมาก ซึ่งอัตราการเรียกใช้รถ 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นอุบัติเหตุ ปัจจุบันงบประมาณประชาสัมพันธ์มีน้อยต้องผสมผสานกับงานประจำอื่นๆ...” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Suwepket (1984), Summathed (2006), และ Chuchaiwuttipong, (2006) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ และการติดต่อสื่อสาร

1.4 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัตินั้น นโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความชัดเจน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่วนของตัวชี้วัด (KPI) มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้บุคลากรต้องมีการเรียนรู้ใหม่ในทุก ๆ ปี จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานได้ดีเท่าที่ควรและการปฏิบัติตามนโยบาย มีปัญหาบ้างในช่วงแรกของการปฏิบัติงานซึ่งผู้บริหารบางท่านชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของนโยบายว่า

“...ผมมีความเข้าใจในนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดีจาก หน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายนี้โดยตรง คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” โดย มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน จากหนังสือสั่งการและคู่มือการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาความร่วมมือ กับหน่วยงานรัฐ เอกชน ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใน การสื่อสารองค์กร เป็นต้น มีการกำหนดตัวชี้วัดและมาตรฐานของการบรรลุผลสำเร็จ ...” และบางท่านกล่าวว่า

“...ตัวชี้วัดมีความ สอดคล้องกับนโยบายแต่มีการเปลี่ยนแปลงทุกปี ทำให้การวัดแต่ละปีจะแตกต่างกันและเปรียบเทียบกันไม่ได้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นประเด็นที่จะมีความยาก

และมีอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ในระยะเริ่มแรกเพราะผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน และเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน...” บางท่านได้นำนโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ไปเปรียบเทียบกับการทำงานแบบเดิม แล้วชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของการกำหนดนโยบาย เช่น

“...นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินจากศูนย์เรนทร (เดิม) ชัดเจนระดับหนึ่ง แต่หลังจากปรับเปลี่ยนเป็นสำนักพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่วนตัวชี้วัด (KPI) วัดได้ แต่เปลี่ยนแปลงทุกปี ควรจะ 2-3 ปีค่อยปรับเปลี่ยนครั้งหนึ่ง นโยบายช่วงแรก ๆ การปฏิบัติ ยาก มีปัญหา และอุปสรรคมาก ต่อมาดีขึ้น ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้อย่างดี...” สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Bonnak (1993), Chaomuang (2006), Chuchaiwuttipong (2006), Laklang. (2007), Munyanon (1995), Pornchai (2006), Saisombut, (2006), Siensalai (1996), Thumhiweth (2006), Tongcow (1991), และ Upatum (2007) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และนโยบาย

1.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร

การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จนั้น การ ติดต่อสื่อสารต้องมีความรวดเร็ว โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และการติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การ ติดต่อสื่อสารภายนอกองค์กรมีปัญหาบ้าง คือ ระบบวิทยุที่ใช้ติดต่อสื่อสารมีปัญหา กรณีหน่วยงานที่ ตั้งอยู่ไกล ๆ ทั้งนี้สามารถแก้ไขปัญหามาได้โดยการใช้โทรศัพท์แทน และปัญหาอีกประการคือ ปัญหา การแย่งผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ละองค์กรส่วนใหญ่จะมีการประชุมประจำเดือนและสามารถติดต่อสื่อสาร ผ่านช่องทางต่าง ๆ หลายช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ หนังสือเวียน การประชุมประจำเดือน Website ของหน่วยงาน และ Face book เป็นต้น แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการยังมีปัญหา ดัง ผู้บริหารกล่าวว่า

“...การสื่อสารภายในไม่มีปัญหา แต่การสื่อสารกับหน่วยบริการมีปัญหา คือ ระบบวิทยุ มีปัญหา กรณีหน่วยที่อยู่ไกล ระบบสัญญาณของจังหวัดนี้ไม่ค่อยจะดี จะต้องใช้ระบบโทรศัพท์แทน ส่วนการสื่อสารประสานกันในแนวราบไม่มีปัญหา นอกจากนั้น จะมีการประชุมทุกเดือน หากไม่มี ภารกิจเร่งด่วน เพราะว่าหน่วยบริการของเรามีไม่มากสามารถพบปะสื่อสารกันได้บ่อย ๆ ตามโอกาส ต่าง ๆ อยู่แล้ว จึงทำให้การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสามารถรับรู้ได้ทุกคน อย่างทั่วถึง...” ส่วนการใช้โทรศัพท์คู่สายเป็นแนวทางที่สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังเช่น ผู้บริหารได้กล่าวเสริมว่า

“...มีระบบการติดต่อสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติการที่รวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์และวิทยุสื่อสารที่ ผ่านมายังไม่มีปัญหาแต่จะมี ปัญหาระหว่างหน่วยปฏิบัติการ คือ การแย่งผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อได้รับทราบ การสั่งการจากศูนย์สั่งการ (วิทยุ) ส่วนบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการประชุมทุกเดือน และมี วารสารแจกให้ทุกคน ทำให้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รู้เท่าเทียมกัน และตรงกันเสมอ...” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Chuchaiwuttipong (2006), Poonwong (2007), Pornchai (2006) และ Prungkiat (2006) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างองค์กร และสื่อสารมวลชน

2. ประสิทธิภาพการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

พบว่า การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทักษะของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่าย และหุ้นส่วน ตามลำดับ

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านผลของการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการได้ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 74.85 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Nirandorn (2004), Ritlert (2006) และ Prungkiat (2006) ซึ่งพบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จอยู่ในระดับมาก

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง หรือกล่าวได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ การทุพพลภาพและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกต้อง และการนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มี ระบบการรับแจ้งเหตุ มีการควบคุมทางการแพทย์ มีการจัดหน่วยปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่ได้จัดให้มีการแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในเมือง นอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินงานได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะเกิดผลที่คุ้มค่าและสามารถแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ซึ่งมีการดำเนินการในต่างประเทศมานานกว่าร้อยปีแล้ว สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการดำเนินงานในลักษณะสังคมสงเคราะห์โดยเอกชน ส่วนภาครัฐมีการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในลักษณะของโครงการนำร่องใน พ.ศ. 2547 และออกเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาครอบคลุมทุกจังหวัด เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2551 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน (Kanjanasud, 2552 : 3)

3. แนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับทุกสภาพพื้นที่ ได้แก่

3.1 ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

เป็นนโยบายที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและชุมชน เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ชัดเจนแต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริง ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ยังมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน และการกำหนดตัวชี้วัด และมาตรฐานการบรรลุความสำเร็จ มีการปรับเปลี่ยนจากสำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทุกปี ทำให้การเปรียบเทียบ หรือการปฏิบัติงาน เพื่อที่จะให้ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ในแต่ละปี ไม่สามารถดำเนินการได้ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดนี้ไว้ อย่างน้อย 3-5 ปี จึงปรับเปลี่ยนโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในคราวนั้นๆ ด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดและกำหนดเป็นวาระแห่งชาติทางยุทธศาสตร์ในการบูรณาการในทุกภาคส่วน ในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยนำกลยุทธ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับพื้นที่ต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย

3.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย

การที่สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้ตั้งเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ถือว่ารัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก และได้สนับสนุนงบประมาณแผ่นดินให้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ แต่ในการปฏิบัติจริงในระยะเริ่มแรกจนถึงปัจจุบันนี้ ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ และเหมาะสม เช่น งบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ได้รับสนับสนุนจังหวัดละ 400,000 บาท เท่ากันทุกจังหวัดทำให้จังหวัดที่มีประชากรมากไม่สามารถบริหารจัดการได้เพียงพอ รวมถึงบุคลากรทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและวัสดุ-อุปกรณ์ที่สำคัญคือ รถยนต์กู้ชีพ ซึ่งต้องจัดสรรงบประมาณส่วนอื่น ๆ 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 บาทและในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งปฏิบัติงานพื้นที่ งบประมาณที่ได้จากการปฏิบัติงานจริง คือ ได้รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจริงจึงจะเบิกงบประมาณได้ เช่น ใน 1 เดือนสามารถปฏิบัติงานรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 35-40 Case (คน) จะได้รับสนับสนุนรายละ 500 บาท ก็ประมาณ 17,500-20,000 บาท แต่รายจ่ายจริง ๆต่อหน่วยบริการประมาณ 25,000 บาท จำเป็นต้องจัดหาเงินอื่นทดแทน เช่น เงินบำรุงสถานีนอนามัยซึ่งก็ไม่เพียงพอในการบริหารจัดการในการพัฒนาสถานีนอนามัยอยู่แล้ว

การจัดสรรงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบตามกรอบที่กำหนดไว้ โดยประสานกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หรือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรหรือวิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศให้ร่วมกันผลิต เพื่อให้มีบุคลากรโดยเร็วและส่งเสริมให้บุคลากรเดิมได้มีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะทักษะการปฏิบัติงาน ความรู้ใหม่ ๆ ส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้ให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วย ส่วนวัสดุ-อุปกรณ์ ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดสรรให้ครบถ้วนให้หน่วยบริการทุกระดับ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนยานพาหนะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดที่หน่วยงาน คือ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องจัดสรรให้ครบทุกพื้นที่ สรุปว่ารัฐบาลหรือสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แห่งชาติต้องจัดสรรทรัพยากรให้ทุกหน่วยบริการ ให้เพียงพอทุกอย่าง เพื่อที่จะทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

3.3 ด้านลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติส่วนมากเป็นหน่วยงานราชการ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีการกิจตามหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนอยู่แล้ว เมื่อนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดและสร้างมาตรฐานขึ้นมาปฏิบัติอย่างชัดเจน ก็เป็นเรื่องที่ดีมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแต่หน่วยงานยังมีทรัพยากรไม่พร้อมเท่าที่ควร เช่น บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะ งบประมาณสนับสนุน แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น ทำให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติต้องทำงานซ้ำซ้อน การจัดโครงสร้างงานแยกชัดเจนไม่ได้เพราะจำนวนบุคลากรมีจำกัด ดังนั้น หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องได้รับจัดโครงสร้างที่ชัดเจนแยกเป็นสัดส่วน ระบบการสั่งการควรจะต้องสั้น กระชับรัด ค่องตัวในการประสานงานหรือสั่งการต่าง ๆ แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างชัดเจนโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ชี้แจงกฎระเบียบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน โดยมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่วนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดเอกชน เช่น มูลนิธิฯ หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.4 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีหลายระดับ เช่น แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานต่าง ๆ จึงมีทัศนคติที่แตกต่างกันแต่ส่วนมากแล้วทุกคนมีความเป็นจิตอาสา ต่อสาธารณะในการช่วยเหลือและบริการผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรต้องมีการฝึกอบรมทบทวนฟื้นฟู โดยเฉพาะการปลูกฝังทัศนคติที่ดี การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีคุณธรรม จริยธรรม มีเมตตา มีความอดทน ส่งเสริมให้ภูมิใจต่อเกียรติและศักดิ์ศรีที่ได้เป็นผู้ช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การประกาศเกียรติคุณ การมอบรางวัลในโอกาสต่าง ๆ การสนับสนุนชุดปฏิบัติงาน ที่มีมาตรฐานเดียวกัน สีขาว สวยงาม น่าเชื่อถือ สำหรับที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงาน สร้างโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยการสนับสนุนทุนการศึกษา มีโบนัสพิเศษ สำหรับผู้ปฏิบัติงานดีเด่น จัดให้มีการศึกษาดูงาน จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างหลักประกันสุขภาพและประกันชีวิตให้พนักงานทุกคน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีขวัญกำลังใจที่ดีขึ้น และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการบริการด้วยจิตบริการอันแท้จริง

3.5 ด้านการติดต่อสื่อสาร

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการปฏิบัติงานทั้งภายในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และยังเกี่ยวเนื่องถึงการติดต่อสื่อสารและการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเรื่องต่างๆ เป็นการรับรู้นโยบาย และข่าวสารการแพทย์ฉุกเฉินทุกอย่างให้มีความชัดเจนตรงกับเนื้อหาสาระของข่าวสารหรือนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น จะต้องจัดตั้งระบบการสื่อสารที่ทันสมัยและรวดเร็ว เช่น การติดตั้งวิทยุสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้สื่อสารได้ใน

ทุกพื้นที่ การใช้โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์กับหมายเลข 1669 หลายคู่สาย และควรมีเบอร์เฉพาะ เช่น 045-261669 เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าใจง่ายหรือรองรับระบบอื่น ๆ ชัดชัด จัดระบบคอมพิวเตอร์หรือเครือข่าย Internet ความเร็วสูง ให้มีการจัดทำ เว็บไซต์ Face book หรืออื่น ๆ เพื่อสื่อสารข่าวสาร หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันได้อย่างรวดเร็ว จัดทำวารสารประจำเดือน หรือต้องมีการประชุมผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ต้องมีการประสานงานเชื่อมต่อเครือข่ายอื่น เช่น ตำรวจดับเพลิง กู้ภัย วิทยุสมัครเล่น ที่ทำการปกครอง ฯลฯ เพื่อสะดวกในการประสานงานทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

3.6 ด้านการประชาสัมพันธ์เผยแพร่

การประชาสัมพันธ์นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะแรก ๆ มีการดำเนินงานกันอย่างเต็มที่ทำให้ประชาชนได้มีการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินกันมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ทั่วถึงในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และยังสับสนการให้บริการเฉพาะอุบัติเหตุเท่านั้น แต่แท้จริงให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินทุกอย่าง เช่น การแจ้งครุฑคลอด ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เกิดภาวะช็อค เป็นต้น ก็สามารถใช้บริการได้ ในทางตรงข้าม ประชาชนบางส่วนก็ไม่เข้าใจในการเรียกใช้บริการ 1669 เช่น ต้องการไปโรงพยาบาล ปวดฟัน ต้องการให้ไปส่งที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และระยะต่อมาการประชาสัมพันธ์ลดน้อยลงมาก ทำให้อัตราการเรียกใช้ลดลงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ สำนักพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบอย่างสม่ำเสมอและผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่ดีและทันสมัย ส่งให้ทุกหน่วยบริการ เช่น แผ่นพับ ป้ายโฆษณา สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง ให้ทุกหน่วยบริการ มีแผนงาน/โครงการประชาสัมพันธ์รองรับเพื่อเสนอของบประมาณและดำเนินการต่อไป และจะต้องมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากประชาชนสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

3.7 ด้านการสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วน

ปัจจุบันนี้ นโยบายต่าง ๆ ของรัฐจะประสบความสำเร็จต้องได้รับการสนับสนุนจากพื้นที่นั้น ๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน ชุมชน นักปกครอง สื่อมวลชน นักการเมือง ฯลฯ นโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายที่เกิดผลต่อประชาชน โดยตรงจึงต้องเน้นให้มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน จึงจะเกิดผลสำเร็จที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพที่แท้จริง ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ฯลฯ ให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการหรือเป็นเจ้าของหน่วยงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลจะทำให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น (โดยระบุวัตถุประสงค์และจำนวนงบประมาณให้ชัดเจน เช่น ระบุวงงบประมาณจำนวน 800,000.00 บาท นี้ให้นำไปใช้เฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลเท่านั้น และระบุขั้นตอนการใช้ให้ชัดเจน โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนอยู่แล้ว ส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตื่นตัวเห็นความสำคัญการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือดูแล แสดงความเป็นเจ้าของ ระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน เช่น การทำบุญ

กลิ่น ผ้าป่า หรือการบริจาคจากส่วนต่าง ๆ ฯลฯ เข้ามาช่วยตั้งเป็นกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินประจำท้องถิ่นนั้น ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ควรมีการตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เกิดความมั่นคงและเป็นหลักประกันความสำเร็จและคงอยู่ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินตลอดไป ควรส่งเสริมให้สื่อมวลชน นักวิชาการ พระ ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ เข้ามาระดมความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้วย

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยประกอบด้วยข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า ทศนคติของผู้ปฏิบัติส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรเน้นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในทุกด้าน ซึ่งจะทำให้ทศนคติของผู้ปฏิบัติในทุกระดับต่อนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ควรจัดค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มพูนความรู้ และเจตคติที่ดีอย่างต่อเนื่อง เชิดชูเกียรติพนักงานกู้ชีพ ให้มีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม

1.2 ผลวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายและหุ้นส่วนส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ รัฐบาลควรมีการจัดกรอบงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รับผิดชอบ หน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ๆ และจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยงานนั้น ๆ

1.3 ผลวิจัยพบว่า การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ให้ครบวงจร ในทุกสื่อและทุกรูปแบบ เช่น การโฆษณาทางโทรทัศน์ทุกช่อง จัดทำ Spot ให้กับวิทยุกระจายเสียงทุกแห่ง จัดทำแผ่นพับใบปลิว แจกจ่ายให้กับประชาชน จัดทำป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ ในทุกมุมเมืองหรือถนนทุกสาย หรือในทุกหมู่บ้านและชุมชน และควรมีการจัดการประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในทุกพื้นที่โดยหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ เช่น ABAC หรือสวนดุสิต เป็นต้น

1.4 ผลวิจัยพบว่า ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรมีการจัดตัวชี้วัดของการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและตั้งเป็นเป้าหมายในการทำงานและการปรับเปลี่ยนแต่ละครั้งควรเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจริงเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดต่าง ๆ

1.5 ผลวิจัยพบว่า การติดต่อสื่อสารส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ควรจัดทำ การเชื่อมต่อเครือข่ายให้มีเบอร์เดียวทั่วประเทศสามารถแจ้งเหตุได้ทุกอย่าง อาทิเช่น ในสหรัฐอเมริกา กด 911 แจ้งเหตุได้ทุกอย่าง และเชื่อมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว

1.6 ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับต้องให้ความสำคัญต่อนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างแท้จริง เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ลดการเจ็บป่วย ตาย หรือพิการ โดยไม่จำเป็น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดของเขตพื้นที่ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 13 (อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร และอำนาจเจริญ) เท่านั้นจึงควรมีการวิจัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขอื่น ๆ หรือภูมิภาคอื่น ๆ จะได้นำมาเปรียบเทียบและปรับปรุงนโยบายต่อไป

2.2 การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายควรมีการวิจัยซ้ำทุก ๆ 5 ปี หรือในระยะต่อ ๆ ไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินยิ่ง ๆ ขึ้นไป

2.3 จากการวิจัยผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น ซึ่งพบว่า ตัวแปรบางตัวมีน้ำหนักในการอธิบายความสำเร็จได้น้อยมากต่างกัน บางตัวไม่สามารถอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรค้นหาตัวแปรใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น

2.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการถอดบทเรียน หรือ After Action Review หรือ Outcomes mapping เพื่อหาจุดเด่น จุดด้อย และจุดที่น่าสนใจจากการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ

Reference

- Aeuwong, K. (2003). *Analysis of constructive and destructive factors associated with implementation of educational quality assurance of basic education institutes*. (Unpublished Doctorate Dissertation). Chulalongkorn University, Thailand.
- Bonnak, K. (1993). *Application of value added tax policy: Analytical study of Hotel Business phenomenon*. (Unpublished Doctorate Dissertation). National institute of Development Administration, Thailand.
- Chandarasorn, V. (1985). Policy Implementation : Model and Value .*Journal of Development Administration, 25(4)*,488-507.
- Chaomuang, D. (2006). *Problems with applying national policy for provincial strategy setting*. (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand.
- Chuchaiwuttipong, P. (2006). *The implementation of vocational education: a case study of Bangkok metropolis vocational school (Bangrak)*. (Unpublished Master's thesis), Srinakharinwirot University, Thailand.
- Laklang, B. (2007). *The Implementation of privatization policy on state enterprise : A case study of Thailand post company limited*. (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand.

- Munyanon, S. (1995). *Analysis of process of science and technology promotion in secondary school of the 7th national education plan (1992-1996)*. (Unpublished Doctorate Dissertation). Chulalongkorn University, Thailand.
- Nirandorn, J. (2004). *Policy of educational decision maker and educational quality assurance*. (Unpublished Master's thesis). Silpakorn University, Bangkok, Thailand.
- Nitsaigla, S. (2007). *Implementation of the Good Governance Policy: A Case Study of the Bangkok Metropolitan Administration*. (Unpublished Doctorate Dissertation). Ramkhamhaeng University, Thailand.
- Poonwong, T. (2007). *Factors affecting public policy implementation of reimbursed compensation fund disaster victims : a case study of fire victims Suanploopattana community*. (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand.
- Pornchai, A. (2006). *Policy implementation of people's bank program : A case study of the government saving bank head office*. (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand .
- Prungkiat, T. (2006). *Implementing Disease Control Policy on Migrant Workers*. (Unpublished Master's thesis), Srinakharinwirot University, Thailand.
- Ritlert, J. (2006). *The administration on information technology policy of schools administrators under the office of Phetchaboon educational service area 2* (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand.
- Saisombut, P. (2006). *Major Factors Affecting Policy Implementation on Juvenile Delinquent Rehabilitation*. (Unpublished Doctorate Dissertation). National Institute of Development Administration, Thailand.
- Siensalai, S. (1996). *Analysis of factors affecting practical application of Public Policy: a case study of Agricultural Land Reform policy in Thailand*. (Unpublished Doctorate Dissertation). National Institute of Development Administration, Thailand.
- Sudcharee, T. (1993). *Applying of educational college policy: Case study of Southern Esan College*. (Unpublished Doctorate Dissertation), National Institute of Development Administration, Thailand.
- Sukapirom, R. (2000). *Analysis of Factors associated with practical application of education policy: A case study of basic education expansion policy*. (Unpublished Doctorate Dissertation), Chulalongkorn University, Thailand.

- Summathed, J. (2006). *The implementation of personnel policy: A case Study of Professional Nurses* (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand.
- Suwepket, S. (1984). *Human Reproduction and Population Planning*. Bangkok: Reunkeaw Printing.
- Thetnyom, S. (1996). *Factors affecting the success of practical application of Family Planning Policy*. (Unpublished Doctorate Dissertation). National Institute of Development Administration, Thailand.
- Thumhiweth, N. (2006). *Analysis of Factors related to practical application of education quality assurance for educational institutes in Ministry of Public Health*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Burapha University, Thailand.
- Tongcow, K. (1991). *Analysis of factors associated to the success of public policy application: Case study of campaign policy for national learning* (Unpublished Doctoral Dissertation). National Institute of Development Administration, Thailand.
- Upatum, N. (2007). *Factors Influencing The Implementation of Health Promotion policy*. (Unpublished Master's thesis). Srinakharinwirot University, Thailand.