



รายงาน

โครงการ การศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาลของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาสู่ระบบต้นแบบ และ
การพัฒนาระบบดัชนีชี้วัดหลักของระบบ

The Good Practices towards the Pre-Hospital Emergency Medical Services (EMS)
System of Communities and Local Government Authorities for the Development of
Model and Performance Indicators (PIs)

ฉบับที่ 1.1 การศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาล

โดย ดร. รัชชนา สินธวาลัย และคณะ
ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)



รายงาน

โครงการ การศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาลของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาสู่ระบบต้นแบบ และ
การพัฒนาระบบดัชนีชี้วัดหลักของระบบ

The Good Practices towards the Pre-Hospital Emergency Medical Services (EMS)
System of Communities and Local Government Authorities for the Development of
Model and Performance Indicators (PIs)

ฉบับที่ 1.1 การศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
โรงพยาบาล

โดย ดร. รัชชนา สินธวาลัย และคณะ
ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)
เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย การศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาระบบต้นแบบและการพัฒนาระบบดัชนีชี้วัดหลักของระบบฯ ฉบับนี้ สำเร็จและสมบูรณ์ลงด้วยดี ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่คณะวิจัยด้วยดีเสมอมาจาก นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล ที่ปรึกษาทางวิชาการโครงการฯ รวมทั้งทีมงานสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนโครงการวิจัยฯ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

คณะวิจัยขอขอบคุณ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของทุกจังหวัดที่คณะวิจัยได้ไปศึกษา ได้แก่จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด หน่วยปฏิบัติการทุกระดับ สมาคม มูลนิธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดซึ่งไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วน ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และอนุเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการพัฒนาระบบฯ

โครงการวิจัยฯ นี้ จะไม่สามารถเป็นไปได้อีกหากไม่ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะวิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณ ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้โอกาสในการศึกษาและทำวิจัยครั้งนี้

คณะวิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกถึงแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ตและสงขลา จากนั้นคณะวิจัยได้พิจารณาเลือกกรอบแนวคิดที่ใช้ในการถอดบทเรียนแนวทางการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด ซึ่งคณะวิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) กรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นการมองเชิงระบบ และทำให้เห็นการเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบย่อย จากกรอบแนวคิดจึงนำไปสู่การถอดบทเรียนในการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด โดยได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นภาพการดำเนินงานของทั้ง 6 จังหวัดตามกรอบ MBNQA ต่อมาจึงเป็นการสรุปหาแนวปฏิบัติที่โดดเด่นเพื่อเป็นตัวอย่างในการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานได้อาศัยกรอบของ MBNQA เป็นหลัก แม้ว่าทั้ง 6 จังหวัดจะมีผลการดำเนินงานในระดับที่แตกต่างกัน (อ้างอิงข้อมูลผลการดำเนินงานของศูนย์เรนธร กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 เป็นเกณฑ์ในการเลือกจังหวัด)แต่โดยภาพรวมของปัญหาและอุปสรรคไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือแม้จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานดีที่สุดระดับประเทศก็ยังคงมีปัญหาในหมวดการจัดการกระบวนการ บุคลากร และการมุ่งเน้นผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในจังหวัดอื่นๆ นอกจากนี้ปัญหาที่สะท้อนจากการการสำรวจประชาชนทั้งกลุ่มที่เคยรับและไม่เคยรับบริการด้วยแบบสอบถาม พบว่าปัญหาการประชาสัมพันธ์ที่ไม่ทั่วถึง และคุณภาพในกระบวนการให้บริการเป็นปัญหาที่พบเหมือนกันทั้ง 6 จังหวัด มุมมองดังกล่าวสะท้อนในสิ่งที่คณะวิจัยพบว่า ทุกจังหวัดต่างมีรูปแบบการพัฒนาระบบฯ ที่หลากหลายและน่าสนใจ โดยไม่ได้ทำให้ผู้เก็บข้อมูลรู้สึกถึงความแตกต่างของระดับผลลัพธ์การดำเนินงาน กล่าวคือทุกจังหวัดต่างมุ่งหน้าพัฒนาระบบฯ เพื่อแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด การพัฒนาระบบฯ จึงยังเป็นประเด็นที่ทุกจังหวัดดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แนวทางการพัฒนาระบบฯ ที่น่าสนใจจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะจังหวัดที่ผลการดำเนินงานดีเท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ ผลลัพธ์จากงานวิจัยจึงสรุปออกมาเป็น 2 ส่วนกล่าวคือ (1) กรอบแนวคิด MBNQA ที่ใช้กับงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คณะวิจัยมองว่ากรอบ MBNQA ดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ได้วิเคราะห์ในเชิงองค์รวม เพื่อเห็นองค์ประกอบย่อยที่อาจมองข้าม (2) ตัวอย่างแนวปฏิบัติที่โดดเด่นในพื้นที่กรณีศึกษาทั้ง 6 แห่ง คณะวิจัยมองว่าจะเป็นประโยชน์ให้กับจังหวัดอื่นๆ ที่กำลังพัฒนาระบบฯ ได้นำไปเป็นแบบอย่างหรือขยายผลต่อไป โดยเฉพาะการไม่ได้เจาะจงตัวอย่างแนวปฏิบัติจากจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง จะเป็นการสร้างกำลังใจให้ทุกจังหวัดเห็นถึงศักยภาพของตนในการพัฒนาระบบฯ ต่อไป

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาต้นแบบ รางวัลคุณภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา

Executive Summary

To this research, it is to consider the good practices of pre-hospital emergency medical service (EMS) system. By an in-depth interview with responsible units, story telling and lessons learnt can contribute the big picture of their EMS practices in 6 areas (provinces); KhonKhan, Ubonratchathanee, Lumpang, Petchaburi, Phuket and Songkhla. Initially, the research team has to choose the modeling framework. Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) is chosen; since it represents wisely for what are key elements in the system and how those are integrated for a holistic view. Subsequently, the practices of the EMS system in 6 areas are captured. Besides, the summary of good practices classified by elements of MBNQA is considered prior to shorten the learning curve or speed-up the practices in other areas.

Respectively, MBNQA is applied as a framework for ascertaining the factors contributing the success and the key obstacles in the practices of each area. However, it is interesting that the practices of 6 areas, which have the diverse levels of success, tend to have indifferent obstacles. Even, the most success area in Thailand encounters the problems in 'Process Management', 'Workforce Focus' and 'Customer Focus', which are similar in other areas. Additionally, the survey of people who either use or never use the EMS in 6 areas results in the same problems, which are 'insufficient promotion for the service' and 'inefficient service processes'. Besides, the research team pinpoints that by completing the data collection and analysis, the lesson learnt and practices in all areas are all remarkable. The differences in success rate are insignificant. In other words, the practices and lessons learnt should not be limited only the success areas. Every area puts their attempts to improve the EMS system and their diverse practice should be valued as meaningful knowledge.

Therefore, the results of this research are concluded as two issues. (1) The guideline for MBNQA application in the EMS system. The modeling framework enables the responsible units to analyze the service system for a holistic view. Indeed, the analysis can point out the elements of underemphasized. (2) The story telling from effective practices. This is an attempt to shorten the learning curve prior to speed-up the practices in any areas. Significantly, the effective practices, which are not limited only in the success areas, can cheer up any areas to improve their performances of practices.

Keywords: Emergency Medical Service, Modeling, MBNQA

คำนำ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยการลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกถึงแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา จากนั้นคณะวิจัยได้พิจารณาเลือกกรอบแนวคิดที่จะมาใช้ในการถอดบทเรียนแนวทางการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด ซึ่งคณะวิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) ในการวิเคราะห์การดำเนินงานของแต่ละจังหวัด โดยกรอบแนวคิดนี้เป็นการมองเชิงระบบทำให้เห็นการเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบย่อย

คณะวิจัยจึงหวังว่ากรอบ MNBQA ดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ได้พิจารณางาน ในเชิงองค์รวมหรือมองเห็นองค์ประกอบย่อยที่อาจจะเลยความสำคัญไป นอกจากนี้คณะวิจัยเชื่อว่าแนวปฏิบัติที่ได้วิเคราะห์และสรุปจากพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัดคงเป็นประโยชน์ให้กับจังหวัดอื่นๆ ที่กำลังพัฒนาระบบฯ ได้นำไปเป็นแบบอย่างหรือขยายผลต่อไป

คณะวิจัย

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(6)
รายการตาราง	(8)
รายการรูป	(9)
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	4
1.3 ขอบเขตงานวิจัย	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. ทบทวนเอกสาร	8
2.1 คำนิยาม หลักการและการดำเนินงานของระบบฯ	8
2.2 แนวคิดการจัดการระบบฯ ในรูปแบบต่างๆ	17
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับ Organizational Excellence Model	23
2.4 กรณีศึกษาการประยุกต์ใช้รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award : MBNQA)	37
3. วิธีการศึกษา	46
3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา	46
3.2 ขั้นตอนในการศึกษา	47
4. ผลการศึกษา	52
4.1 การประยุกต์ใช้กรอบ MBNQA สู่แนวทางการปฏิบัติในการจัดระบบฯ	52
4.2 แนวปฏิบัติงานระบบฯ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด	64
4.3 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา	114
4.4 ปัญหาในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา	123
4.5 การประเมินผลวิจัยจากเวทีนำเสนอ	133

สารบัญ (ต่อ)

5. ผลการศึกษาการรับรู้ ทศนคติและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ	136
5.1 บทนำ	136
5.2 วิธีการศึกษา	136
5.3 ผลการศึกษา	140
6. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	224
6.1 สรุปผลการดำเนินงาน	224
6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยปรับใช้จริง	228
6.3 บทเรียนจากการดำเนินงาน	229
6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	230
6.5 ข้อเสนอแนะในการต่อยอดงานวิจัย	231
เอกสารอ้างอิง	234
ภาคผนวก ก. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดขอนแก่น	ก.1
ภาคผนวก ข. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดอุบลราชธานี	ข.1
ภาคผนวก ค. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดลำปาง	ค.1
ภาคผนวก ง. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดเพชรบุรี	ง.1
ภาคผนวก จ. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดภูเก็ต	จ.1
ภาคผนวก ฉ. การดำเนินงานระบบฯ จังหวัดสงขลา	ฉ.1
ภาคผนวก ช. ตัวอย่างแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการจัดการระบบฯ จากเวทีนำเสนอ	ช.1
ภาคผนวก ซ. รายชื่อผู้เข้าสัมภาษณ์และร่วมทวนสอบในแต่ละจังหวัด	ซ.1
ภาคผนวก ฌ. ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ และความพึงพอใจต่อระบบฯ และผลการสำรวจเบื้องต้น	ฌ.1
ภาคผนวก ญ. ผลการสำรวจการรับรู้ และความพึงพอใจต่อระบบฯ และผลการสำรวจเบื้องต้น	ญ.1
คณะทำงาน	

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1.1 ผลการดำเนินงานระบบฯ ปี 50	3
1.2 แสดงกลุ่มจังหวัดตามเกณฑ์ร้อยละผลการดำเนินงาน	5
1.3 ผลการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม	5
2.1 เกณฑ์รางวัลคุณภาพที่พัฒนาจาก MBNQA ของประเทศต่าง ๆ	25
4.1 ภาควิชาเครือข่ายและภาควิชาสนับสนุนของระบบฯ ในแต่ละจังหวัด	68
4.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม	76
4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา	103
4.4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	134
4.5 แสดงความคิดเห็นต่อการประยุกต์ใช้ MBNQA ในงานระบบฯ	134
5.1 -5.24 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดขอนแก่น	141 - 154
5.25 – 5.48 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดอุบลราชธานี	155 - 167
5.49 – 5.70 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดลำปาง	169 - 181
5.71 – 5.94 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดเพชรบุรี	183 - 195
5.95 – 5.113 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดภูเก็ต	197 - 207
5.114 – 5.136 รายการผลการศึกษา การศึกษาการรับรู้ ทักษะและความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ จังหวัดสงขลา	209 -223

รายการรูป

รูปที่		หน้า
2.1	Star of Life แสดงลักษณะการดำเนินงานของระบบฯ 6 ขั้นตอน	13
2.2	กรอบแนวคิดของ TQA ซึ่งปรับจากกรอบโครงสร้างของ MBNQA	25
2.3	โครงสร้างของเกณฑ์การประเมินคุณภาพ SEPA	30
2.4	กรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล และระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล	32
2.5	กรอบระบบคุณภาพของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ	35
3.1	ขั้นตอนการศึกษา	47
3.2	โครงสร้าง MBNQA	48
4.1	การประยุกต์ใช้กรอบ MBNQA ในระบบฯ	52
4.2	ตัวอย่างสื่อประชาสัมพันธ์จังหวัดภูเก็ต	78
4.3	ห้องสำหรับการรับแจ้งเหตุของโรงพยาบาลศรีนครินทร์	88
4.4	ศูนย์รับแจ้งเหตุขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง	89
4.5	ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยวขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต	89
4.6	อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่มอบให้แก่หน่วยปฏิบัติการ	90
4.7	การสำรวจอุปกรณ์ปฐมภูมิของมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต	90
4.8	ระบบงาน (Work System) ของงานการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต	92
4.9	อุปกรณ์ต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมต่อเหตุการณ์ภัยพิบัติ	94
4.10	การปฏิบัติ โดยใช้เทคนิค Table-top exercise	95
4.11	การฝึกซ้อมร่วมกันระหว่างทางน้ำกับทางอากาศของกองทัพอากาศที่ 3	95
4.12	รถตู้พยาบาลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา	97
4.13	รถตู้พยาบาลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี	97
4.14	บัตรประจำตัวพนักงานกู้ชีพ	97
4.15	ระบบ GPS ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต	98
4.16	ระบบ GPS ของมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต	98
4.17	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดขอนแก่น	115
4.18	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดอุบลราชธานี	116
4.19	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดลำปาง	117

รายการรูป

รูปที่		หน้า
4.20	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดเพชรบุรี	118
4.21	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดภูเก็ต	119
4.22	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดสงขลา	120
4.23	ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษา	122
4.24	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดขอนแก่น	124
4.25	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดอุบลราชธานี	125
4.26	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดลำปาง	126
4.27	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดเพชรบุรี	127
4.28	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดภูเก็ต	128
4.29	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดสงขลา	129
4.30	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ พื้นที่ศึกษา	132
5.1	แสดงตัวอย่างการจับฉลากแบ่งโซนพื้นที่แต่ละจังหวัด	139
5.2	แสดงการเก็บตัวอย่างประชาชน ในแต่ละพื้นที่ตำบล ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง	139
5.3	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดขอนแก่น	140
5.4	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดอุบลราชธานี	154
5.5	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดลำปาง	168
5.6	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดเพชรบุรี	182
5.7	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดภูเก็ต	196
5.8	กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดสงขลา	209

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), 2547 หนึ่งในสี่หรือร้อยละ 25 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดมาจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย ออสเตรเลีย แคนาดา กรีซ เยอรมัน อิหร่าน เม็กซิโก นิวซีแลนด์ เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (S.R. Bahman et. al, 2550) สำหรับประเทศไทยนั้น มีการสำรวจพบจำนวนผู้บาดเจ็บฉุกเฉินสูงถึง 4 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีประมาณ 6,000 คนที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลหรือที่จุดเกิดเหตุ จากสาเหตุดังกล่าวมีความจำเป็นที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้สูงถึง 9,000 - 12,000 คนต่อปี (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2549)

ในประเทศไทยมีการจัดให้บริการสุขภาพฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบป้องกันสุขภาพฉุกเฉิน ทั้งนี้พบว่าระบบป้องกันสุขภาพฉุกเฉินช่วยลดสาเหตุของการเสียชีวิตได้มากกว่าระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการไม่ว่าจะเป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายจราจร ปริมาณงานที่มากเกินไปเกินอัตรากำลัง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคน เช่น พฤติกรรม การขับขี่ เป็นต้น (สันต์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2544) นอกจากนี้การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากภัยธรรมชาติจัดเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย เช่น เหตุการณ์ภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนอย่างรุนแรง ด้วยเหตุนี้ทีมแพทย์สวีเดนที่เข้ามาช่วยเหลือภายหลังเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวได้จัดทำรายงานสรุปสถานการณ์และการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยพบปัญหาในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ มีสาระสำคัญดังนี้ 1) ระบบประสานงาน การควบคุมระดับชาติไม่เข้มแข็ง 2) ไม่มีศูนย์สั่งการทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับภาค และระดับจังหวัด 3) ประชาชนยังไม่รู้จักระบบฯ และหมายเลขที่ใช้ในการติดต่อ 4) อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดการอบรม 5) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีดีเท่าที่ควร และ 6) ระบบขนส่งไม่ครอบคลุมทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ (THAI SWEDISH EMS Collaboration, 2548) จากข้อเท็จจริงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ระบบฯ ของประเทศไทยต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ซึ่ง

จะต้องกำหนดให้เป็นแผนงานระดับชาติ เพื่อผลักดันให้มีการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในระบบฯ ให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งประเทศโดยเร็ว

แม้ว่าประเทศไทยมีหลายหน่วยงาน เช่น มูลนิธิหรือองค์กรการกุศลต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการกู้ชีพ และการกู้ภัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 ตลอดจนการพยายามผลักดันการพัฒนาระบบฯ ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) โดยมีการจัดตั้งศูนย์กู้ชีพบนเรือ โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2538 ทำหน้าที่รับผิดชอบงานการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร และเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุในระดับประเทศ แต่ระบบฯ ก็ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศให้งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานครอบคลุมทั่วทั้งประเทศอย่างจริงจัง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2544-2549) (อนุชา เศรษฐเสถียร, 2551) จึงทำให้ระบบฯ เริ่มได้รับการพัฒนาขึ้นมาอีกครั้ง

โดยจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบฯ ทั่วทั้งประเทศ คือ การได้รับจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินการพัฒนาระบบฯ ในอัตรา 10 บาทต่อหัวประชากรในปี พ.ศ. 2546 จากนั้นในปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2544 - 2549) กระทรวงสาธารณสุขจัดทำและประกาศแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบฯ อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมมากที่สุด ยิ่งไปกว่านั้นในต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2555) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551 จากนั้นจึงตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อพระราชบัญญัติดังกล่าวที่บัญญัติให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีคุณภาพ โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551) ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงให้กับระบบฯ ของประเทศไทยตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

แต่ทั้งนี้ การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังประสบปัญหาในการบริหารจัดการระบบฯ แม้ว่าได้พยายามผลักดันให้มีการบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และการมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตผู้ป่วยประสบเหตุได้มากขึ้นก็ตาม แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้การให้บริการขาดประสิทธิภาพและไม่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ทั้งในด้านการปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทักษะของบุคลากร การประสานงานที่ดีในการแจ้งเหตุและการรับส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านโครงสร้างกลไกและการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน การบริหารด้านการเงินและการคลังที่ชัดเจน (สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549) ส่งผลให้การพัฒนา ระบบฯ ในแต่ละจังหวัดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เห็นได้จากผลการดำเนินงานของจังหวัดน่าน¹ ซึ่ง 6 ใน 7 จังหวัดน่าน² ดังกล่าว (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร²) เริ่มพัฒนาระบบฯ อย่างเป็นทางการในช่วงเวลาใกล้เคียงกันแต่ผลการดำเนินงานแตกต่างกันมาก ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ผลการดำเนินงานระบบฯ ปี 2550

จังหวัด	ประชากร (คน)	ร้อยละผลการดำเนินงาน ³
ขอนแก่น	1,744,646	61.01
นครราชสีมา	2,543,053	30.80
เพชรบุรี	452,506	20.74
ลำปาง	777,826	20.41
สงขลา	1,291,965	13.74
นครสวรรค์	1,077,632	13.64

ที่มา : ข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 50

¹ 7 จังหวัดน่าน² ได้แก่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ ลำปาง เพชรบุรี และสงขลา

² กรุงเทพมหานครเป็นเขตปกครองพิเศษของประเทศไทย โดยมีได้มีสถานะเป็นจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในระบบฯ ค่อนข้างที่จะแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลผลการดำเนินงานระบบฯ ที่ได้รับจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ไม่ปรากฏผลดังกล่าว คณะวิจัยจึงไม่สามารถนำมาพิจารณา

³ ร้อยละของจำนวนครั้งในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2550 เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ปี 2550

ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบฯ ให้มีการดำเนินงานในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งประเทศ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 – 2555 เป็นแนวทางหลักและกรอบการดำเนินงานให้แต่ละจังหวัดนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ อีกประเด็นหนึ่งที่สามารถจัดระบบการบริหารและการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การถอดบทเรียนแนวทางปฏิบัติระบบฯ โดยศึกษาจากกลไกและรูปแบบการดำเนินงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่จังหวัดที่กำลังแสวงหาแนวทางในการพัฒนาระบบฯ ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.2.1 ศึกษากลไกและรูปแบบการดำเนินงานในการให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Emergency Medical Service) ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา

1.2.2 ศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบฯ

1.3 ขอบเขตงานวิจัย

การกำหนดขอบเขตงานวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1.3.1 การกำหนดพื้นที่ศึกษา

คณะวิจัยได้กำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา ในการเลือกพื้นที่ศึกษาดังกล่าวได้พิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.3.1.1 พิจารณาจากผลการดำเนินงาน และจัดกลุ่มจังหวัดโดยใช้ ร้อยละผลการดำเนินงานระบบฯ ปี 2550 (ร้อยละของจำนวนครั้งในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2550 เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ปี 2550)

จากนั้น คณะวิจัยทำการจัดกลุ่มพื้นที่ศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ร้อยละผลการดำเนินงาน ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงกลุ่มจังหวัดตามเกณฑ์ร้อยละผลการดำเนินงาน

กลุ่ม	ร้อยละผลการดำเนินงาน
กลุ่ม A คือ กลุ่มที่ดำเนินการได้ดี	>21
กลุ่ม B คือ กลุ่มที่ดำเนินการได้ปานกลาง	$15 < x < 21$
กลุ่ม C คือ กลุ่มที่ดำเนินการบกพร่อง	≤ 15

1.3.1.2 พิจารณาจากพื้นที่ 7 จังหวัดนำร่องของระบบฯ ได้แก่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ ลำปาง เพชรบุรี และสงขลา ควบคู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงาน เช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประชากร และความครอบคลุมทุกภูมิภาค เป็นต้น โดยเลือกพื้นที่ศึกษา กลุ่มละ 2 จังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 ผลการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม

พื้นที่	จังหวัด	ร้อยละผลการดำเนินงาน ⁴	ประชากร (คน)	หมายเหตุ
A1	ขอนแก่น	61.01	1,744,646	อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่องและมีผลการดำเนินงานอันดับ 1 ของประเทศ
A2	อุบลราชธานี	53.46	1,768,935	ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่อง แต่มีการดำเนินงานที่ก้าวหน้าโดดเด่น จนมีผลการดำเนินงานเป็นอันดับ 2 ของประเทศ
B1	ลำปาง	20.41	777,826	อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่องเป็นจังหวัดในภาคเหนือมีจำนวนประชากรสูง
B2	เพชรบุรี	20.74	452,506	อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่อง และเป็นจังหวัดที่เป็นประตูระหว่างภาคกลางและภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย

⁴ “ร้อยละของจำนวนครั้งในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2550 เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ปี 2550” ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ตารางที่ 1.3 ผลการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม (ต่อ)

พื้นที่	จังหวัด	ร้อยละผลการดำเนินงาน ⁵	ประชากร (คน)	หมายเหตุ
C1	ภูเก็ต	15.66	289,073	ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่อง แต่มีการพัฒนาที่ก้าวกระโดดโดยเฉพาะหลังเหตุการณ์สึนามิ และเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคใต้
C2	สงขลา	13.747	1,291,965	อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่องและมีผลการดำเนินงานสูงสุดในเขตภาคใต้ตอนล่าง

จากตารางที่ 1.3 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี และภูเก็ต ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม 7 จังหวัดนำร่อง แต่คณะวิจัยเลือกด้วยเหตุผลของความครอบคลุมทุกภูมิภาค และระบบฯ ของจังหวัดดังกล่าวมีพัฒนาอย่างก้าวกระโดด ซึ่งจะเห็นได้จากจังหวัดอุบลราชธานีมีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นหลายเท่าในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2550 (อนุชา เศรษฐเสถียร, 2551) ในส่วนของจังหวัดภูเก็ต ก็มีการพัฒนาระบบฯ อย่างก้าวกระโดดเช่นกัน เนื่องจากเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคใต้ ซึ่งต้องสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัย และการสาธารณสุขให้นักท่องเที่ยว อีกทั้งภายหลังเกิดเหตุการณ์สึนามิ ทำให้มีทีมแพทย์ และองค์กรต่างประเทศ เช่น ประเทศสวีเดน องค์การอนามัยโลก องค์การกาชาดสากล เป็นต้น เข้ามามีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาระบบฯ ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

1.3.2 การกำหนดขอบเขตการศึกษา

ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอน คือ การพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) โดยเน้นกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การพบเหตุไปจนถึงการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) เท่านั้น นอกจากนี้ คณะวิจัยได้ศึกษาการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคี

⁵ “ร้อยละของจำนวนครั้งในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2550 เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ปี 2550” ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

เครือข่ายต่างๆ ตลอดจนการจัดระบบฯ บริการภายใน นั่นคือ การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงไปยังห้องฉุกเฉินในเชิงผลกระทบ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในภาพรวม

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แนวปฏิบัติระบบฯ ในระดับจังหวัดที่สามารถนำมาใช้แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานในระบบฯ ภายในจังหวัดได้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนเอกสาร

การถอดบทเรียนแนวทางการปฏิบัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Emergency Medical Service) คณะวิจัยได้ศึกษาเอกสาร บทความ หนังสือ และ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยอธิบายรายละเอียดครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 คำนิยาม หลักการและการดำเนินงานของระบบ ฯ
- 2.2 แนวคิดการจัดการระบบฯ ในรูปแบบต่างๆ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับ Organizational Excellence Model
- 2.4 กรณีศึกษาการประยุกต์ใช้รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award : MBNQA)

2.1 คำนิยาม หลักการ และการดำเนินงานของระบบ ฯ

2.1.1 คำนิยามของระบบฯ ในประเทศไทย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) มีหน่วยงานต่างๆ ให้แนวคิด คำจำกัดความของระบบฯ ไว้หลากหลาย เช่น

กระทรวงสาธารณสุข (2548) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ให้มีโอกาสขอความช่วยเหลือ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

ศูนย์เรนทร (2550) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบที่มีการจัดวางอย่างเป็นระเบียบ (Organized) ครอบคลุม (Integrated) เพื่อให้ความช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์สำหรับบุคคลแต่ละคน เพื่อเข้าถึง (Access) และเข้าสู่ (Enter) ระบบการให้ความดูแลสุขภาพในระยะเวลาอันรวดเร็ว

วิภาดา วัฒนนามกุล (2551) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การบริการผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การลำเลียงขนย้าย และนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานพยาบาลจนกระทั่งพ้นภาวะฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (2551) ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินงานให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมินการจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

จากนิยามที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การให้บริการระบบฯ เป็นการบริการทั้งนอกและในสถานพยาบาล แต่ในการศึกษาได้มุ่งเน้นในการจัดการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นนิยามระบบฯ ในที่นี้จึงหมายถึง การบริการที่ครอบคลุมระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ระบบให้คำปรึกษาฉุกเฉินและจัดหน่วยปฏิบัติการออกเหตุ การออกเหตุของหน่วยปฏิบัติการ ระบบการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และระบบการลำเลียงขนย้ายรวมถึงระบบการนำผู้ป่วยส่งมอบสถานพยาบาลที่มีความสามารถ และการปฏิบัติที่เหมาะสมปลอดภัย

2.1.2 หลักการในการจัดระบบฯ

การจัดระบบฯ ในแต่ละพื้นที่ควรจะต้องพิจารณาองค์ประกอบหลักเหล่านี้ ได้แก่ (สมชาย กาญจนสุต, 2551)

2.1.2.1 ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้ง การเรียก การถ่ายทอดข้อมูล และการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ โดยการจัดหน่วยปฏิบัติการไปดูแล หรือการจัดยานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย เช่น 1669 หรือ 191 เป็นต้น โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบโดยเร็ว ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องมีความสามารถในการให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้น และมีผู้ตัดสินใจสั่งการหรือรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการที่สามารถติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2.1.2.2 ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันที และมีช่องทางเลือกสำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้

ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ซึ่งในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารโดยใช้ช่องสัญญาณชนิด VHF ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่าย และเป็นการสื่อสารแบบเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์ที่สามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

2.1.2.3 หน่วยปฏิบัติการ ปัจจุบันได้แบ่งหน่วยปฏิบัติการเป็น 3 ระดับ ตามอาการของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ หน่วยบริการระดับสูง (Advanced Life Support: ALS) สำหรับผู้เจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่เน้นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก และหน่วยปฏิบัติการระดับชุมชนหรือเบื้องต้น (First Responder: FR) เป็นหน่วยที่ดำเนินงานโดยชุมชนในระดับท้องถิ่นเน้นหนักในเรื่องการลำเลียงขนย้ายที่ถูกต้องวิธีเป็นหลัก

2.1.2.4 การจัดแบ่งพื้นที่ (Zoning) ในแต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยปฏิบัติการที่จะเข้าถึงผู้รับบริการ ในเกณฑ์เฉลี่ยจากการคำนวณพบว่า ในสัดส่วนประชากร 100,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วนประชากร 200,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับสูง 1 หน่วย น่าจะเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ยังคงคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึง หากช้าเกินไปก็ไม่เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันอนุโลมว่า ซึ่งในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

2.1.2.5 บุคลากรและการอบรม ในการออกแบบระบบควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร (Job Description) อย่างชัดเจน และคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลัก ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน อันจะนำไปสู่การขยายผลลงสู่ท้องถิ่น เพื่อความยั่งยืนของระบบฯ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบฯ มีดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้รักษา นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบและการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระบบฯ บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันทั่วโลก
- พยาบาล ส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับ ALS โดยเป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ รวมถึงการเป็นวิทยากรและพัฒนาหลักสูตร

ในระดับต่างๆ ให้แก่หน่วยปฏิบัติการระดับต่างๆ พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตร (Thai Advanced Life Support: ATLS) พัฒนาขึ้นโดยคณะอนุกรรมการหลักสูตร

- เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้ มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Technician-Basic: EMT-B) ซึ่งพัฒนามาจากหลักสูตร EMT-B ของสหรัฐอเมริกา และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (Emergency Medical Technician-Intermediate: EMT-I) ซึ่งเทียบเท่าหลักสูตร EMT-I ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบฯ ประเทศไทย จัดทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษายาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS และ BLS
- ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder: FR) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มแรกไปถึงจุดเกิดเหตุ ซึ่งต้องมีความรู้พื้นฐานอย่างน้อย 16 ชั่วโมงเป็นขั้นต่ำ มีสมารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง โดยหากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามี ความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อเรียกหน่วยปฏิบัติการในระดับสูงกว่าออกเหตุแทน
- ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ความสามารถแจ้งรายละเอียดของสถานที่เกิดเหตุ อาการเบื้องต้นของผู้ประสบเหตุ วิธีป้องกันตนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น

2.1.2.6 กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551

2.1.2.7 การเงินการคลัง เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินงานซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

งบประมาณส่วนกลางมาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัย และภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพควรมีบทบาทในการสร้างระบบฯ และงบประมาณส่วนท้องถิ่นมาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

2.1.2.8 การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและเหมาะสม มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมได้เป็นอย่างดี

2.1.2.9 การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบฯ เป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน ซึ่งชุมชนควรมีส่วนร่วมในการบริหารและพัฒนาระบบฯ เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการระบบฯ ในระดับท้องถิ่นและทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ่อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น

2.1.2.10 มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม โดยระบบฯ ในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันทั้งหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางโดยคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม ในขณะเดียวกันคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียด เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

2.1.2.11 ระบบข้อมูล ควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต (Internet) เป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศ

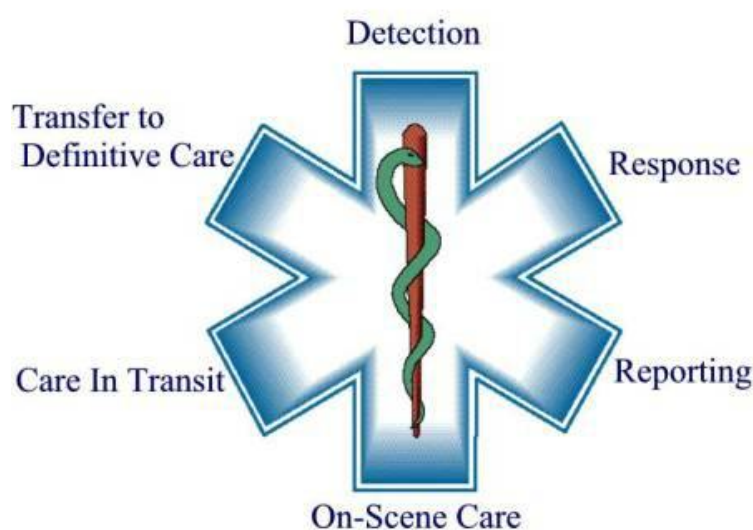
2.1.2.12 การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ อีกทั้งยังสะดวกต่อการควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

2.1.2.13 การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ในการออกเหตุอาจเป็นบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ แต่จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า เกณฑ์แนวปฏิบัติ (Protocol) และ คำสั่งการรักษามาตรฐาน (Standing Order) ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย (Medical Director) หรือโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

2.1.2.14 การประเมินผล เป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบฯ ไม่สามารถให้บริการได้โดยไม่มีระบบการประเมินจากบุคคลภายนอกหรือประชาชน เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่ผิดพลาด ประสงค์ และมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

2.1.3 การดำเนินงานของระบบฯ

กระบวนการหลักในการดำเนินงานของระบบฯ อาศัยแนวคิด Chain of Survival และ Star of Life ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของระบบฯ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในสากล ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ดังแสดงในรูปที่ 2.1 มีรายละเอียดมีดังนี้ (วงศา เลหาศิริวงศ์ และคณะ, 2549; สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550; วิทยา ขาติบัญญัติชาชัย, 2551; อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร, 2551; สมชาย กาญจนสุต, 2551; Beaufort County Emergency Medical Services, 2552)



รูปที่ 2.1 Star of Life แสดงลักษณะการดำเนินงานของระบบฯ 6 ขั้นตอน

ที่มา: Beaufort County Emergency Medical Services, 2552

2.1.3.1 การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แต่ทำให้การรักษาทันต่วงที่ก็อาจช่วยลดการเสียชีวิต ความพิการ หรือทุพพลภาพได้ การทราบถึงการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเร็วที่สุด จึงเป็นสิ่งสำคัญประการแรก ดังนั้นผู้พบเหตุจะต้องสามารถแจ้งเหตุได้รวดเร็ว

2.1.3.2 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็ว โดยผู้แจ้งเหตุจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสม รวมถึงการรับแจ้งเหตุและสั่งการ (Command and Control) ที่มีความพร้อม ทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือและระบบสื่อสาร ซึ่งในประเทศไทยมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Command and Control Center) ทั่วทั้งจังหวัดที่มีการจัดตั้งระบบฯ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด หรืออาจตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เช่น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น โดยในการสื่อสารจะใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เป็นหลักในการติดต่อ ซึ่งการสื่อสารภายในจังหวัดจะต้องมีระบบสื่อสารอย่างน้อย 2 ระบบ คือ โทรศัพท์หมายเลข 1669 และวิทยุสื่อสาร เป็นต้น โดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงประกอบด้วย

- แพทย์ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและตัดสินใจแก้ปัญหาของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กรณีที่บุคลากรของหน่วยปฏิบัติการที่ออกเหตุไม่สามารถดูแลหรือแก้ปัญหาได้ โดยที่แพทย์ไม่จำเป็นต้องประจำตลอด 24 ชั่วโมง
- พยาบาล ทำหน้าที่ สั่งการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Emergency Medical Dispatcher: EMD) เป็นบุคลากรประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กรณีที่เจ้าหน้าที่รับโทรศัพท์ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการประสานงานมอบภารกิจให้บุคลากรของหน่วยปฏิบัติการได้ การติดตามผลการออกเหตุโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องผ่านการอบรมหลักสูตร EMD เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่
- เจ้าหน้าที่รับโทรศัพท์ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หมายถึงทำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติงาน ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยสามารถให้คำแนะนำ หรือสั่งการมอบภารกิจแก่หน่วยปฏิบัติการ

กรณีที่ไม่ยุ่งยากหรือผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการไม่รุนแรงตามคู่มือปฏิบัติงาน
ทางการแพทย์ที่กำหนดไว้

2.1.3.3 การออกเหตุของหน่วยปฏิบัติการ (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งเดิม
แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ALS และ BLS และในปี พ.ศ. 2544 จังหวัดขอนแก่นได้มีการทดลองจัด
หน่วยปฏิบัติการระดับต่ำบลิ้นเป็นแห่งแรกในระดับ FR และมีการกำหนดแผนพัฒนาระบบฯ ให้
ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ในช่วง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ดังนั้น ในประเทศไทยจึงมี
หน่วยปฏิบัติการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลทั้งสิ้น 3 ระดับ คือ หน่วย
ปฏิบัติการระดับ ALS BLS และ FR ตามลำดับ หน่วยปฏิบัติการทั้ง 3 ระดับต้องมีความพร้อม
เสมอที่ออกเหตุตามคำสั่ง และต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
กำหนด เช่น ระยะเวลาในการออกเหตุ ระยะเวลาเดินทาง เป็นต้น โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัด
แยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง หรือตามความประสงค์ของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติ แล้วสั่ง
การให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติงาน

2.1.3.4 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วย
ปฏิบัติการทำการประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยของตนและคณะประเมินสภาพ
ผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับ
มอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบฯ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่า จะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิด
เหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.1.3.5 การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่
สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน
ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการ
ประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ การปฏิบัติงานบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียง
นำส่ง

2.1.3.6 การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive Care) มีผลต่อผู้ป่วย
ฉุกเฉินเป็นอย่างมาก ในการนำส่งต้องอยู่ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้
เจ็บป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ มิฉะนั้นแล้ว จะเสียเวลาไปกับความไม่พร้อมของ
สถานพยาบาลนั้นๆ จะนำไปสู่การสูญเสีย หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

2.1.4 บุคลากรในระบบฯ

ประกอบด้วยบุคคลจากหลายหน่วยงาน โดยภาระหน้าที่ บุคคลเหล่านี้อาจไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทยให้บริการโทรศัพท์เพื่อแจ้งเหตุแก่ศูนย์รับแจ้งเหตุ ยามรักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่สื่อสาร และเจ้าหน้าที่กู้ชีพระดับต่างๆ บุคคลเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมชาย กาญจนสุด, 2550 และวิภาดา วัฒนนามกุล, 2551) มีดังนี้

2.1.4.1 เจ้าหน้าที่กู้ชีพ (First Responder) คือ เจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ ทำหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉินเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะเดินทางมาถึง ซึ่งเจ้าหน้าที่กู้ชีพต้องมีความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นต้น โดยประเมินความรู้สึกตัว ทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียน โดยยึดหลักการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐาน โดยเนื้อหาหลักสูตรจะครอบคลุมการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น เน้นความถูกต้องรวดเร็วในการลำเลียงขนย้ายมากกว่าการรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ใช้ระยะเวลาในการอบรม 16 ชั่วโมง

2.1.4.2 เวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Emergency Medical Technician-Basic: EMT-B) มีความสามารถในระดับสูงกว่าเจ้าหน้าที่กู้ชีพ สามารถให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินที่หลากหลายมากขึ้น เจ้าหน้าที่ EMT-B ซึ่งเดินทางมาพร้อมกับรถพยาบาลสามารถใช้ อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้บาดเจ็บ (Immobilization) และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีต่างๆ

เจ้าหน้าที่ EMT-B ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น เนื้อหาหลักสูตรเน้นการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะเชิงวิชาชีพเวชกรฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 110 ชั่วโมง รวมทั้งมีการฝึกภาคปฏิบัติในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของแพทย์และพยาบาล

2.1.4.3 เวชกรฉุกเฉินระดับกลางหรือเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician Intermediate: EMT-I) มีความสามารถมากกว่าเจ้าหน้าที่ EMT-B โดยสามารถประเมินและควบคุมสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุให้ปลอดภัย ร่วมกับตำรวจ หน่วยงานบรรเทาสาธารณภัย ดับเพลิงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อจัดลำดับการช่วยเหลือตามสภาพความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ใส่สายกระเพาะอาหาร ทำคลอดปกติ เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ EMT-I ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน เน้นการดูแลรักษาเบื้องต้นผู้เจ็บป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตลอดจนบรรเทาสาธารณภัยตามขอบเขตความรับผิดชอบ โดยใช้กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ปัญหา ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 ปี

2.1.4.4 เจ้าหน้าที่กู้ชีพขั้นสูง (Paramedic) สามารถให้การรักษายาบาลฉุกเฉินในระดับที่สูงแก่ผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณี Multiple Casualty Incidents เป็นต้น

2.1.4.5 เจ้าหน้าที่สื่อสาร ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์คัดแยกภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและประเมินเหตุการณ์ตามที่ได้รับแจ้ง ตัดสินใจจัดส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินไป ณ จุดเกิดเหตุ อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งให้ข้อมูล ประสานงาน การรับคำปรึกษาทางการแพทย์ และบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่สื่อสารมีการอบรมหลักสูตรผู้รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน เน้นให้มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจจัดส่งความช่วยเหลือไป ณ จุดเกิดเหตุ โดยการประเมินอาการและวินิจฉัยปัญหาผู้เจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว และมีทักษะในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ระยะเวลาในการอบรม 24 ชั่วโมง

2.2 แนวคิดการจัดการระบบฯ ในรูปแบบต่างๆ

เนื่องจากระบบฯ ประกอบไปด้วยหน่วยงานจากหลายภาคส่วนปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น ดังนั้นในกระบวนการทำงานของระบบฯ ทั้งในระดับจังหวัด หรือในระดับประเทศจึงมีความแตกต่างกัน (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550) ซึ่งเป็นการยากในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนระบบฯ ให้พัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในหลายๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทยได้มีความพยายามในการจัดรูปแบบระบบฯ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศจีน (Trauma care systems in China) ของ Kerong Dai และคณะ (2546) พบว่า ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศจัดตั้งขึ้นมากมายทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตปกครอง และระดับประเทศ เนื่องจากประเทศจีนมีอาณาเขตกว้างใหญ่ มีความแตกต่างในทางด้านสภาพเศรษฐกิจ และขนาดของแต่ละเมือง

การจัดบริการขึ้นอยู่กับรัฐ โดยส่วนใหญ่หน่วยปฏิบัติงานของประเทศเป็นระบบที่เรียกว่า Hospital Base โดยงานดูแลนำส่งสถานพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของงานฉุกเฉินในโรงพยาบาล มีรูปแบบอยู่ 5 แบบ คือ

- รูปแบบ A หรือรูปแบบปักกิ่ง (Beijing Model) เป็นรูปแบบที่มีศูนย์ควบคุมระบบฯ แยกเป็นเอกเทศ (Independent Emergency Service Centers) ซึ่งมีเครื่องมือทันสมัย มีการประสานงานกับกระบวนการดูแลทั้งก่อนถึงและในโรงพยาบาล
- รูปแบบ B หรือรูปแบบเซี่ยงไฮ้ (Shanghai Model) เป็นรูปแบบที่มีศูนย์ควบคุมระบบฯ แยกเป็นเอกเทศเช่นเดียวกับแบบ A แต่อาศัยแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย (Stay and Play)¹ ซึ่งพบในเมืองใหญ่ เช่น เซี่ยงไฮ้ นานจิง เทียนจิง โดยลักษณะการบริการคล้ายกับรูปแบบในประเทศเยอรมัน คือ มีรถช่วยชีวิตเคลื่อนที่ (Westhoff J. *et al*, 2546) จากนั้นจึงประสานกับเครือข่ายโรงพยาบาลของเขตเมืองนั้น
- Model C หรือรูปแบบกวางตุ้ง (Chongqing Model) เป็นรูปแบบการบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบริการแบบประสานงานในแนวราบกับโรงพยาบาลในเมืองใหญ่หลายๆ เมืองและมีการเชื่อมต่อไปยังศูนย์ในรูปแบบ A ด้วย
- Model D หรือรูปแบบกวางเจา (Guangzhou Model) เป็นรูปแบบที่มีศูนย์สื่อสารสั่งการอยู่ในเมือง สำหรับการบริการขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ โดยเป็นรูปแบบที่คล้ายกับศูนย์บริการด้านระบบข้อมูลข่าวสารของประเทศญี่ปุ่น (Tanaka T. *et al.*, 2546) ระบบนี้มีประสิทธิภาพแต่ต้องระวังเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งต้องใช้ความชำนาญเฉพาะทาง
- Model E หรือรูปแบบซานจิ้น (Zhanjiang Model) เป็นรูปแบบการสร้างเครือข่ายโดยมีเครือข่ายการบริการ 3 ระดับ คือ ระดับ 1 เป็นการบริการฉุกเฉินในหมู่บ้าน

¹ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 1.) Stay and Play คือ การเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย หรือเป็นรูปแบบของการดูแลฉุกเฉินฝรั่งเศสเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care) และ 2.) Scoop and Run คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุด หรือเป็นตัวแทนของการดูแลฉุกเฉินแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency Care) (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550 อ้างถึง อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ, 2544; ธวัชชัย กาญจนรินทร์, 2547; Rainer, 2543)

หรือศูนย์สาธารณสุข ระดับ 2 เป็นการบริการฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการอยู่ใน
โรงพยาบาลชุมชน และระดับ 3 เป็นการบริการฉุกเฉินที่มีหน่วยบริการอยู่ใน
โรงพยาบาลทั่วไป ในระดับองค์กรจะมีการเชื่อมต่อเครือข่ายทั้งสามระดับ

จากรูปแบบการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลของประเทศจีนข้างต้น พบว่า
ในแต่ละรูปแบบมีความคล้ายคลึงกัน โดยสามารถสรุปความแตกต่างของรูปแบบดังกล่าวได้เป็น 2
รูปแบบหลัก คือ รูปแบบที่แยกศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินออกเป็นเอกเทศ ได้แก่ Model A และ
B และรูปแบบการให้บริการแบบผสมผสานไม่ได้แยกศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินออกมาอย่าง
เด่นชัด ได้แก่ Model C D และ E ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการดำเนินงานระบบฯ ของประเทศ
ออสเตรเลีย ที่มีการบริหารงานแบบรวมศูนย์ (F.P. Omeara, 2545) และนำหลักทางเศรษฐศาสตร์
และธุรกิจภาคเอกชนมาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดบริการระบบฯ ในชนบทของ
เมืองขนาดเล็ก เช่น รัฐวิกตอเรีย ซึ่งเกิดตัวแบบในการบริการรูปแบบ 3 แบบ คือ

- รูปแบบชุมชนควบคุมตนเอง (Community Model) เป็นการให้บริการโดยชุมชน
เป็นผู้ดูแลและพึ่งตนเอง รูปแบบนี้มุ่งให้ความสนใจกับความพอใจและการยอมรับ
ของชุมชนในท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานลักษณะนี้อาจไม่ยั่งยืนเพราะ
แยกตัวออกจากกลไกการสนับสนุนของวิชาชีพ
- รูปแบบการบริการสาธารณะ (Sufficing Model) เป็นการให้บริการจิตอาสา ซึ่งม
ีความคล้ายคลึงกับการให้บริการในลักษณะมูลนิธิของประเทศไทย รูปแบบการ
ให้บริการแก่ประชาชนในทุกพื้นที่โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย สภาพทางภูมิศาสตร์
เพศ หรือเชื้อชาติ แต่รูปแบบนี้มักมีความขัดแย้งภายในด้านทรัพยากรที่ใช้
- รูปแบบบนฐานวิชาชีพ (Expert Model) เป็นรูปแบบบนฐานความเชื่อที่มีของ
วิชาชีพที่ไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับการฝึกอบรมและประสบการณ์

นอกจากนี้ ในประเทศสวีเดนยังมีการจัดให้บริการระบบฯ โดยยึดหลักการพื้นฐานในการ
จัดบริการทางสุขภาพผ่านทางกฎหมายและบัญญัติ² ต่างๆ และมุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพ โดย
การนำการบริหารงานคุณภาพ (Total Quality Management: TQM) มาใช้เพื่อให้การบริการมี
คุณภาพและมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งหน่วยปฏิบัติการของระบบฯ ประเทศสวีเดนมีอยู่เพียง
ระดับเดียว คือ สถานีรถพยาบาล (Ambulance Station) เป็นหน่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งอยู่

² เช่น Health and Medical Services Act of 1982 เป็นต้น

ในความรับผิดชอบของแต่ละจังหวัด บางแห่งจะดำเนินงานเอง แต่บางแห่งจะใช้วิธีการซื้อบริการจากภาคเอกชน โดยมีการกำหนดจุดในการตั้งสถานีรถพยาบาล ไว้ตามความสำคัญของเมือง อีกทั้งประเทศสวีเดนยังมีความโดดเด่นในเรื่องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินของชุมชน โดยเน้นการป้องกันในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (Swedish Institute, 2546 Online และ Sandock *et al.*, 2548) รวมไปถึงการดำเนินงานระบบฯ ในลักษณะที่ให้องค์กรอิสระที่ไม่หวังผลประโยชน์เป็นผู้ดูแลระบบฯ ดังจะเห็นได้จาก การศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศอิตาลี (Trauma Care Systems in Italy) พบว่า การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลเกิดจากความสมัครใจภายใต้การดูแลของสภาวิชาชีพอิตาลี ซึ่งทำหน้าที่เสมือนตัวแทนรัฐบาล แต่เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ จึงได้มีการจัดตั้งระบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2533 - 2535 และมีการกำหนดหมายเลข 118 เป็นหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีความรวดเร็ว และมีความเที่ยงตรงในการให้บริการมากที่สุด ในขณะที่วงศักรวบรวมสาธาณสุขประเทศอิตาลีเริ่มเข้ามามีบทบาท โดยเริ่มจากฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัคร ปัจจุบันระบบฯ ประเทศอิตาลีมีการพัฒนาศักยภาพด้านโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะความหลากหลายของพาหนะและเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เช่น การใช้รถพยาบาลซึ่งมีแพทย์ประจำและสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ การใช้รถยนต์มีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญออกเหตุร่วมด้วย แต่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ และการใช้เฮลิคอปเตอร์ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทาง สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ ซึ่งพาหนะชนิดนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางทางถนนได้ เช่น เกาต์เล็กๆ เป็นต้น ในการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของระบบฯ ประเทศอิตาลีมีการให้บริการ 2 ระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support) และหน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advanced Life Support) เพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (A.Pace, 2546)

แนวทางในการจัดการระบบฯ ที่น่าสนใจอีกประเทศหนึ่ง คือ ประเทศฝรั่งเศสเป็นระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Out of Hospital Emergency Medical System: OHEMS) ซึ่งนับว่าเป็นต้นแบบระบบฯ ที่อาศัยแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย (Stay and Play) โดยมี 3 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ 1) พนักงานดับเพลิงในฝรั่งเศส (Les pompiers) จะได้รับการฝึกฝนและมีอุปกรณ์พร้อมสำหรับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้ง

รพพยาบาล แตกต่างจากบางประเทศ เช่น อังกฤษ ซึ่งพนักงานดับเพลิงไม่มีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์ บ่อยครั้งที่หน่วยดับเพลิงถูกตามตัวเมื่อมีอุบัติเหตุทางจราจรหรือตามบ้านเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในถิ่นห่างไกลซึ่งพนักงานดับเพลิงมักเป็นชุดแรกที่ถึงก่อน การบริการทางการแพทย์มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการหนักเกินกำลังจะเรียก SAMU 2) SAMU เป็นหน่วยงานบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของรัฐบาล มุ่งดูแลผู้ป่วยอาการหนัก โดยใช้แพทย์ผู้มีประสบการณ์ประจำศูนย์ควบคุมบัญชาการ และมีแพทย์ประจำรถไอซียูเคลื่อนที่ และ 3) กองกำลังตำรวจแห่งชาติของฝรั่งเศส แบ่งเป็น Police Nationale ซึ่งรับผิดชอบในเขตเมือง และ gendarmerie ซึ่งรับผิดชอบเขตห่างไกลนอกเมือง นอกจากนี้ตามเมืองใหญ่ๆ ยังมีตำรวจท้องถิ่น เรียกว่า la Police Municipale ซึ่งมีอำนาจจำกัด

SAMU Call Center (Centre 15) มีอยู่ประมาณ 96 ศูนย์ในประเทศฝรั่งเศส จะใช้แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำศูนย์ เพื่อควบคุมบัญชาการ โดยมากเป็นวิสัญญีแพทย์มีประมาณ 5 คนผลัดกันอยู่เวร และมีพนักงานรับโทรศัพท์ที่อบรม เมื่อได้รับแจ้งเหตุแพทย์ประจำศูนย์ต้องประมวลผลในการเลือกส่งชุดปฏิบัติการให้เหมาะสมกับภารกิจ รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาแก่ชุดปฏิบัติการ ตลอดจนติดต่อประสานงานหาโรงพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ในส่วนของค่าใช้จ่ายของ Call Center และแพทย์ประจำศูนย์ ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบ (ธวัชชัย กาญจนรินทร์ และจันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ, 2550)

ในประเทศไทยการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มีมาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และมีการพัฒนาเรื่อยมา ซึ่งจากการศึกษาประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบฯ ประเทศไทย โดยอนุชา เศรษฐเสถียร (2551) ได้แบ่งพัฒนาการของระบบฯ 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 เริ่มต้นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาสาสมัครและการกุศลโดยเฉพาะ มูลนิธิ และองค์กรการกุศลต่างๆ แต่ก็ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก จนเข้าสู่ช่วงที่ 2 เป็นช่วงที่มีการพยายามก่อตั้งหน่วยปฏิบัติการของหน่วยงานราชการต่างๆ และจังหวัดนำร่อง (ประมาณปี พ.ศ. 2520 – 2540) ซึ่งหน่วยงานเข้ามาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุก่อนที่จะมีการตั้งระบบฯ คือ กรมตำรวจ กระทรวงกลาโหม และกรมการแพทย์ทหารอากาศ ตามลำดับ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2538 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดศูนย์กู้ชีพบนเรือ โรงพยาบาลราชวิถีขึ้น นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเริ่มเข้ามามีบทบาทในการพัฒนา เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นเริ่มทดลองจัดทำหน่วยบริการรักษาพยาบาลและออกปฏิบัติการในฐานะหน่วยปฏิบัติการแห่งแรกของประเทศในเขตภูมิภาค โดยดำเนินงานภายใต้การกำกับดูแลจาก

โรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Medical Service) ซึ่งถือเป็นต้นแบบในการดำเนินการจัดตั้ง และพัฒนาหน่วยปฏิบัติการของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

ช่วงที่ 3 เป็นการดำเนินตามนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขยายเครือข่ายสู่ท้องถิ่นชุมชน พร้อมกับการผลักดันกฎหมายรองรับ โดยในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การพัฒนาระบบฯ เป็นนโยบายหลัก 1 ใน 4 ประการ และเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสร้างความครอบคลุมในพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ โดยในปีงบประมาณให้ดำเนินการในจังหวัดนำร่อง³ ในปี พ.ศ. 2546 และขยายผลอย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2548 ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการผลักดันให้รัฐบาลออกกฎหมายรองรับ นั่นคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานกำกับดูแลระบบฯ ทั้งประเทศ และกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังแต่ละจังหวัดในทุกภูมิภาค และดำเนินการภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 – 2555 ดังนั้นในแต่ละจังหวัดจึงพยายามที่จะพัฒนา และดัดแปลงเอาส่วนดีของระบบฯ ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศเข้ามาใช้ตามความเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ดังนี้

- การมี National Center Call เป็นหมายเลข 4 หลัก หมายเลขเดียวใช้ร่วมกันทั้งประเทศ นั่นคือหมายเลข 1669

³ เริ่มต้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ.2546 ในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ ลำปาง เพชรบุรีและสงขลา

เดือนมีนาคม พ.ศ.2547 ให้บริการเพิ่มอีก 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์และอุบลราชธานี

เดือนเมษายน พ.ศ.2547 เพิ่มอีก 7 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี เชียงราย ปราจีนบุรี พะเยา พิษณุโลก ภูเก็ต และกระบี่

เดือนตุลาคม พ.ศ.2547 เพิ่มอีก 16 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน ยโสธร อ่างทอง กำแพงเพชร อุตรดิตถ์ ชัยภูมิ ชัยนาท สกลนคร เพชรบูรณ์ สุรินทร์ อุทัยธานี ชุมพร ตรัง สตูล ระยองและนครปฐม

เดือนธันวาคม พ.ศ.2547 เพิ่มอีก 10 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด นครพนม ลพบุรี สุพรรณบุรี พังงา ฉะเชิงเทรา ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี มุกดาหารและปัตตานี

เดือนเมษายน พ.ศ.2548 เพิ่มอีก 14 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส เลย น่าน บุรีรัมย์ ตาก กาญจนบุรี พิจิตร สิงห์บุรี ระนอง สระบุรี นครนายก ตราด สระแก้วและราชบุรี

เดือนธันวาคม พ.ศ.2548 เพิ่มอีก 14 จังหวัด ได้แก่ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม มหาสารคาม หนองบัวลำภู หนองคาย กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ แม่ฮ่องสอน นครศรีธรรมราช ยะลา พัทลุง (สรุป สุนทรธรรม 2550,81-82)

- การเน้นภาคีเครือข่ายกับท้องถิ่น ดังจะเห็นได้จากจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดสงขลา มีการส่งเสริมความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการสนับสนุนรถของหน่วยปฏิบัติการในระดับ FR ทั้งในลักษณะเช่าและยืมใช้ปีต่อปีแก่หน่วยปฏิบัติการอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ทั้ง 2 จังหวัดมีการเพิ่มจำนวนของหน่วยปฏิบัติการแบบก้าวกระโดด สามารถรองรับและช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้มากยิ่งขึ้น
- การสร้างบุคลากรของระบบฯ ในระดับต่างๆ ตามมาตรฐานความรู้ โดยจัดให้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ แต่ปฏิบัติต่างกันในรูปแบบของการจัดบริการระบบฯ ได้อย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและชนบท
- การเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหน่วยปฏิบัติการในแต่ละระดับ โดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาเป็นประจำทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง ในจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี ภูเก็ต เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร อุปกรณ์ รวมถึงสามารถให้ความช่วยเหลือประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

จากแนวคิดในการจัดการระบบฯ ของทั้ง 6 ประเทศ ได้แก่ ประเทศจีน ออสเตรเลีย สวีเดน อิตาลี ฝรั่งเศส และไทย พบว่า มีรูปแบบในการจัดการที่แตกต่างกันออกไป โดยทุกประเทศมีรูปแบบในการให้บริการที่หลากหลาย ทั้งในรูปแบบรวมศูนย์หรือแยกศูนย์ ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะหรือปัจจัยของพื้นที่ เช่น ความหนาแน่นของประชากร ลักษณะภูมิประเทศ การบริหารจัดการภายใน ระบบการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ เป็นต้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับ Organizational Excellence Model

การตรวจรับรองคุณภาพถือเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพในองค์กรของตนเอง การตรวจรับรองคุณภาพใช้เครื่องมือในการประเมินได้หลายรูปแบบ เช่น รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ระบบประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Performance Appraisal Appraisal: SEPA) ระบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ

เกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) เป็นต้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ MBNQA เป็นแนวคิดในการสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติระบบฯ ดังนี้

2.3.1 รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) เป็นรางวัลคุณภาพแห่งชาติซึ่งเป็นที่อ้างอิงกันมากที่สุด ในกลางศตวรรษที่ 1980 ผู้นำของอุตสาหกรรมและรัฐบาลสหรัฐอเมริกามองว่า คุณภาพไม่ใช่ทางเลือกสำหรับบริษัทประเทศสหรัฐอเมริกาอีกต่อไป แต่เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ แต่ธุรกิจอเมริกันส่วนมากยังไม่เชื่อในเรื่องคุณภาพหรือไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นอย่างไร รางวัลคุณภาพดังกล่าวจึงถูกพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งจะช่วยให้บริษัทต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกابرลุคุณภาพระดับโลกได้ โดยกำหนดเป็น Public Law 100-107 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2530 และก่อให้เกิดความร่วมมือในรูปแบบใหม่ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และมีการก่อตั้งมูลนิธิ MBNQA ขึ้นในปี พ.ศ. 2531 (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2552)

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นรางวัลแห่งชาติที่นำแนวคิดการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ มาใช้เพื่อประเมินองค์กรต่างๆ อีกทั้งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับองค์กรทุกขนาดทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม และยกระดับความสามารถในการบริหารจัดการ อันนำไปสู่การสร้างภาพพจน์ที่แข็งแกร่ง โดยบทบาทที่สำคัญของ MBNQA มีอยู่ 3 ประการ คือ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ, 2551)

1. เป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับปรุงกระบวนการในการดำเนินงาน ความสามารถขององค์กร ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาผลการดำเนินงานให้เป็นที่ยอมรับและเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง
2. กระตุ้นให้มีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศระหว่างองค์กร
3. เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการผลการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้แนวทางในการบริหารจัดการใหม่ๆ

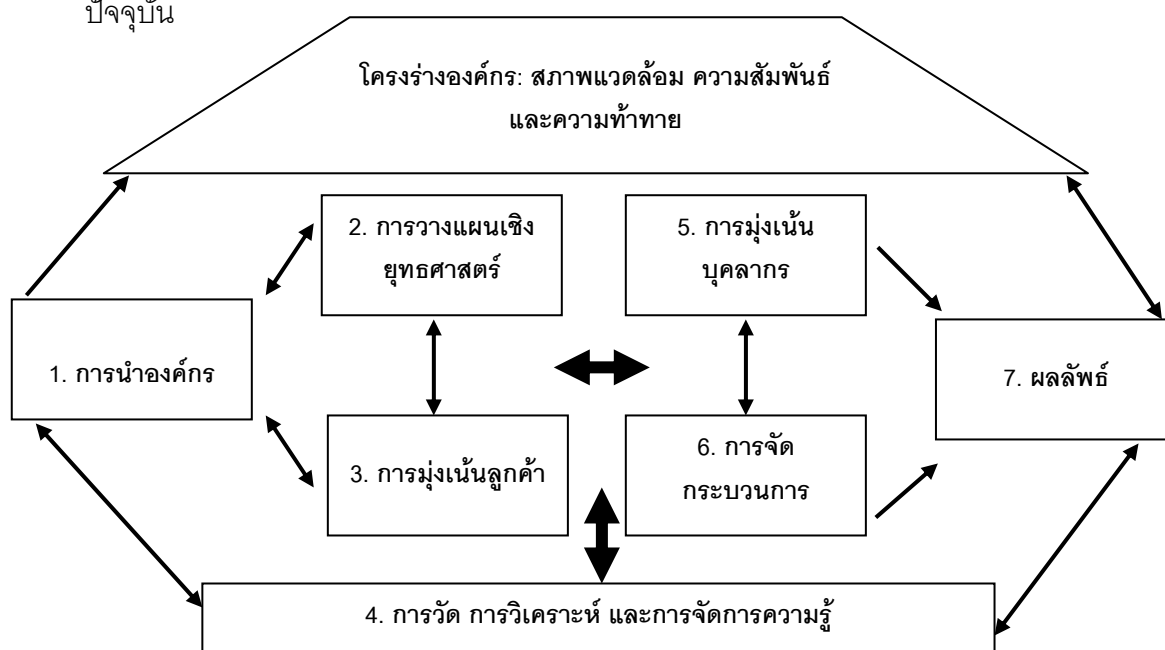
ปัจจุบัน MBNQA ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการบริหารองค์กรที่มีประสิทธิผลที่สุด ประเทศต่างๆ ได้นำไปประยุกต์พัฒนาเป็นเกณฑ์รางวัลคุณภาพของชาติมากกว่า 70 ประเทศ (ดังตารางที่ 2.1) อาจกล่าวได้ว่า MBNQA ได้กลายเป็นกรอบการบริหารจัดการองค์กรในระดับโลก

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์รางวัลคุณภาพที่พัฒนาจาก MBNQA ของประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	รางวัลคุณภาพที่พัฒนาจาก MBNQA	ปีค.ศ. ที่เริ่มประกาศมอบรางวัล
ออสเตรเลีย	Australian Business Excellence Award (ABEA)	1988
สหภาพยุโรป	European Quality Award (EQA)	1989
สิงคโปร์	Singapore Quality Award (SQA)	1994
ญี่ปุ่น	Japan Quality Award (JQA)	1995
ไทย	Thailand Quality Award (TQA)	2002

ที่มา: Baldrige National Quality Program, 2552

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำ MBNQA มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยมีสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนารูปแบบจนกลายเป็นเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) (ดังรูปที่ 2.2) ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน



รูปที่ 2.2 กรอบแนวคิดของ TQA ซึ่งปรับจากกรอบโครงสร้างของ MBNQA

ที่มา: เอกสารประกอบการฝึกอบรมรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประจำปี 2552

กระบวนการที่สำคัญของ MBNQA ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้ (สุณิสา เศษะพานิช, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ และ Baldrige National Quality Program, 2552)

2.3.1.1 ส่วนที่ 1 คือ โครงร่างองค์กร เป็นการอธิบายถึงการดำเนินงานภาพรวมขององค์กร สภาพแวดล้อมทางธุรกิจ ความสัมพันธ์ที่สำคัญขององค์กร ความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นแนวทางที่ครอบคลุมระบบการจัดการ การดำเนินงานขององค์กร

2.3.1.2 ส่วนที่ 2 คือ ระบบปฏิบัติการ เป็นการระบุลักษณะของการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ที่องค์กรต้องการบรรลุ ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ

(1) กลุ่มการนำองค์กร เพื่อเน้นความสำคัญว่าการนำองค์กรต้องมุ่งที่กลยุทธ์และลูกค้า ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 1 การนำองค์กร กล่าวถึงวิธีการที่ผู้บริหารระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืนด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม และการคาดหวังผลการดำเนินงานขององค์กร โดยให้ความสำคัญกับวิธีการที่ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร การพัฒนาผู้บริหารในอนาคต การวัดผลการดำเนินงานในระดับองค์กร และการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่มีจริยธรรมและผลการดำเนินงานที่ดี รวมถึงวิธีการที่ทำให้มั่นใจว่ามีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมและวิถีปฏิบัติที่แสดงถึงความเป็นพลเมืองที่ดี
- หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กล่าวถึงการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการวางแผนปฏิบัติการ โดยมีการถ่ายทอดเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ และมีการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอที่ทำให้มั่นใจได้ว่าแผนปฏิบัติการจะบรรลุผลสำเร็จ รวมถึงการที่องค์กรสามารถปรับเปลี่ยนแผนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป และวิธีการวัดความสำเร็จและรักษาความยั่งยืน
- หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด กล่าวถึงวิธีการที่องค์กรใช้ในการทำความเข้าใจเสียงของลูกค้าและตลาด เพื่อตอบสนองให้ตรงกับความต้องการ ความจำเป็น และความคาดหวังของลูกค้า การทำให้เกิดความประทับใจ และการสร้างความภักดี รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้าในด้านการรับฟัง การเรียนรู้ และผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของ

ลูกค้า การให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ใจลูกค้าและตลาด รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนขององค์กร

(2) กลุ่มผลลัพธ์ เป็นผลมาจากการดำเนินงานของบุคลากรและกระบวนการที่สำคัญส่งผลทำให้การดำเนินงานสำเร็จ และนำไปสู่ผลการดำเนินงานโดยรวมที่ดีขององค์กร ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร กล่าวถึงการเน้นวิธีปฏิบัติที่สำคัญด้านบุคลากร โดยการทำให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กร เพื่อให้บุคลากรและองค์กรสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและประสบความสำเร็จ ตลอดจนการจัดการบุคลากรในลักษณะบูรณาการ การมุ่งเน้นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร รวมถึงบรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีการใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ โดยสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์โดยรวม และก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี
- หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ กล่าวถึงการบ่งชี้ และจัดการความสามารถพิเศษเพื่อให้การจัดการกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ รวมทั้งผลการดำเนินงานด้านการปฏิบัติงาน รอบเวลา รวมทั้งการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการประเมินผล การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ขององค์กร
- หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ การประเมินประสิทธิผล เพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงาน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ 2) ผลลัพธ์ด้านมุ่งเน้นลูกค้า 3) ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด 4) ผลลัพธ์ด้านทรัพยากรบุคคล 5) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลขององค์กร 6) ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร และความรับผิดชอบต่อสังคม

2.3.1.3 ส่วนที่ 3 คือ พื้นฐานของระบบ เป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่ทำให้องค์กรมีการจัดการที่มีประสิทธิผล และในการปรับปรุงผลการดำเนินงาน ได้แก่ หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กล่าวถึงการจัดการความรู้ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับปรุงและเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน รวมทั้งการที่องค์กรทำให้

มั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ที่จำเป็น มีคุณภาพและมีความพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร ผู้ส่งมอบ คู่ค้า คู่ความร่วมมือ และลูกค้า และวิธีการที่องค์กรใช้ในการสร้างและจัดการสินทรัพย์ทางความรู้ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมขององค์กร

2.3.2 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาระบบราชการไทย มีจุดมุ่งหมายสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐให้บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ เพื่อการยกระดับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จึงได้มีการนำแนวคิดพื้นฐานจาก MBNQA และ TQA มาพัฒนาเป็น “การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA)” เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานและเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลสำเร็จการพัฒนาระบบราชการของหน่วยงานภาครัฐ โดยให้ความสำคัญกับหลักการบริหารจัดการ 7 หมวดตามแนวทางของ TQA (คู่มือเทคนิคการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร เวอร์ชัน 1.0, ไม่ระบุปีที่พิมพ์) ดังนี้

2.3.2.1 หมวดที่ 1 การนำองค์กร กล่าวถึงการที่ผู้บริหารขององค์กรชั้นนำและกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ระยะสั้นและระยะยาว ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินงานขององค์กร การสื่อสารกับบุคลากร และการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่มีจริยธรรมและผลการดำเนินงานที่ดี รวมถึงระบบการกำกับดูแลตนเองที่ดีความรับผิดชอบต่อสังคม และการสนับสนุนชุมชน

2.3.2.2 หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กล่าวถึงการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์โดยมีการวางแผนปฏิบัติการการถ่ายทอดเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ วิธีการที่องค์กรปรับเปลี่ยนแผนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป และวิธีการวัดความสำเร็จ โดยเน้นสำคัญ 3 ส่วนสำคัญในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ คือ ส่วนที่ 1 การมุ่งเน้นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่วนที่ 2 การปรับปรุงผลการดำเนินงานที่ส่งผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ขององค์กรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนที่ 3 ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

2.3.2.3 หมวดที่ 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กล่าวถึงการเน้นทำความเข้าใจความต้องการและความคาดหวังใหม่ ๆ ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำเสนอผลผลิตและบริการที่เหมาะสม และติดตามให้ทันการเปลี่ยนแปลงของวิธีการดำเนินงานรวมทั้งการสร้าง ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการรวบรวม การวิเคราะห์ การสาเหตุของข้อร้องเรียน ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาและการจัดการข้อร้องเรียน

2.3.2.4 หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กล่าวถึงระบบการวัด และการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกันและทั่วทั้งองค์กร เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร การเรียนรู้ และการสร้างนวัตกรรม อีกทั้งมีการสร้างความถูกต้อง ความพร้อมในการใช้งานของข้อมูลสารสนเทศและคุณภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การออกแบบระบบข้อมูลและสารสนเทศให้ตรงกับความต้องการใช้ รวมถึงการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาระบบให้ความรู้ถูกถ่ายทอดและเก็บรักษาไว้ที่องค์กร รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างรวดเร็วทั่วทั้งองค์กร

2.3.2.5 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล กล่าวถึงการให้ความสำคัญกับการบริหารบุคลากร นับตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก พัฒนาองค์ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และการรักษาคน เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพที่ดีที่สุด การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากรเพื่อให้การจัดการทรัพยากรบุคคลสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์โดยรวม

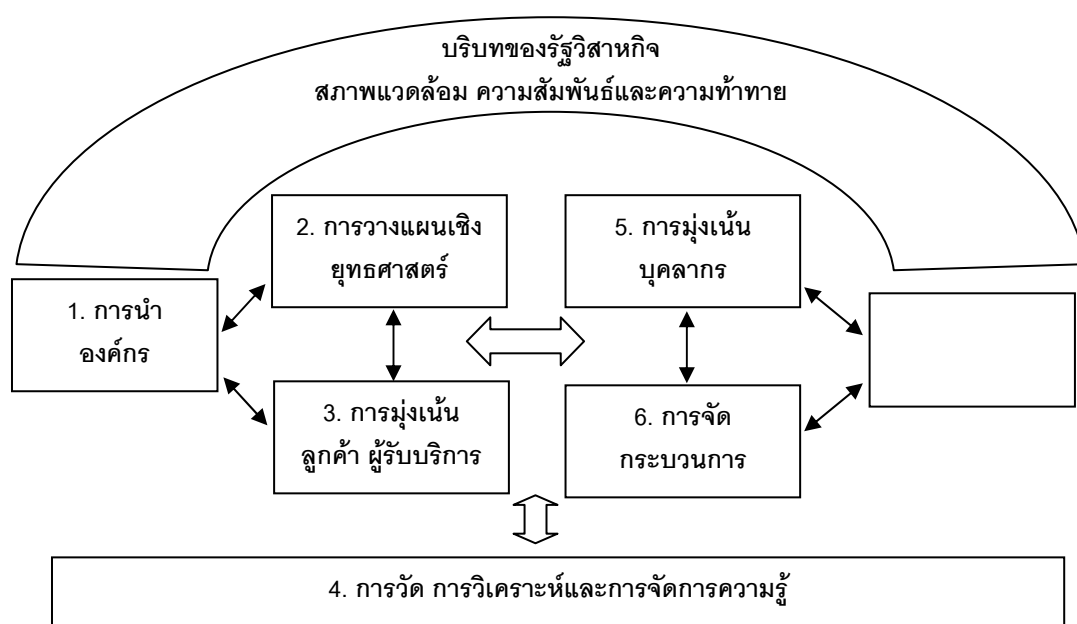
2.3.2.6 หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ กล่าวถึงการมุ่งเน้นให้มีความสามารถในการปรับตัวหรือการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป หรือความสามารถในการให้บริการที่หลากหลายตามความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเฉพาะราย

2.3.2.7 หมวดที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน เป็นการตรวจประเมินผลการดำเนินงาน และแนวโน้มของส่วนราชการในมิติต่างๆ โดยอาศัยหลัก Balanced Scorecard มาประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการประเมินผลที่ส่วนราชการได้ดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ และมิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร

2.3.3 ระบบประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Performance Appraisal: SEPA)

คณะกรรมการประเมินผลงานรัฐวิสาหกิจ มีจุดมุ่งหมายที่ต้องการสนับสนุนรัฐวิสาหกิจไทยในการยกระดับความสามารถในการดำเนินงานระดับสากล จึงได้มีการนำ TQA มาประยุกต์ใช้กับระบบประเมินผลการดำเนินงานรัฐวิสาหกิจ โดยใช้ชื่อว่าระบบประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ

(State Enterprise Performance Appraisal: SEPA) เพื่อให้รัฐวิสาหกิจใช้เป็นแนวทางที่บูรณาการการบริหารจัดการ ซึ่งสนับสนุน การส่งมอบคุณค่าที่ดีขึ้นเสมอให้แก่ลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะมีผลต่อความยั่งยืนของรัฐวิสาหกิจ การเรียนรู้ของรัฐวิสาหกิจและของพนักงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่ดี และการปรับปรุงประสิทธิผลและขีดความสามารถของรัฐวิสาหกิจโดยรวมซึ่งมีการประเมินใน 3 หัวข้อ คือ ภาวะผู้นำ กระบวนการบริหาร และผลสัมฤทธิ์ที่สมดุล พิจารณาเป็น 7 หมวด (ดังรูปที่ 2.3) ดังนี้



รูปที่ 2.3 โครงสร้างของเกณฑ์การประเมินคุณภาพ SEPA

ที่มา: ระบบประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (เกณฑ์และวิธีการประเมิน), 2551

2.3.3.1 หมวดที่ 1 การนำองค์กรรัฐวิสาหกิจ กล่าวถึงวิธีการที่ผู้บริหารระดับสูงชี้นำและทำให้รัฐวิสาหกิจยั่งยืน มีการกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง โดยให้ความสำคัญกับวิธีการสื่อสารกับบุคลากร การพัฒนาผู้บริหารในอนาคต และการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่มีจริยธรรมและการเป็นองค์กรที่ดีของประเทศและสังคม

2.3.3.2 หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ กล่าวถึงการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการวางแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดเพื่อนำแผนไปปฏิบัติ วิธีการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอที่ทำให้มั่นใจได้ว่าแผนปฏิบัติการจะบรรลุผลสำเร็จ วิธีการที่รัฐวิสาหกิจปรับเปลี่ยนแผนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป และวิธีการวัดความสำเร็จ

2.3.3.3 หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้า ผู้รับบริการ และตลาด กล่าวถึงวิธีการที่รัฐวิสาหกิจสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้าและผู้รับบริการ โดยมีการรับฟังและการเรียนรู้ความต้องการข้างต้น เพื่อส่งต่อการดำเนินงานที่เป็นเลิศ รวมทั้งวิธีการที่สามารถพิจารณาถึงมุมมองและพฤติกรรมของลูกค้าที่อาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของรัฐวิสาหกิจ

2.3.3.4 หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นหมวดหลักของเกณฑ์ในด้านสารสนเทศที่เกี่ยวกับการวัด วิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินงาน รวมทั้งการจัดการความรู้ของรัฐวิสาหกิจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับปรุงและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของรัฐวิสาหกิจ

2.3.3.5 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร เน้นวิธีปฏิบัติที่สำคัญด้านบุคลากร ซึ่งมุ่งที่ความจำเป็นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร รวมถึงบรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากร เพื่อให้การจัดการทรัพยากรบุคคลสามารถใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่ โดยสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์โดยรวม และก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี

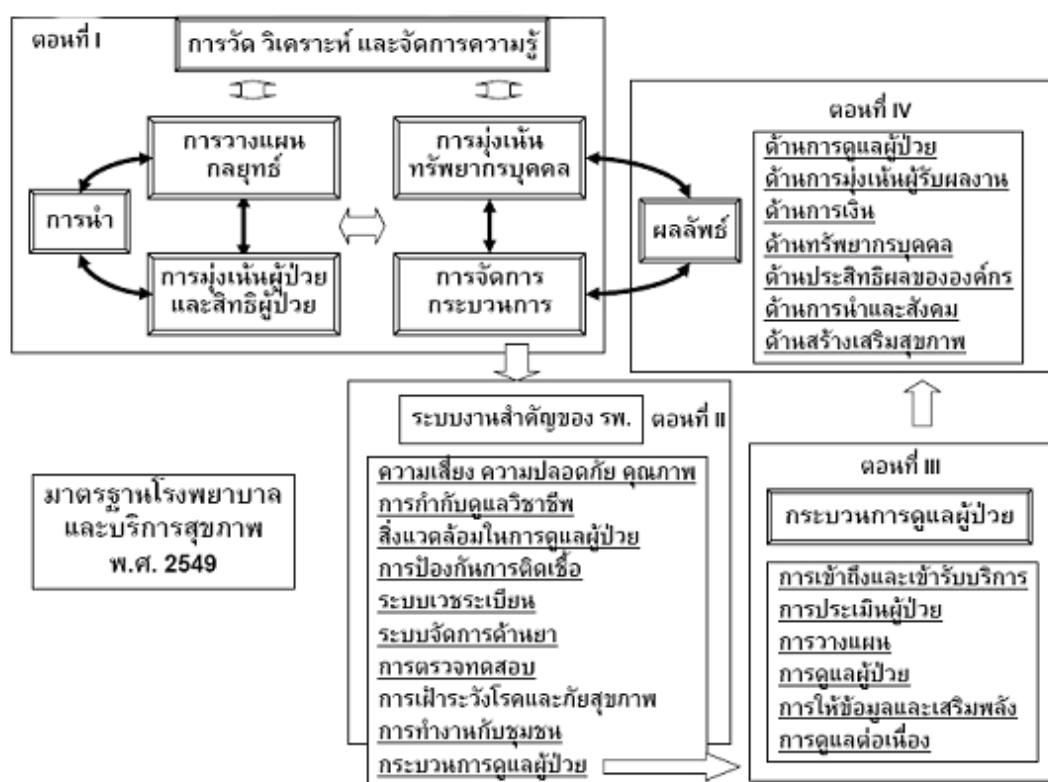
2.3.3.6 หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ จัดเป็นหมวดหลักของเกณฑ์ SEPA ในด้านระบบงานและกระบวนการทำงานที่สำคัญ เป็นการบ่งชี้และจัดการความสามารถพิเศษเพื่อให้การจัดการกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.3.3.7 หมวดที่ 7 ผลสัมฤทธิ์ มุ่งเน้นผลการดำเนินงานตามการประเมินวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของรัฐวิสาหกิจ ผลการประเมินของลูกค้าต่อผลิตภัณฑ์ของรัฐวิสาหกิจ ผลการดำเนินงานด้านการเงินและตลาด ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร และความรับผิดชอบต่อประเทศชาติตลอดจนสังคม รวมทั้งผลลัพธ์ของกระบวนการและการปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ เพื่อประเมินและปรับปรุงกระบวนการและผลิตภัณฑ์

2.3.4 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

เนื่องจากระบบการให้บริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลยังไม่เป็นที่ไม่น่าพอใจสำหรับทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน ผู้ป่วยได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และผู้ให้บริการต้องรับภาระงานหนัก ไม่สามารถแก้ปัญหาข้อติดขัดในการทำงานได้อย่างราบรื่น ผู้จ่ายเงินรู้สึกว่าการใช้ทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัญหาของการทำงานดังกล่าว และช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการ

บูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นพื้นฐานสำหรับองค์กรที่ต้องการมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งโครงสร้างโดยรวมของมาตรฐานของโรงพยาบาล มีความคล้ายคลึงกับแนวคิด TQA (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2552) โดยมีการพิจารณาตามหมวดทั้ง 7 หมวด โดยหัวใจสำคัญของกรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ การสร้างระบบตรวจสอบตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ประเมินจากภายนอกทำหน้าที่ยืนยันผลการประเมิน และกระตุ้นให้มองเห็นโอกาสพัฒนาใหม่ๆ กระบวนการนี้จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่ากระบวนการตรวจสอบ โดยเป้าหมายของกรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ การกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ป่วยและระบบงานทั่วไปทั้งหมดอย่างมีทิศทาง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่น่าทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความอยู่รอดของโรงพยาบาล ดังแสดงในรูปที่ 2.4



รูปที่ 2.4 กรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล และระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล

ที่มา: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี, 2551

2.3.4.1 หมวดที่ 1 การนำ กล่าวถึงการที่ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการองค์กร แสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน

2.3.4.2 หมวดที่ 2 การวางแผนกลยุทธ์ กล่าวถึงการที่องค์กรมีการกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับ การดำเนินงานขององค์กรและมีการถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์

2.3.4.3 หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย กล่าวถึงองค์กรมีการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย หรือผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัด ให้สอดคล้องกับความต้องการ และมีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจ ของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน รวมทั้งการตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

2.3.4.4 หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย กล่าวถึงการที่องค์กรจัดให้มีการ วัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศในทุกระดับ และทุกส่วนขององค์กร มีการสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร ผู้ป่วย และ ผู้รับผลงาน และมีการสร้าง จัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร

2.3.4.5 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล กล่าวถึงการที่องค์กรสร้างความผูกพัน กับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับ บุคคล และมีการพัฒนาบุคลากรและผู้นำเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี รวมทั้งการบริหารขีด ความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ และจัดให้มีสภาพแวดล้อมใน การทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย

2.3.4.6 หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ กล่าวถึง การที่องค์กรกำหนดงานที่เป็น ความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานอื่นๆ พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน และบรรลุความสำเร็จขององค์กร องค์กรนำ

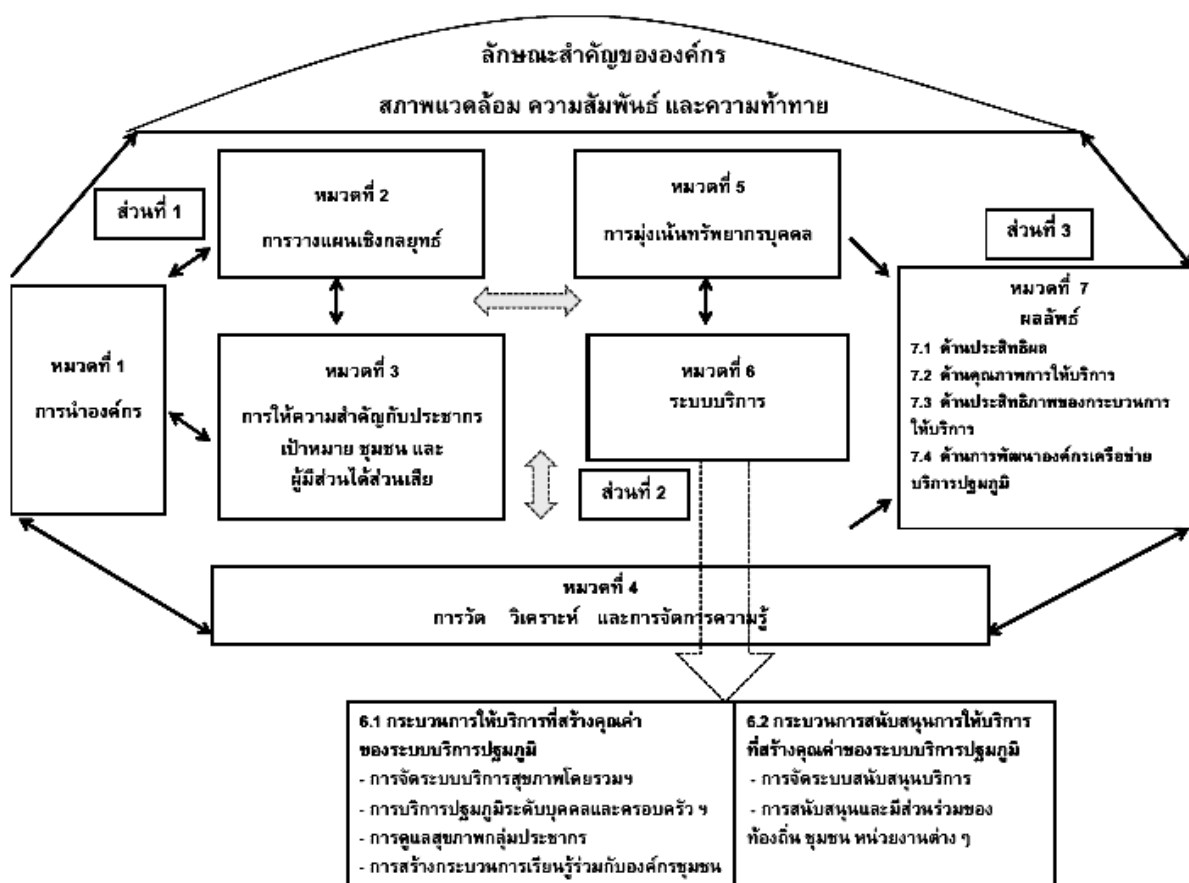
กระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร

2.3.4.7 หมวดที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน เป็นการประเมินผลการขององค์กร โดยพิจารณา 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน 3) ด้านการเงิน 4) ด้านทรัพยากรบุคคล 5) ด้านประสิทธิผลขององค์กร 6) ด้านการนำและสังคม 7) ด้านสร้างเสริมสุขภาพ

2.3.5 เกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)

ระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีการพัฒนาเพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และการนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักบริการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการนำกรอบคุณภาพของ MBNQA มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เห็นการเชื่อมโยงระบบบริการ ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ บริการ รวมทั้งการบริหารจัดการซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร ดังแสดงในรูปที่ 2.5



รูปที่ 2.5 กรอบระบบคุณภาพของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ

ที่มา: เกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ, 2552

รายละเอียดของแต่ละหมวดมีความคล้ายคลึงกับ MBNQA โดยมีการแบ่งกลุ่มการประเมินออกเป็น 7 หมวด รายละเอียดโดยสรุปมีดังนี้ (เกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ, 2552)

2.3.5.1 หมวดที่ 1 การนำองค์กร กล่าวถึง ทีมหรือคณะผู้บริหารขององค์กร กำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร และกำหนดวิธีการทบทวนผลการดำเนินงาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.3.5.2 หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ กล่าวถึง องค์กรมีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์องค์กรร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะสั้นและระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีการวัดผลความก้าวหน้า

2.3.5.3 หมวดที่ 3 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กล่าวถึง เครือข่ายการบริการปฐมภูมิ รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมาย และสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนองและสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2.3.5.4 หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นหมวดหลักของเกณฑ์ ในด้านการวัด การเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ที่สำคัญ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการและการดำเนินงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามแผนกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ การดำเนินงานก่อให้เกิดการปรับปรุงและเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.3.5.5 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล กล่าวถึง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร และการสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้บุคลากรพัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกับ เป้าประสงค์และปฏิบัติการโดยรวม ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งตรวจประเมินความใส่ใจ การสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรและหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.3.5.6 หมวดที่ 6 ด้านระบบบริการ กล่าวถึง เครือข่ายบริการปฐมภูมิจัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่า แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุพันธกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2.3.5.7 หมวดที่ 7 ผลลัพธ์การดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กล่าวถึง การที่องค์กรกำหนดรูปแบบและขอบเขตของผลลัพธ์ที่ต้องการพร้อมทั้งดำเนินงานตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน หรือวิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการและมิติด้านการพัฒนาองค์กร นอกจากนี้ยังตรวจประเมินผลการ

ดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นหรือองค์กรที่ภารกิจคล้ายคลึงกัน เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

จากการศึกษาข้างต้นนั้นคือ TQA PMQA SEPA มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ PCA พบว่าเกณฑ์ทั้ง 5 ประเภห้มีการนำ MBNQA มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงาน แต่มีเนื้อหาสาระบางส่วนในหัวข้อย่อยในแต่ละหมวดที่แตกต่างกันเนื่องจากการปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานต่างๆ สามารถนำหลักการมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้ทุกองค์กร ไม่จำกัดว่าจะเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพหรือไม่

แนวทางเหล่านี้จะทำให้เห็นภาพของการบริหารจัดการชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะปัญหาในแต่ละประเด็นล้วนมีผลเชื่อมโยงซึ่งกันและกันในองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน สิ่งสำคัญคือ ความสามารถในการสื่อสารให้คนในองค์กรมีความเข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และได้ผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายและการนำหน่วยงานของตนก้าวไปสู่ความเป็นเลิศ (ชรัติ อุ่มสัมฤทธิ์, 2552)

2.4 กรณีศึกษาการประยุกต์ใช้รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA)

ในการวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติในระบบฯ คณะวิจัยขอเน้นการอธิบายตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาที่น่ากรอบ MBNQA ในรูปแบบของ TQA มาประยุกต์ใช้ เพื่อชี้ให้เห็นภาพในการดำเนินงานตามกรอบและผลลัพธ์ที่ได้จากการนำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้ ดังนี้ (สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ, 2552 ออนไลน์)

2.4.1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กระทรวงศึกษาธิการ เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ พ.ศ. 2525 ตามนโยบายของรัฐบาลที่ให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีกลไกการส่งมอบบริการผ่านแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะที่มีสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นองค์กรที่ให้บริการประชาชน ดังนั้นในช่วงแรกจึงได้มีการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะคุณภาพด้านบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เนื่องมาจากความมุ่งมั่นของผู้นำระดับสูงของโรงพยาบาล ในการบริหารองค์กรให้เป็นไปตามวิสัยทัศน์ในการ

เป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่มุ่งสู่ระดับนานาชาติ จึงได้มีการนำเกณฑ์ TQA มาประยุกต์เป็นแนวทางในการกำหนดเป็นนโยบายหลักในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี 2544 มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

หมวดที่ 1 การนำองค์กร พบว่า ผู้นำระดับสูงนำพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก มาเป็นปรัชญาชี้นำ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เน้นคุณค่าที่คน ผลงาน และผู้รับบริการ มีการถ่ายทอดโดยใช้กระบวนการสื่อสาร เช่น ผ่านการประชุมกับหัวหน้างาน การประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ติดป้ายทั่วโรงพยาบาล เคเบิลทีวี (Cable TV) และ เว็บไซต์ (Website) ของโรงพยาบาล ในส่วนของการกำกับดูแลการบริหารจัดการมีระบบบัญชีที่โปร่งใสตรวจสอบได้ และมีการประเมินความซื่อสัตย์ตรวจสอบของผู้นำระดับสูงโดยคณะกรรมการประจำคณะและบุคลากรปีละครั้ง นอกจากนี้ผู้นำระดับสูงได้มีการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน โดยวิธีการสนับสนุนชุมชนปีละครั้ง เช่น กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพ

หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ พบว่า ผู้นำระดับสูง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกับภาคีสหวิชาชีพทบทวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อกำหนดความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ในเดือนกรกฎาคมทุกปี และมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัด ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการระดับโรงพยาบาลไปยังหน่วยงานและภาคีวิชาโดยใช้กระบวนการสื่อสารผ่านการประชุม

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด พบว่า โรงพยาบาลมีการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้รับบริการโดย มีการจำแนกผู้รับบริการ ใช้เกณฑ์ความรุนแรง และความยากของโรคร่วมกับความเร่งด่วนและวิธีการรักษาพยาบาล อีกทั้งมีวิธีการรับฟังเสียงของผู้รับบริการทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต และมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ พบว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารความรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นกรอบในการดำเนินงาน มีการพัฒนาและปรับปรุงระบบงาน โดยใช้วงจร Plan-Do-Check-Act (PDCA) นอกจากนี้ ยังมีระบบที่ให้บริการข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล เช่น ระบบส่งปรึกษาแพทย์ระหว่างสาขาวิชาชีพ ระบบการเงินออนไลน์ (online) เป็นต้น

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการให้ความสำคัญกับความพึงพอใจและความสุขในการทำงานของบุคลากร โดยเน้นการตอบสนองต่อความต้องการหลัก เพื่อให้เกิดความรัก ความผูกพันต่อองค์กร

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ พบว่า ศักยภาพและความสามารถเฉพาะของโรงพยาบาล คือ ความสามารถตรวจรักษาโรคยากและซับซ้อน โดยในขั้นตอนการออกแบบกระบวนการ มีการกำหนดกระบวนการจากความต้องการและคาดหวังของผู้รับบริการ และกระบวนการทำงานที่สำคัญของโรงพยาบาลใช้ความสามารถเฉพาะ (Core Competency) และยังมีการใช้กระบวนการประกันคุณภาพ และหลักการ PCDA อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ทางธุรกิจ พบว่า มีการประเมินผลการดำเนินงาน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ 2) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 3) ด้านการเงินและตลาด 4) ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร 5) ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ และ 6) ด้านการนำองค์กร

2.4.2. สายงานระบบท่อส่งก๊าซธรรมชาติ บริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน)

สายงานระบบท่อส่งก๊าซธรรมชาติ (Gas Transmission Pipeline: GTP) ดำเนินธุรกิจให้บริการส่งก๊าซธรรมชาติจากแหล่งก๊าซให้กับลูกค้าค้าส่ง และกลุ่มลูกค้าปลีก ในการที่จะส่งไปยังลูกค้าให้มีประสิทธิภาพนั้นมีการนำ TQA เป็นแนวทางในการจัดการ เนื่องมาจากการส่งก๊าซเป็นงานที่มีความซับซ้อนต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วม มีแผนปฏิบัติที่สอดคล้องเป็นในแนวทางเดียวกัน จึงมีการนำเกณฑ์ทั้ง 7 หมวดมาประยุกต์กับการปฏิบัติงาน ดังนี้

หมวดที่ 1 การนำองค์กร พบว่า คณะกรรมการบริษัทร่วมกับกรรมการผู้จัดการใหญ่ กำหนดจัดทำและทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมของบริษัท และมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานในลักษณะแนวตั้ง คือ การประสานงานระหว่างผู้ได้บังคับบัญชาไปยังผู้บังคับบัญชา (Bottom-Up) โดยกำหนดลักษณะงาน (Job Description) ให้แก่พนักงานแต่ละคนเพื่อทำให้มั่นใจว่าพนักงานทุกคนทราบถึงแผนงาน และเป้าหมายงานของตน อีกทั้งยังมีการกำหนดคู่มือการกำกับดูแลกิจการที่ดี เพื่อกำกับควบคุมความประพฤติให้เป็นไปตามกฎหมายและจริยธรรม

หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ พบว่า มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติในลักษณะ Catch Ball และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการพร้อมวางแผน

อัตรากำลังคน และงบประมาณ ในด้านการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการทำ Benchmarking

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด พบว่า มีการความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจสูงสุด โดยการจัดตั้งทีมงานดูแลลูกค้า (Customer First Transmission Pipeline Team) เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาให้ลูกค้าอย่างใกล้ชิด

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ พบว่า มีกำหนดตัวชี้วัด 2 ระดับ คือ ระดับกลยุทธ์และระดับปฏิบัติการ โดยมีการบริหารความเสี่ยงและสร้างความเป็นเลิศด้านการปฏิบัติงานของสายงานระบบท่อส่งก๊าซ เป็นต้น

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการให้ความสำคัญกับความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรเป็นประจำทุกปี GTP มีการพัฒนาและฝึกอบรมพนักงานหลากหลายวิธี เช่น จัดทำคู่มือขั้นตอนปฏิบัติงาน ระบบการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง (Lesson Learn) เป็นต้น

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ พบว่า GTP กำหนดระบบงานที่ชัดเจน และเหมาะสม เพื่อความได้เปรียบในการแข่งขันและยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว

หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ พบว่า มีการประเมินผลการดำเนินงาน 7 ด้าน คือ 1) ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ 2) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 3) ด้านการเงินและตลาด 4) ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร 5) ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ 6) ด้านการนำองค์กร และ 7) ความรับผิดชอบต่อสังคม

2.4.3 Arroyo Fresco (AF) Community Health Center

AF เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการทางฝั่งตะวันตกของรัฐออริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคลินิก 11 แห่ง และหน่วยรถให้บริการเคลื่อนที่ 4 คัน เป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร ให้บริการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันในขั้นปฐมภูมิ ตลอดจนการให้บริการทางการแพทย์ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว และทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยให้การดูแลรักษาผ่านคลินิก ซึ่งเป็นคณะทำงานที่มาจากหลายสาขาวิชา (สหวิชาชีพ) จากการให้บริการที่มีปัจจัยหลากหลายในการดำเนินงานจึงได้มีการนำ MBNQA เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

หมวดที่ 1 การนำองค์กร พบว่า ผู้บริหารระดับสูงและทีมผู้นำระดับสูงมีการทบทวน ค่านิยมขององค์กรเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ประจำปี และถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกคน ผู้ป่วย พันธมิตร ผู้ส่งมอบ คณะกรรมการบริหารและชุมชน นอกจากนี้ ผู้บริหาร

ระดับสูงสร้างบรรยากาศเพื่อส่งเสริมให้พนักงานทุกคน และบอร์ดรวมทั้งพันธมิตร และอาสาสมัคร จะต้องเข้ารับฟังกฎระเบียบ ข้อบังคับและพฤติกรรมที่มีจริยธรรมขององค์กรทุกปี

หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ พบว่า ในกระบวนการวางแผน ผู้นำระดับสูงมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรค โดยผู้นำระดับสูงได้พัฒนาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ใน 5 ด้าน (FOCUS) ได้แก่ 1) ผลการดำเนินงานด้านการเงิน (F) 2) การเรียนรู้ขององค์กร (O) 3) ความเป็นเลิศ (C) 4) การใช้ประโยชน์ (U) และ 5) ความพึงพอใจ (S) ซึ่งความมุ่งมั่นในการพยายามนำแผนงานไปปฏิบัติการนั้น AF จะทำในลักษณะ “catch ball”

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด พบว่า มีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งรวมถึงลูกค้าในอนาคต และมีการจัดตั้งทีมบริการข้อร้องเรียน (Service with Spirit Team) ทำหน้าที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลจากจุดรับฟังอย่างเป็นระบบ โดยใช้การวิเคราะห์แบบเวลา (Time Service Analysis) และการวิเคราะห์แบบรวม (Conjoint Analysis) เพื่อกำหนดตัวผลักดันที่สำคัญและแนวโน้มในการสร้างความพึงพอใจ

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ พบว่า ในการวัด การวิเคราะห์ และการทบทวนผลการดำเนินงาน คือ Focus Scorecard โดยใช้ Balanced Scorecard การจัดการสารสนเทศและความรู้ ได้นำระบบอินทราเน็ต (Intranet) มาใช้พร้อมกับการมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อช่วยเหลือพนักงาน อาสาสมัคร ผู้ให้บริการ คู่ค้า และผู้ส่งมอบ

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม ให้อำนาจการตัดสินใจ และวัฒนธรรมองค์กร นอกจากนี้ยังมีการให้ความสำคัญกับฝึกอบรมให้แก่พนักงาน โดยจะมีการวางแผนพัฒนางานให้ทันสมัยทุกปี และอาสาสมัครที่เพิ่งได้รับการอบรมจะมีพี่เลี้ยงช่วยสนับสนุน โดยเพื่อนร่วมงานหรือผู้จัดการ

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ พบว่า AF กำหนดบริการด้านการดูแลรักษาสุขภาพและกระบวนการส่งมอบการให้บริการ ดังนี้ กระบวนการเข้าถึง กระบวนการลงทะเบียน กระบวนการประเมิน กระบวนการวางแผน และกระบวนการส่งมอบการดูแลรักษา รวมถึงกระบวนการประเมินผู้ป่วย และในการออกแบบกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพหลัก ใช้ PDCA

หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ พบว่า มีการประเมินผลการดำเนินงาน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ 2) ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้าอื่น 3) ด้านการเงินและตลาด 4) ด้านทรัพยากรบุคคล 5) ด้านประสิทธิผลขององค์กร และ 6) ด้านการนำองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม

2.4.4 Share Food (SF)

SF มีลักษณะเป็นธนาคารอาหารในระดับชุมชนที่มุ่งมั่นในการจัดอาหารให้แก่ประชากรที่ขาดแคลนอาหาร ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในระดับชุมชน โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เป็นสมาชิก 58 แห่ง ให้บริการประชากรในพื้นที่ในเขต Des Couers, Knowles, Bountiful และ Peaceful ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีสถานที่สำหรับการบรรจุหีบห่ออาหารใหม่ และมีแจกจ่ายอาหารโดยเครือข่ายของพนักงาน และอาสาสมัคร นอกจากนี้ยังมีการใช้สำนักงานเป็นสถานที่ฝึกงานของนักศึกษาด้านโภชนาการและบริหารจัดการมหาวิทยาลัย Des Couers (DU)

จากการให้บริการอาหารที่หลากหลายและมีสมาชิกจำนวนมาก จึงได้มีการนำ MBNQA มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

หมวดที่ 1 การนำองค์กร พบว่า ผู้นำระดับสูงมีการปรับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยม ให้ทันสมัยและเหมาะสม โดยการประชุมนอกสถานที่ เพื่อการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และมีการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติในเรื่องค่านิยมขององค์กรไปสู่พนักงานและอาสาสมัคร โดยผ่านทาง การปฐมนิเทศ การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี และวัฒนธรรมองค์กร นอกจากนี้ยังมีการให้รางวัลและยกย่องชมเชยแก่พนักงาน และอาสาสมัครสำหรับการดำเนินงานที่ดี

หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ พบว่า องค์กรมีการจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ ทุกๆ 2 ปี ด้วยกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มี 12 ขั้นตอนดังนี้ 1) การเตรียมการ 2) กำหนดค่านิยม 3) การวิเคราะห์ SWOT และการสำรวจสภาพแวดล้อม 4) การทบทวนนโยบายเงินทุน 5) การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน “สถานะปัจจุบัน” 6) การระดมสมอง “สถานะในอนาคต ” 7) การพัฒนาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เป้าประสงค์ และกรอบเวลา 8) การจัดสรรทรัพยากร 9) การวางแผนปฏิบัติการ 10) การอนุมัติโดยคณะกรรมการบริหาร 11) การถ่ายทอดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ 12) การตรวจติดตามแผนกลยุทธ์

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด พบว่า องค์กรมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของลูกค้า และการขยายบริการ โดยการสำรวจสถานที่ต่างๆ เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุ องค์กรการกุศลไม่แสวงหาผลกำไรอื่นที่ไม่เคยไปให้บริการ เป็นต้น นอกจากนี้ องค์กรยังมีการสร้างสัมพันธ์กับผู้บริจาคและผู้ใจบุญอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานขององค์กรให้มีความสำเร็จยิ่งขึ้น

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ พบว่า มีการมุ่งเน้นให้การเพิ่มทักษะให้แก่พนักงานโดยการจัดอบรม การฝึกอบรมเพื่อทบทวนความรู้ และมีการสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ โดยการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จดหมายข่าว

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการส่งเสริมให้พนักงานและอาสาสมัครมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการกระจายอำนาจตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในทีมปรับปรุงกระบวนการ (Process Improvement Teams: PIT) นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ถึงทักษะความสามารถของพนักงานและอาสาสมัครเพื่อให้มีการจัดการอบรมที่เหมาะสม และมีการนำโปรแกรมการฝึกอบรมข้ามสายงาน และโปรแกรมการหมุนเวียนงาน เพื่อช่วยให้พนักงานและอาสาสมัครสามารถรับช่วงต่อในการให้บริการแทนบุคลากรอื่นได้

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ พบว่า ได้มีการกำหนดความสามารถพิเศษขององค์กร 4 กระบวนการ ดังนี้ การจัดการเก็บรวบรวม การจัดการคัดแยกและบรรจุหีบห่อ การจัดการสินค้าคงคลัง และการจัดการแจกจ่าย กำหนดบริการด้านการดูแลสุขภาพสภาพและกระบวนการส่งมอบการให้บริการ ดังนี้ กระบวนการเข้าถึง กระบวนการลงทะเบียน กระบวนการประเมิน กระบวนการวางแผน และกระบวนการส่งมอบการดูแลสุขภาพ รวมถึงกระบวนการประเมินผู้ป่วย และในการออกแบบกระบวนการดูแลสุขภาพสุขภาพหลัก ใช้หลักการ PDCA

หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ พบว่า มีการประเมินผลการดำเนินงาน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ 2) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 3) ด้านการเงินและตลาด 4) ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร 5) ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ 6) ด้านการนำองค์กร

2.4.5 Triview National

ธนาคารไทรวิวเนชั่นแนล เป็นธนาคารชุมชนที่ถือหุ้นโดยเอกชน มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในรัฐนอร์ท คาโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกา ธนาคารไทรวิวเนชั่นเป็นธนาคารที่ให้บริการลูกค้าและธุรกิจต่างๆ ผ่านสาขาที่ตั้งอยู่ทั่วชุมชนหลัก 14 แห่งในรัฐนอร์ท คาโรไลนา รวมทั้งเมือง Raleigh เมือง Durham และเมือง Chapel Hill แต่ละสาขาสเนอบริการให้กับลูกค้ารายย่อย ธุรกิจขนาดเล็ก และธุรกิจการค้าและบริการต่างๆ ไทรวิวให้บริการทางการเงิน เช่น บัตรเครดิต และใบรับฝากเงิน (Certificates of Deposit: CDs) ให้กับตลาดกลุ่มเป้าหมายในสหรัฐอเมริกา และเนื่องจากธุรกิจ และอุตสาหกรรมธนาคารมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นจึงได้มีการวิจัยหาแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดของสถาบันบริการอื่นๆ รวมทั้งองค์กรที่ได้รับรางวัล โดยนำเอา MBNQA มาเป็นกรอบในการวิจัยและประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

หมวดที่ 1 การนำองค์กร พบว่า ผู้บริหารของธนาคารมีวิสัยทัศน์ที่เน้นการขยายจำนวนสาขาและซื้อกิจการ เพื่อปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพแวดล้อมในการดำเนินธุรกิจ และมีการชี้แจงถึงวิสัยทัศน์และความเชื่อมั่นขององค์กรโดยการจัดประชุมอาทิตย์ละ 1 ครั้งแก่พนักงานทุกฝ่ายทุกระดับในวันอาทิตย์ เพื่อให้พนักงานสาขาสามารถเข้าร่วมประชุมได้ นอกจากนี้พนักงานใหม่ทุกคนจะได้รับทราบวิสัยทัศน์และความเชื่อมั่นขององค์กรในการปฏิรูประบบนิเทศพนักงานใหม่

หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ พบว่า มุ่งเน้นการขยายสาขา ซึ่งอาศัยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) การเพิ่มสินทรัพย์และสร้างฐานเงินทุน 2) การเปิดสำนักงานสาขาใหม่ และซื้อกิจการธนาคารอื่น นอกจากนี้ คณะกรรมการบริหารต้องทำหน้าที่ในการพัฒนากลยุทธ์และวางแผนทางการจัดระเบียบองค์กรเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยการจัดประชุมที่เรียกว่า Quest for Excellence Conference และนำแนวทางวิธีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ใช้ในภาคบริการและการผลิตกลับมาใช้เป็นแนวทางการวางแผนทางธนาคาร และมีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์จากระดับองค์กรไปสู่ระดับฝ่าย ส่วนธุรกิจ และหน่วยธุรกิจตามลำดับ

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด พบว่า เพื่อให้สนองตอบความคาดหวังของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์และบริการ องค์กรมีการร่วมประชุมกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจ จัดทำโครงการเข้าถึงลูกค้ามาใช้ และพิจารณาผลการสำรวจและข้อร้องเรียนของลูกค้า เพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ลูกค้ามีความภักดีต่อธนาคาร และใช้ข้อมูลที่ได้รับจากการร้องเรียนจากลูกค้าเป็นอีกทางหนึ่งในการรับความเห็นจากลูกค้า และหาโอกาส เพื่อการพัฒนาปรับปรุง

หมวดที่ 4 การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริงที่มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนากระบวนการธุรกิจอย่างต่อเนื่อง การนำสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มคุณภาพ ร่วมกับการนำกระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมาใช้ ทำให้สามารถเพิ่มปริมาณข้อมูลเรื่องลูกค้า การปฏิบัติงาน และพนักงานที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีการนำระบบ Smart I ซึ่งระบบนี้จะทำให้คลังข้อมูล ของธนาคารสามารถนำไปใช้ในการสร้างรูปแบบการพยากรณ์ เพื่อสนับสนุนกลยุทธ์ด้านการจัดการความสัมพันธ์ของลูกค้ากับธนาคาร

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า องค์กรให้ความสำคัญกับการกระตุ้นความสนใจและดูแลรักษาพนักงานที่มีอยู่เดิมไว้ มีการฝึกอบรมให้พนักงานสามารถให้บริการที่ดีกว่าและใส่ใจลูกค้ามากกว่าคู่แข่ง โดยการจัดหาโอกาสให้กับพนักงาน เพื่อส่งเสริมความสำเร็จขององค์กร เช่น การทำให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นหมู่คณะ มีโอกาสทาง

วิชาชีพ การศึกษาและการฝึกอบรม ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ที่แข่งขันได้ในตลาด รางวัลและการยกย่องยอมรับและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและถูกอาชีวอนามัย เป็นต้น

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ พบว่ากระบวนการธุรกิจที่สำคัญที่ทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายการเติบโตได้ ก็คือกระบวนการของการตลาดและการขาย การส่งต่องานรับเหมาช่วง ผู้ร่วมลงทุนบริการ และกระบวนการซื้อกิจการ

หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ พบว่า องค์กรมีการประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 2) ด้านการเงินและตลาด 3) ด้านทรัพยากรบุคคล และ 4) ด้านประสิทธิภาพขององค์กร

จากการศึกษาเอกสาร บทความ กรณีศึกษา พบว่าองค์กรที่ได้มีการนำ MBNQA และ TQA ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานทำให้องค์กรเหล่านั้นเกิดการพัฒนาด้านลักษณะก้าวกระโดด มีระบบงานที่ดี มีการพัฒนาความก้าวหน้า มีแรงจูงใจทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความผูกพันกับองค์กร โดยมีการมุ่งเน้นการทำงานที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้า และมีระบบการประเมินที่ดี นอกจากนั้น เป็นการมองในเชิงระบบทำให้เห็นการเชื่อมโยงในภาพรวม และส่งผลให้เกิดการทำงานที่เป็นทิศทางเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นการบูรณาการการบริหารจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างความพึงพอใจให้แก่ทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ ชุมชน และคู่ความร่วมมือ

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยจึงเลือกใช้ MBNQA เป็นกรอบในการถอดบทเรียนแนวทางปฏิบัติระบบฯ ระดับจังหวัด ซึ่งทำให้เห็นการเชื่อมโยงรูปแบบการดำเนินงาน โดยยังคงยึดโครงสร้าง องค์ประกอบโดยรวมของ MBNQA ทั้ง 7 หมวด มาประยุกต์ให้เข้ากับรูปแบบแนวทางการดำเนินงานของระบบฯ ในระดับจังหวัด อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบฯ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์แนวปฏิบัติของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) จำเป็นต้องใช้ข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิประกอบการศึกษา ดังนี้

3.1.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานหรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ ในระดับจังหวัด (รายละเอียดในภาคผนวก ข) ประกอบด้วย

3.1.1.1 หน่วยงานกำกับดูแล

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัด¹
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะสำนักงานระบบฯ
- โรงพยาบาล ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ²

3.1.1.2 หน่วยปฏิบัติการ ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ได้แก่

- หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support: ALS)
- หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS)
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR)

3.1.1.3 ภาควิชาสนับสนุน เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย องค์การบริหารส่วนจังหวัด หน่วยบริหารความปลอดภัยทางทะเล กองทัพเรือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และสถานีตำรวจภูธร เป็นต้น

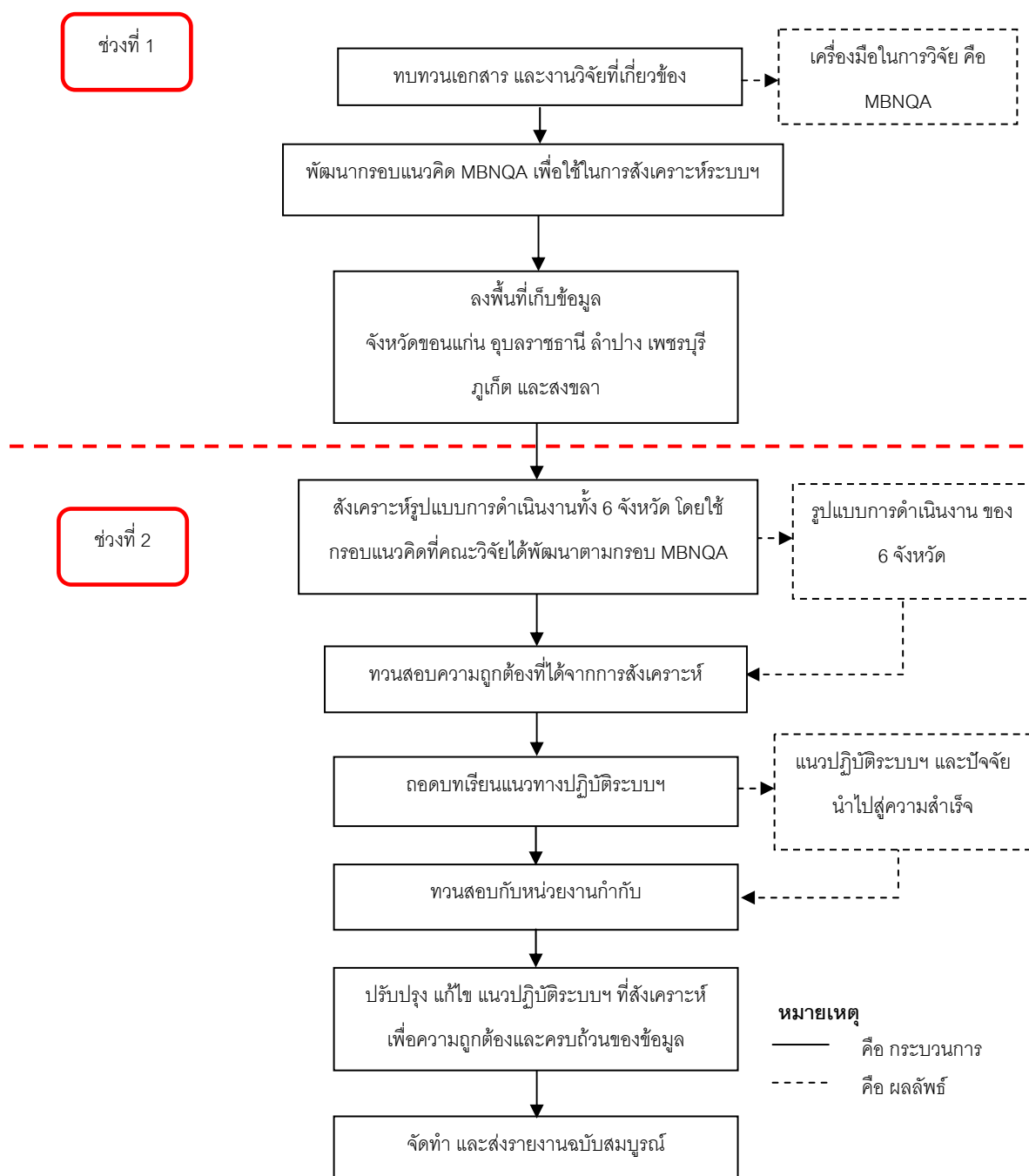
¹ ประกอบไปด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่เขต 7 (จังหวัดขอนแก่น) เขต 10 (จังหวัดอุบลราชธานี) เขต 1 (จังหวัดเชียงใหม่) เขต 5 (จังหวัดราชบุรี) เขต 12 (จังหวัดสงขลา) และเขต 11 (จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่เขต 11 (จังหวัดสุราษฎร์ธานี) คณะวิจัยไม่ได้ทำการเข้าสัมภาษณ์ เนื่องจากขณะนั้นเป็นช่วงการถ่ายโอนภาระหน้าที่ให้แก่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทำให้บทบาทด้านการจัดการงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบฯ เป็นหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) แทน

² ยกเว้น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.1.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากหนังสือ วารสาร เอกสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ และคู่มือเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA)

3.2 ขั้นตอนในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ช่วง ดังแสดงในรูปที่ 3.1

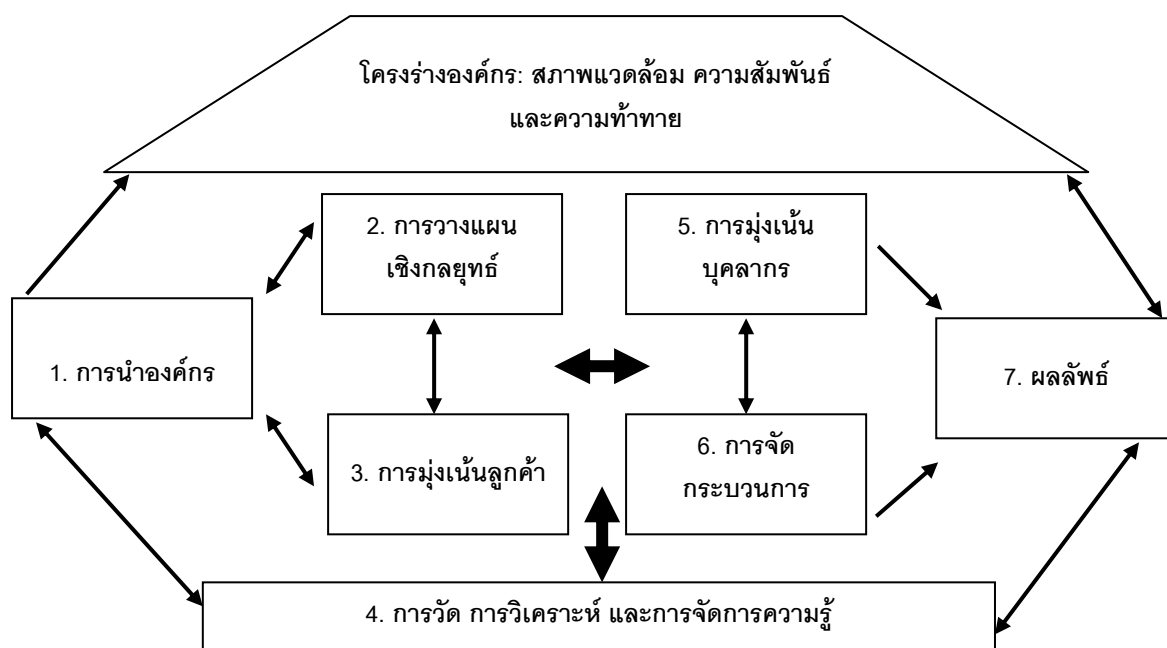


รูปที่ 3.1 ขั้นตอนการศึกษา

3.2.1 การศึกษาในช่วงที่ 1

3.2.1.1 ทบทวนเอกสาร และพัฒนากรอบแนวคิด MBNQA

ในการวิจัยครั้งนี้นำเอาแนวทาง MBNQA ดังแสดงในรูปที่ 3.2 มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสังเคราะห์หลัก และปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในระบบฯ ซึ่ง MBNQA จัดเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 3.2 โครงสร้าง MBNQA

ที่มา: ดัดแปลงจาก โครงสร้าง MBNQA ตาม Baldrige National Quality Program, 2552

การพัฒนาและปรับปรุงกรอบแนวคิดดังกล่าวให้เหมาะสมกับระบบฯ กระทำโดยการทบทวน ปรับปรุงเนื้อหา ความหมาย ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับรูปแบบของระบบฯ มีรายละเอียดดังนี้

- **หมวดโครงสร้างองค์กร** อธิบายถึงสภาพแวดล้อมโดยรวมของการบริหารจัดการ ปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จและสถานะของจังหวัดในการจัดการระบบฯ
- **หมวดที่ 1 การนำองค์กร** อธิบายถึงการชี้นำ ช่องทางในการสื่อสารและกระตุ้นให้บุคลากรมีผลการดำเนินการที่ดี หลักธรรมาภิบาลที่ทำให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน

- **หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์** อธิบายถึงการวางแผนและการจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ การแปลงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่แผนปฏิบัติการ ตลอดจนการคาดการณ์ผลการดำเนินงานในอนาคต
- **หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ** อธิบายถึงวิธีการจัดบริการระบบฯ ที่สอดคล้องกับความต้องการ ความคาดหวัง ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ
- **หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลการดำเนินงาน** อธิบายถึงวิธีการในการวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลการดำเนินงาน รวมทั้งการสร้างและการจัดการความรู้ เพื่อนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบ ฯ ต่อไป
- **หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร** อธิบายถึงการสร้างความผูกพันให้แก่บุคลากร โดยการสร้างแรงจูงใจ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาศักยภาพของผู้นำและบุคลากรที่อยู่ในระบบฯ รวมถึงการบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร การสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เป็นต้น
- **หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ** อธิบายถึงวิธีการออกแบบระบบงานและกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติ และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น โดยการนำกระบวนการทำงานที่สำคัญไปปฏิบัติและจัดการ เกิดการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอันจะนำไปสู่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน
- **หมวดที่ 7 ผลลัพธ์** สรุปผลลัพธ์การดำเนินงานที่สำคัญตามตัวชี้วัด โดยพิจารณาประเด็นต่างๆ เช่น ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สำคัญ การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉิน การมุ่งเน้นบุคลากร การดำเนินงานตามขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลและการนำองค์กร เป็นต้น

3.2.1.2 การลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บและรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) จากหน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนระบบฯ ในระดับจังหวัด รายละเอียดดังแสดงในหัวข้อ 3.1.1

3.2.2 การศึกษาในช่วงที่ 2

3.2.2.1 สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานทั้ง 6 จังหวัด

การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานทั้ง 6 จังหวัด ภายหลังจากการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก คณะวิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์รูปแบบตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของแต่ละจังหวัด

3.2.2.2 ถอดบทเรียนแนวทางปฏิบัติระบบฯ

ในกระบวนการถอดบทเรียนแนวทางปฏิบัติระบบฯ โดยจัดกลุ่มรูปแบบการดำเนินงานในแต่ละหมวด ได้จากการประชุมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) ของคณะวิจัย รวมถึงบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านเวที “การประชุมเพื่อร่วมพิจารณาและระดมความคิดเห็นโครงการวิจัย” ของแต่ละจังหวัด และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานต่อไป ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาที่รวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มมากที่สุด (Turner S., 2545)

3.2.2.3 ทวนสอบกับหน่วยงานในกำกับ

ในการทวนสอบกับหน่วยงานกำกับ คณะวิจัยได้นำแนวทางในการจัดการระบบฯ เสนอผ่านเวทีการประชุมทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ ดังนี้

- ระดับปฏิบัติการ นำเสนอผ่านเวที “โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการสร้างและจัดการความรู้ 2552” ระหว่างวันที่ 19 ถึง 20 มิถุนายน 2552 ณ โรงแรมวรบุรีอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ระดับนโยบาย นำเสนอผ่านเวที “การประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” วันที่ 24 มิถุนายน 2552 กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

3.2.2.4 ปรับปรุง และแก้ไข แนวปฏิบัติระบบฯ ที่สังเคราะห์

ภายหลังจากการทวนสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล คณะวิจัยได้นำความคิดเห็นที่ได้จากเวทีการประชุมเพื่อร่วมพิจารณาและระดมความคิดเห็น โครงการวิจัยในแต่ละจังหวัด และความคิดเห็นจากการทวนสอบกับหน่วยงานกำกับมา ประมวลผลและหาข้อสรุปในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของระบบฯ ระดับจังหวัด และจัดทำ รายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

บทที่ 4

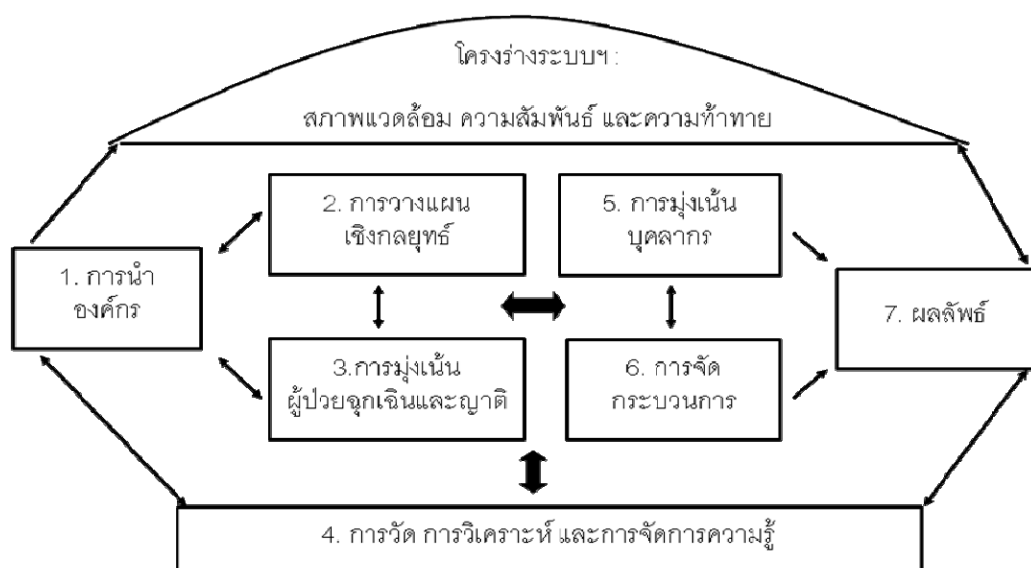
ผลการวิจัย

จากการศึกษา คณะวิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) ใน Health Care Criteria for Performance Excellence เป็นเครื่องมือในการถอดบทเรียน เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา โดยมีการปรับเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับบริบทของระบบฯ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ 5 ประเด็น ดังนี้

- 4.1 การประยุกต์ใช้กรอบ MBNQA สู่แนวทางการปฏิบัติในการจัดระบบฯ
- 4.2 แนวปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด
- 4.3 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา
- 4.4 ปัญหาในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา
- 4.5 การประเมินผลวิจัยจากเวทีนำเสนอ

4.1 การประยุกต์ใช้กรอบ MBNQA สู่แนวทางการปฏิบัติในการจัดระบบฯ

จากการนำกรอบ MBNQA มาปรับใช้ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของระบบฯ สามารถแสดงได้ดังรูปที่ 4.1



รูปที่ 4.1 การประยุกต์ใช้กรอบ MBNQA ในระบบฯ

4.1.1 หมวดที่ 0 โครงร่างระบบฯ (Organization Profile)

อธิบายถึง ภาพรวมในปัจจุบันของระบบฯ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานและความท้าทายในการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด

4.1.1.1 ลักษณะพื้นฐานของระบบฯ ระดับจังหวัด

พิจารณาและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการดำเนินงานและความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย¹ และภาคีสนับสนุน² ดังนี้

4.1.1.1 (ก) สภาพแวดล้อมระบบฯ ของจังหวัด

- (1) รูปแบบการจัดบริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ของหน่วยปฏิบัติการ หรือหน่วยงานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรอง
- (2) วิสัยทัศน์³ พันธกิจ⁴ ค่านิยม⁵ และวัฒนธรรมของระบบฯ
- (3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบฯ เช่น บุคลากรหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก บทบาทหน้าที่ เป็นต้น
- (4) เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการให้บริการและการปฏิบัติงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการ หรืออาจเป็นหน่วยงานที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด⁶
- (5) กฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือแนวทางปฏิบัติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน

¹ หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯ อย่างชัดเจน โดยมีการตกลงอย่างเป็นทางการ และมีเป้าหมายในระยะยาว

² หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯ ในการจัดกิจกรรมบางส่วน หรือเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่มีข้อตกลงหรือการจัดการที่เป็นทางการ และมีเป้าหมายในระยะสั้น

³ วิสัยทัศน์ (Vision) คือ ทิศทางที่จังหวัดจะดำเนินงานระบบฯ ในอนาคต

⁴ พันธกิจ (Mission) คือ หน้าที่โดยรวมของหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบฯ

⁵ ค่านิยม (Values) คือ พฤติกรรมที่คาดหวังให้บุคลากรในระบบฯ มีแนวทางในการปฏิบัติตนในทิศทางเดียวกัน เช่น การมีจิตอาสา การทำงานเป็นทีม เป็นต้น

⁶ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานการดำเนินงานระหว่างสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด กับ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เช่น สำนักงานเลขานุการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

4.1.1.1 (ข) ความสัมพันธ์ภายใน และภายนอกระบบฯ ของจังหวัด

- (1) โครงสร้างและการบริหารจัดการระบบฯ ระดับจังหวัด รวมทั้งการจัดการที่แสดงถึงระบบธรรมาภิบาล เช่น ความโปร่งใสในการจัดสรรงบประมาณ
- (2) การสนับสนุนของภาคีเครือข่ายและภาคีสนับสนุนของระบบฯ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

4.1.1.2 สถานะของระบบฯ

พิจารณาและวิเคราะห์ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงานระบบฯ ของจังหวัด ดังนี้

4.1.1.2 (ก) ระดับความสำเร็จในการพัฒนา และแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ

- (1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปัจจุบัน
- (2) ปัจจัยหลักที่ทำให้ระบบฯ ของจังหวัดประสบความสำเร็จที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.1.1.2 (ข) บริบทเชิงกลยุทธ์

มีการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมากำหนดเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบฯ ของจังหวัด

4.1.1.2 (ค) ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

มีกระบวนการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงผลการดำเนินงานระบบฯ ของจังหวัด โดยมีการจัดทำในลักษณะของวงจรการบริหารงานคุณภาพ (Plan-Do-Check-Act: PDCA) ที่ตอบสนองต่อการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบฯ

4.1.2 หมวดที่ 1 การนำองค์กร (Leadership)

อธิบายถึง การชี้นำของผู้บริหารระดับสูง⁷ ที่ทำให้ระบบฯ ยั่งยืน และระบบธรรมาภิบาล การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมการดำเนินงานที่มีจริยธรรม และการสนับสนุนชุมชนที่ดี

4.1.2.1 บทบาทผู้นำองค์กร

ผู้บริหารระดับสูงมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม รวมทั้งการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน การสร้างบรรยากาศให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี ด้วยการมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

4.1.2.1 (ก) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม

- (1) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมระบบฯ ของจังหวัด และมีการถ่ายทอดไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบฯ เพื่อสร้างความร่วมมือ และการยอมรับในทิศทางเดียวกัน
- (2) มีการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรดำเนินงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และหลักจริยธรรม
- (3) มีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลการดำเนินงานของบุคลากร ที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบฯ ให้เกิดความยั่งยืน
- (4) มีการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.1.2.1 (ข) การสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ

การสื่อสารในลักษณะสองทิศทางทั่วทั้งระบบฯ รวมถึงการให้รางวัลยกย่องชมเชย เพื่อสร้างความผูกพัน⁸ แก่บุคลากร ให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี

4.1.2.2 ระบบธรรมาภิบาล และความรับผิดชอบต่อชุมชน

อธิบายถึง ระบบธรรมาภิบาลที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบฯ ของจังหวัด รวมถึงการทำให้มั่นใจว่าระบบฯ มีการดำเนินงานภายใต้กรอบจริยธรรม และบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ดังนี้

4.1.2.2 (ก) ระบบธรรมาภิบาลของระบบฯ

มีการควบคุมและตรวจสอบในด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การเงิน และพฤติกรรมของบุคลากร ในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

⁷ ผู้บริหารระดับสูง หมายถึง ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือผู้บริหารจากโรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรืออาจเป็นผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานร่วมกัน

⁸ การสร้างความผูกพัน คือ การสร้างความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งมีหลายองค์ประกอบ เช่น การจ่ายค่าตอบแทน การสร้างโอกาสในการพัฒนาตนเอง เป็นต้น

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการระบบฯ ของจังหวัด
- มีแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงาน
- มีการนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานภายใน จังหวัดและภายนอกจังหวัด

4.1.2.2 (ข) พฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายและจริยธรรม

มีการป้องกันการปฏิบัติงานที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ โดยการกำหนดตัวชี้วัด เป้าประสงค์ กฎ ข้อบังคับในการปฏิบัติงาน หรือกฎหมาย เพื่อส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการอยู่ภายใต้จริยธรรมในการปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี

4.1.2.2 (ค) การสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ

มีการสร้างความเข้าใจในระบบฯ แก่ประชาชน โดยการสร้างกิจกรรม การสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน

4.1.3 หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning)

อธิบายถึง การวางแผนเชิงกลยุทธ์และการวางแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับสถานการณ์แวดล้อมทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกจังหวัด รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบฯ ดูกเงินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีการวัดความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4.1.3.1 การจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์

คณะทำงาน⁹ มีการกำหนดความท้าทาย ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบฯ ดูกเงินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังนี้

4.1.3.1 (ก) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

มีการจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ อาจเป็นแผนระยะสั้น หรือระยะยาวตามความเหมาะสมของจังหวัด โดยการวางแผนมีเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ วัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ ระยะเวลาที่จะบรรลุ ตัวชี้วัด และมีการนำปัจจัยต่างๆ มาประกอบในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ดังนี้

⁹ คณะทำงาน หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาระบบฯ

ปัจจัยภายใน

- ขีดความสามารถของบุคลากร
- จุดอ่อน และจุดแข็งในการพัฒนาระบบฯ

ปัจจัยภายนอก

- ความต้องการ และคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ
- โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาระบบฯ
- การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางด้านเทคโนโลยี หรือด้านอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

4.1.3.2 การแปลงแผนเชิงกลยุทธ์ให้เป็นแผนปฏิบัติการ

คณะทำงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งผู้รับผิดชอบสามารถนำแนวทางเหล่านั้นไปปฏิบัติ และตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งมีการประเมินความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติงาน ดังนี้

4.1.3.2 (ก) การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งระบบฯ โดยมีกระบวนการกิจกรรม และแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- มีการวางแผน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ
- มีการจัดสรรงบประมาณในการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้
- มีการระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม
- มีการระบุระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม
- มีการปรับแผนปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ รวมถึงการถ่ายทอดแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ
- มีการจัดทำตัวชี้วัด เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน

4.1.3.2 (ข) การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน

มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยพิจารณาตามตัวชี้วัดที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ เพื่อให้บรรลุผลตามแผนที่วางไว้

4.1.4 หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ (Customer Focus)

อธิบายถึง การจัดการบริการที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์และความพึงพอใจ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

4.1.4.1 การสร้างความผูกพันให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

คณะทำงานส่งเสริมและประสานความร่วมมือให้หน่วยปฏิบัติการจัดการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ โดยการสร้างวัฒนธรรมและจิตสำนึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯ ดังนี้

4.1.4.1 (ก) การจัดรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

- (1) มีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่สามารถตอบสนองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเหมาะสม
- (2) การจัดประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในระบบฯ
- (3) มีกลไกการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายและผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

4.1.4.1 (ข) การสร้างวัฒนธรรมที่ดีกับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

- (1) การสร้างวัฒนธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติงาน กล่าวคือ มีการสร้างจิตสำนึกและหล่อหลอมให้หน่วยปฏิบัติการตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ
- (2) มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เพื่อตอบสนองความต้องการ และการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานระบบฯ

4.1.4.2 การตอบรับของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

คณะทำงานส่งเสริมและประสานความร่วมมือให้หน่วยปฏิบัติการมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ โดยผ่านช่องทางการรับฟังความคิดเห็น การรับข้อร้องเรียน การประเมินความพึงพอใจ หรือแนวทางอื่นๆ ตามความเหมาะสมของจังหวัด รวมถึงการนำข้อมูลดังกล่าวไปปรับปรุงและพัฒนาการจัดการบริการ ดังนี้

4.1.4.2 (ก) การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

มีการรับฟัง ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติในการจัดบริการ รวมทั้งมีการดำเนินการกับข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้มีการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการ

4.1.4.2 (ข) การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติต่อการให้บริการ และมีการนำผลเหล่านั้นไปปรับปรุงแก้ไข พัฒนาระบบการดำเนินงานต่อไป

4.1.4.2 (ค) การวิเคราะห์ และใช้ความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

มีการนำข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ และนำมาปรับปรุงกระบวนการการให้บริการ โดยการมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นศูนย์กลาง ซึ่งคณะทำงานอาจเป็นผู้รับผิดชอบในการนำข้อมูลจากหน่วยปฏิบัติการต่างๆ มาดำเนินการในลักษณะของกระบวนการวางแผน ตรวจสอบ ทบทวน และปรับปรุง (PDCA) เพื่อตอบสนองของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.5 หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management)

อธิบายถึง การวัด การวิเคราะห์ การจัดการข้อมูลสารสนเทศ การปรับปรุงผลการทำงาน และดำเนินการจัดการความรู้ที่สำคัญ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบฯ

4.1.5.1 การวัดผลการดำเนินงาน

คณะทำงานมีการวัด วิเคราะห์ และเชื่อมโยงข้อมูล สารสนเทศ ตลอดจนมีการทบทวน และประเมินผล เพื่อปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

4.1.5.1 (ก) การวัดผลการดำเนินงาน

มีการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามแบบบันทึกการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน และการวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด หรือตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดเพิ่มเติม เพื่อติดตามผลการดำเนินงานโดยรวม

4.1.5.1 (ข) การวิเคราะห์ ทบทวน และการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และประเมินขีดความสามารถของบุคลากร เพื่อนำผล มาใช้สนับสนุนการตัดสินใจและวางแผนปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

4.1.5.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้

คณะทำงานมีการกระบวนการที่สร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ที่จำเป็น มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน รวมทั้งการสร้างและการจัดการความรู้ เพื่อนำไปปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบฯ ดังนี้

4.1.5.2 (ก) การจัดการข้อมูล สารสนเทศ และการจัดการความรู้

- (1) มีการสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้ของระบบฯ ให้มีความแม่นยำ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ รวมทั้งข้อมูลมีความปลอดภัย สามารถประมวลผลได้รวดเร็ว เป็นปัจจุบันมากที่สุด
- (2) มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นให้อยู่ในลักษณะที่พร้อมใช้งาน และทำให้บุคลากร และประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวตามความเหมาะสม
- (3) มีการจัดการความรู้ของระบบฯ โดยการรวบรวมความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่ดี และถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรไปยังภาคีเครือข่ายภาคีสนับสนุน และประชาชนทั่วไป เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

4.1.5.2 (ข) การจัดการแหล่งสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

- (1) มีการทำให้มั่นใจว่าฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์มีความน่าเชื่อถือปลอดภัย และใช้งานง่าย
- (2) มีการทำให้มั่นใจว่า ข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์มีความพร้อมในการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ในกรณีมีภาวะฉุกเฉิน
- (3) มีการประเมิน และปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ ให้มีความพร้อมในการใช้งาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของระบบฯ ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก โดยอาจมีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ วิเคราะห์ความเหมาะสม เพื่อนำมาปรับใช้ภายในจังหวัด

4.1.6 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce)

อธิบายถึง การสร้างความผูกพัน และการพัฒนาบุคลากร เพื่อใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกับแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการโดยรวม รวมทั้งการประเมินความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการดำเนินงานที่ดีให้แก่บุคลากร

4.1.6.1 ความผูกพันของบุคลากร

คณะทำงานมีการสร้างความผูกพันกับบุคลากร รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจ โดยการยกย่องชมเชยและให้รางวัล ดังนี้

4.1.6.1 (ก) การเพิ่มคุณค่าแก่บุคลากร

- (1) มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาถึงการให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมสร้างการมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี
- (2) มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมของระบบฯ ที่ทำให้บุคลากรมีผลการดำเนินงานที่ดี และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยกระบวนการ ดังนี้
 - มีการสร้างความร่วมมือ และมีการถ่ายทอดทักษะของบุคลากรในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ทั้งภายในจังหวัดและภายนอกจังหวัด
 - มีการใช้ประโยชน์จากความสามารถและความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

4.1.6.1 (ข) การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

- (1) การพัฒนาระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากร และผู้นำ ในเรื่องต่อไปนี้
 - มีการอบรมบุคลากรตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
 - มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้
 - มีการส่งเสริมการใช้ความรู้และทักษะใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน
 - มีการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาและประสบการณ์มาใช้ในการฝึกอบรม การสอนงาน และการแนะนำอย่างใกล้ชิดให้แก่บุคลากรในกำกับดูแล
- (2) มีการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ จากผู้บริหาร หรือผู้มีประสบการณ์ โดยการนำความรู้ที่เป็น Tacit Knowledge มาพัฒนาบุคลากร หรือมีการจัดทำในรูปแบบงานวิจัย คู่มือ หรือเอกสารต่างๆ เป็นต้น
- (3) มีการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรในระบบฯ

4.1.6.1 (ค) การประเมินความผูกพันของบุคลากร

มีการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงบรรยากาศในการปฏิบัติงาน

4.1.6.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

คณะทำงานมีการสนับสนุนและประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการขีดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากรตามที่ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด รวมถึงการสร้างบรรยากาศในการทำงานแก่บุคลากร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

4.1.6.2 (ก) ขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

- (1) มีการจัดบุคลากรให้เพียงพอต่อการออกปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างมีคุณภาพตลอด 24 ชั่วโมง
- (2) มีการสรรหา ว่าจ้างบุคลากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อการเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว
- (3) มีการเตรียมบุคลากร เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ เช่น การลาออกของเจ้าหน้าที่

4.1.6.2 (ข) บรรยากาศการทำงานของบุคลากร

- (1) มีการสร้างระบบความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการสถานที่ทำงานให้มีสุขอนามัยและความปลอดภัย โดยอาจจัดตั้งคณะทำงานตรวจเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ
- (2) มีการจัดเตรียมรถกู้ชีพและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน
- (3) มีการจัดบริการ และสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร

4.1.7 หมวดที่ 6 การจัดกระบวนการ (Work Processes)

อธิบายถึง การออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการให้บริการ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ภายใต้มาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.1.7.1 ระบบงาน

คณะทำงานมีการสนับสนุนและประสานความร่วมมือในการวางระบบงาน และกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อตอบสนองและสร้างคุณค่าแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

4.1.7.1 (ก) การวางระบบงาน

การวางระบบงาน และนวัตกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยพิจารณาถึงกระบวนการภายในจังหวัด และกระบวนการภายนอก รวมถึงกระบวนการหลัก¹⁰ และกระบวนการสนับสนุนที่ส่งผลต่อการจัดบริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล

4.1.7.1 (ข) กระบวนการหลักของระบบฯ

มีการกำหนดองค์ประกอบของกระบวนการทำงาน 6 ขั้นตอนหลักในระบบฯ โดยพิจารณาจากการรับฟัง ความต้องการ ความคาดหวังของบุคลากร ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ รวมทั้งนโยบายจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือปัจจัยต่างๆ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติจะได้รับเป็นหลัก

4.1.7.1 (ค) ความพร้อมต่อกรณีภัยพิบัติ และอุบัติเหตุหมู่

มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน และฝึกซ้อมความพร้อมต่อกรณีภัยพิบัติ หรืออุบัติเหตุหมู่อย่างต่อเนื่อง

4.1.7.2 กระบวนการทำงาน

คณะทำงานมีการสนับสนุนและประสานความร่วมมือในการนำกระบวนการทำงานที่สำคัญไปปฏิบัติ ควบคุม ติดตามผล รวมทั้งการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อสร้างคุณค่าแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน และทำให้ระบบฯ ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ดังนี้

4.1.7.2 (ก) การออกแบบกระบวนการทำงาน

การจัดกระบวนการทำงาน และสร้างนวัตกรรมกระบวนการทำงานใหม่เพื่อพัฒนากระบวนการหลักและงานสนับสนุนระบบฯ

4.1.7.2 (ข) การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) มีการนำกระบวนการทำงานไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามข้อกำหนดของการออกแบบ โดยอาศัยการกำกับด้วยการวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และจากการประเมินของโรงพยาบาลที่ช่วยกำกับดูแลงานของหน่วยปฏิบัติการ หรือตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทของจังหวัด

¹⁰ การพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกเหตุของหน่วยปฏิบัติการ (Response) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care In transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

- (2) มีการเก็บข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อพิจารณาถึงแนวทางปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงานให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน
- (3) มีการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหน่วยปฏิบัติการ

4.1.7.2 (ค) การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

มีการผลักดันให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยการแบ่งปันข้อมูลการปรับปรุง และบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงานและกระบวนการอื่นๆ เพื่อลดความผิดพลาดในกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และให้มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น

4.1.8 หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ (Results)

อธิบายถึง ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดขึ้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

4.2 แนวปฏิบัติงานระบบฯ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

จากการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด และนำมาวิเคราะห์ตามกรอบในหัวข้อ 4.1 คณะวิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ของแต่ละจังหวัดในภาคผนวก ก - จ และเพื่อเป็นการรวบรวมภาพการดำเนินงานระบบฯ ของทั้ง 6 จังหวัด คณะวิจัยจึงสรุปโดยรวมตามแนวปฏิบัติในแต่ละหมวด และยกตัวอย่างแนวปฏิบัติที่น่าสนใจหรือมีความโดดเด่นจนอาจเป็นตัวอย่างให้พื้นที่อื่นๆ ได้ดังต่อไปนี้

4.2.1 หมวดที่ 0 โครงร่างระบบฯ (Organization Profile)

4.2.1.1 ลักษณะพื้นฐานของระบบฯ ระดับจังหวัด

4.2.1.1 (ก) สภาพแวดล้อมระบบฯ ของจังหวัด

(1) รูปแบบการจัดบริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการจัดรูปแบบบริการครอบคลุมทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ซึ่งโดยทั่วไปทางบกประกอบไปด้วยหน่วยปฏิบัติการ 3 ระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support: ALS) หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) นอกจากนี้ จังหวัดขอนแก่นมีหน่วยปฏิบัติอีกหนึ่งระดับ คือหน่วยปฏิบัติการ

การแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานประเภทที่ 1 (Intermediate Life Support: ILS) ซึ่งปฏิบัติงานในกรณีที่มีการสั่งการให้โรงพยาบาลออกปฏิบัติงาน แต่อาการผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงมากนัก จึงมอบหมายให้เจ้าพนักงานกู้ชีพ (EMT-I) ออกเหตุแทน

(2) วิสัยทัศน์¹¹ พันธกิจ¹² ค่านิยม¹³ และวัฒนธรรมของระบบฯ

จังหวัดขอนแก่น เพชรบุรี และภูเก็ตมีการกำหนดวิสัยทัศน์ของระบบฯ ขึ้นมา ส่วนอุบลราชธานีและลำปางอาศัยวิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน และสงขลามีการนำวิสัยทัศน์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ในส่วนของพันธกิจ พบว่า จังหวัดขอนแก่นและเพชรบุรีมีการกำหนดพันธกิจของระบบฯ ในขณะที่อุบลราชธานีและลำปางนำพันธกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ภูเก็ต และสงขลายังไม่ปรากฏรูปแบบที่ชัดเจนในเรื่องของพันธกิจ ในส่วนของค่านิยม พบว่ามีเพียงจังหวัดลำปางที่นำค่านิยมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ส่วนพื้นที่ศึกษาอีก 5 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการกำหนดวัฒนธรรม พบว่ามีเพียงจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการนำวัฒนธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ส่วนพื้นที่ศึกษาอีก 5 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

(3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบฯ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มี 3 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบฯ คือ (i) สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ii) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (iii) หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบุคลากรที่รับผิดชอบคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ส่วนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่าพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลโดยมีบุคลากรจากห้องฉุกเฉินดูแลเป็นหลัก แต่กรณีอุบลราชธานี ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งนี้มีแพทย์ on call โรงพยาบาลวิภาวดีประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และมีพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนหมุนเวียนมาอยู่เวร ในส่วนของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีอีกหนึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานเลขานุการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

¹¹ วิสัยทัศน์ (Vision) คือ ทิศทางที่จังหวัดจะดำเนินงานระบบฯ ในอนาคต

¹² พันธกิจ (Mission) คือ หน้าที่โดยรวมของหน่วยงานต่างๆ ที่ต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบฯ

¹³ ค่านิยม (Values) คือ พฤติกรรมที่คาดหวังให้บุคลากรในระบบฯ มีแนวทางในการปฏิบัติตนในทิศทางเดียวกัน เช่น การมีจิตอาสา การทำงานเป็นทีม เป็นต้น

ทั้งนี้บุคลากรที่สำคัญประกอบด้วย ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด นักวิชาการ สาธารณสุข และลูกจ้างกองทุนศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด และสำหรับหน่วยปฏิบัติการในทุก ระดับของทั้ง 6 จังหวัด พบว่าทุกหน่วยอาศัยมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ในการจัดเตรียมบุคลากรสำหรับปฏิบัติงาน

(4) อาคารสถานที่ เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการและการปฏิบัติงาน

อธิบายตามหน่วยงานหลักของระบบฯ ได้ดังนี้

1. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้ง 6 จังหวัด ตั้งอยู่ที่อาคาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีเทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โปรแกรมบันทึกข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

2. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ แบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ (i) ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาล ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา (ii) ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี โดยมีเทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น วิทยุสื่อสาร โปรแกรม Fibo และโปรแกรมบันทึกข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ยกเว้น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งใช้โปรแกรมการบันทึกข้อมูลของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 (รายละเอียดดังแสดงใน 4.2.5.2 (ก) (1))

3. หน่วยปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่ โรงพยาบาล เทศบาล องค์การบริหาร ส่วนตำบล มูลนิธิ สมาคมกุฎีฟและสมาคมกุฎีภย อาจมีที่แตกต่างกันตามบริบทของจังหวัด เช่น จังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานี มีหน่วยปฏิบัติการบางแห่งตั้งอยู่ที่สถานีอนามัย ลำปางมีหน่วยปฏิบัติการบางแห่งตั้งอยู่ที่สถานีตำรวจภูธร และภูเก็ตมีหน่วยปฏิบัติการตั้งอยู่ที่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด โดยมีเทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร อุปกรณ์ปฐมพยาบาล และอุปกรณ์ลำเลียงผู้ป่วย ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติกำหนด เป็นต้น

นอกจากนี้ ยานพาหนะที่ได้ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด มี 3 ระดับ ดังนี้

- ระดับ ALS จากการศึกษาพบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดเป็นรถตู้ พยาบาล ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็น "พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง"
- ระดับ BLS จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นรถกระบะดัดแปลง ได้ขึ้นทะเบียนเป็น "พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน" แต่ใน

จังหวัดลำปาง ภูเก็ต และสงขลา หน่วยปฏิบัติการบางแห่งได้นำรณดู่พญาบาลมาขึ้นทะเบียน

- ระดับ FR จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นรณดู่กระบะดัดแปลงซึ่งขึ้นทะเบียนเป็น "พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น" แต่ในจังหวัดภูเก็ต หน่วยปฏิบัติการบางแห่งได้นำรณดู่พญาบาลมาขึ้นทะเบียน โดยมีการให้ข้อมูลว่าภูเก็ตเป็นจังหวัดท่องเที่ยว ทั้งนี้ทัศนคติของชาวต่างชาติส่วนใหญ่มองว่ารณดู่จำเป็นต้องเป็นรณดู่พญาบาลเท่านั้น จังหวัดสงขลา ก็เช่นกันที่มีการนำรณดู่พญาบาลมาขึ้นทะเบียน อันเนื่องจากการที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้จัดหา รณดู่พญาบาลให้แก่เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

(5) กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือแนวทางปฏิบัติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ได้ดำเนินงานระบบฯ ภายใต้กฎระเบียบ มาตรฐาน และข้อบังคับต่างๆ เช่น (i) ด้านวิชาชีพและจริยธรรม นำพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (ii) ด้านการพัฒนาระบบฯ นำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2555 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด (iii) ด้านการเงิน นำคู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ของกระทรวงสาธารณสุข และประกาศของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าชุดเวชและเงินอุดหนุน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มาใช้เป็นแนวทางในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติการ

4.2.1.1 (ข) ความสัมพันธ์ภายใน และภายนอกระบบฯ ของจังหวัด

(1) โครงสร้างและการบริหารจัดการระบบฯ ระดับจังหวัด รวมทั้งการจัดการที่แสดงถึงระบบธรรมาภิบาล

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการกำหนดโครงสร้างระบบฯ และจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด (รายละเอียดดังแสดงในหัวข้อ 4.2.2.2 (ก))

(2) การสนับสนุนของภาคีเครือข่ายและภาคีสนับสนุนของระบบฯ รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่าย¹⁴ ต่างๆ คล้ายกัน แต่สำหรับภาคีสันับสนุน¹⁵ มีความแตกต่างกันตามบริบทของจังหวัด ทั้งนี้คณะวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะหน่วยงานหลักที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบฯ เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ภาคีเครือข่ายและภาคีสันสนับสนุนของระบบฯ ในแต่ละจังหวัด

หน่วยงาน	ขอนแก่น	อุบลราชธานี	ลำปาง	เพชรบุรี	ภูเก็ต	สงขลา	หมายเหตุ
1. ภาคีเครือข่าย							
1.1 ระดับประเทศ							
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.2 ระดับจังหวัด							
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
โรงพยาบาล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ขอนแก่นเป็นภาคีสันสนับสนุน
เทศบาล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
องค์การบริหารส่วนตำบล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
มูลนิธิ สมาคม กู้ชีพหรือสมาคมกู้ภัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
สถานีตำรวจภูธร			✓				
สถานีอนามัย	✓	✓		✓			
2. ภาคีสันสนับสนุน							
สนับสนุนด้านการฝึกอบรม							
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	✓	✓					ขอนแก่นเป็นภาคีเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี		✓		✓			เพชรบุรี เป็นภาคีสันสนับสนุน
ศูนย์ฝึกกองร้อยเครื่องยิงหนัก กรมทหารราบที่ 6 ค่ายสรรพสิทธิประสงค์		✓					
สนับสนุนการช่วยเหลือทางน้ำ และทางอากาศ							
กองทัพอากาศ					✓	✓	
ตำรวจตระเวนชายแดน	✓	✓		✓			
กองบินตำรวจ			✓				
อื่นๆ เช่น สันสนับสนุนรถกู้ชีพ							
องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น (JICA)	✓				✓		
อนามัยโลก (WHO)	✓						
องค์การบริหารส่วนจังหวัด		✓	✓		✓	✓	ภูเก็ตเป็นภาคีเครือข่าย

14 หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯ อย่างชัดเจน โดยมีการตกลงอย่างเป็นทางการ และมีเป้าหมายในระยะยาว

15 หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบฯ ในการจัดกิจกรรมบางส่วน หรือเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยไม่มีข้อตกลงหรือการจัดการที่เป็นทางการ และมีเป้าหมายในระยะสั้น

4.2.1.2 สถานะของระบบฯ

4.2.1.2 (ก) ระดับความสำเร็จในการพัฒนา และแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ

(1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด สามารถประเมินความสำเร็จโดยการนำตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหลัก

(2) ปัจจัยหลักที่ทำให้ระบบฯ ของจังหวัดประสบความสำเร็จที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คณะวิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในระบบฯ โดยพิจารณาตามกรอบ MBNQA ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในระบบฯ ดังนี้ (i) การนำองค์กร (ii) การมุ่งเน้นบุคลากร (iii) การจัดการกระบวนการ (รายละเอียดดังแสดงในหัวข้อ 4.3)

4.2.1.2 (ข) บริบทเชิงกลยุทธ์

จากการศึกษา พบว่า จังหวัดขอนแก่น เพชรบุรี และสงขลามีการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมากำหนดเป็นแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และปรับปรุงระบบฯ ของจังหวัด (รายละเอียดดังแสดงในหัวข้อ 4.2.3.1 (ก)) ส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง และภูเก็ต ยังไม่มีการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน

4.2.1.2 (ค) ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

จากการศึกษา พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีกระบวนการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงผลการดำเนินงานระบบฯ ของจังหวัด ในรูปแบบที่แตกต่างกัน (รายละเอียดดังแสดงในหัวข้อ 4.2.7.2 (ค))

4.2.2 หมวดที่ 1 การนำองค์กร (Leadership)

อธิบายถึง การชี้แนะของผู้บริหารระดับสูง¹⁶ ที่ทำให้ระบบฯ ยั่งยืน และระบบธรรมาภิบาล การส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมการทำงานที่มีจริยธรรม และการสนับสนุนชุมชนที่ดี

¹⁶ ผู้บริหารระดับสูง หมายถึง ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือผู้บริหารจากโรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรืออาจเป็นผู้บริหารระดับสูงจาก 2 หน่วยงานร่วมกัน

4.2.2.1 บทบาทผู้นำองค์กร

4.2.2.1 (ก) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม

(1) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมระบบฯ ของจังหวัด

1. การกำหนดวิสัยทัศน์ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 มีการนำวิสัยทัศน์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นวิสัยทัศน์ของระบบฯ ในจังหวัดสงขลา

1.2 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ขึ้นมา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานระบบฯ ในจังหวัดขอนแก่น เพชรบุรี และภูเก็ต ยกตัวอย่างการกำหนดวิสัยทัศน์ของจังหวัดภูเก็ต กล่าวคือ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของระบบฯ จังหวัดภูเก็ต คือ “พัฒนาระบบ EMS ที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม เข้าถึงได้ และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งในยามปกติและยามวิกฤติ” หลังจากนั้นมีการนำวิสัยทัศน์เสนอในที่ประชุมเครือข่ายระบบฯ ประจำเดือน โดยมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการประชุม เช่น โรงพยาบาล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น เพื่อรับทราบและถือปฏิบัติเป็นทิศทางเดียวกัน

1.3 มีการนำวิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางดำเนินงานระบบฯ ในจังหวัดอุบลราชธานี และลำปาง ตัวอย่างในจังหวัดลำปาง กล่าวคือผู้บริหารระดับสูงและคณะทำงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้นำวิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ว่า “คนลำปางมีสุขภาพดี ภายใต้ระบบบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน” ใช้กับงานระบบฯ

2. การกำหนดพันธกิจ พบว่าจังหวัดขอนแก่น และเพชรบุรีมีการกำหนดพันธกิจของระบบฯ แต่ภูเก็ต และสงขลา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและลำปาง ได้มีการนำพันธกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางดำเนินงาน ยกตัวอย่างพันธกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ดังนี้ (i) พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ (ii) พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (iii) ส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

3. การกำหนดค่านิยมจากการศึกษา พบว่าจังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน มีเพียงจังหวัดลำปางที่มีการนำค่านิยมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทาง ดังนี้ “มุ่งผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม”

(2) การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้บุคลากรดำเนินงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และหลักจริยธรรม

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีการยึดหลักของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ จังหวัดขอนแก่นมีการจัดทำ "ระเบียบว่าด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และผู้ป่วยด้วยโรคปัจจุบัน ของจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2541" เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ซึ่งในระเบียบฯ ดังกล่าว มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 กล่าวถึง การจัดยานพาหนะและอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย หมวดที่ 2 กล่าวถึง บุคลากรที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่จังหวัดกำหนดขึ้น หมวดที่ 3 กล่าวถึง ข้อตกลงในการปฏิบัติงาน เช่น ขณะปฏิบัติงาน ต้องบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือ หมวดที่ 4 องค์การควบคุมการปฏิบัติงาน กล่าวถึง การจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการปฏิบัติงาน เช่น กรณีที่เกิดการขัดแย้งจากการปฏิบัติงาน ควรให้คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ พิจารณาตัดสิน หมวดที่ 5 กล่าวถึง การกำหนดให้สถานีตำรวจภูธร เป็น "ศูนย์ให้ความช่วยเหลือ" หมวดที่ 6 กล่าวถึง การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สุขาภิบาล องค์กรมหาชน สนับสนุนเงินรายได้ เป็นงบประมาณในการบริหารจัดการของ "ศูนย์ให้ความช่วยเหลือ"

(3) การสร้างบรรยากาศที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบฯ ให้เกิดความยั่งยืน แบ่งได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. มีการสนับสนุนและประสานความร่วมมือให้หน่วยงานต่างๆ ที่มีความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายระบบฯ ตามแนวทางรูปแบบ Bottom-Up ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา

ตัวอย่างของจังหวัดเพชรบุรี กล่าวคือ คณะผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ลงพื้นที่ด้วยตนเองในลักษณะชั้นที่มิตรสหาย (แบบไม่เป็นทางการ) ระหว่างผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะทำงานระดับจังหวัดกับผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจง แลกเปลี่ยนประสบการณ์และชักชวนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมเป็นเครือข่ายระบบฯ จากการสัมภาษณ์พบว่าวิธีดังกล่าวทำให้เกิดการขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการเพื่อลงพื้นที่ ดังนี้

- เลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม เช่น ผ่านการอบรม FR แต่ยังไม่ออกปฏิบัติงาน หรือพื้นที่ใหม่แต่มีความพร้อมในการทำงาน

- กำหนดการเยี่ยมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดวันที่นายกฯ หรือปลัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติงาน
- กำหนดการลงพื้นที่แต่ละครั้งอยู่ในโซนที่ใกล้เคียงกัน (ในหนึ่งอำเภออาจกำหนด 2-3 วัน เพื่อให้ครบทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

2. มีการผลักดันในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการในลักษณะเชิงรุก กล่าวคือเป็นรูปแบบ Top-Down ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการกำหนดให้สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ และกำหนดให้บุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราวของสถานีอนามัย ได้รับเงินเดือน 5,360 บาทต่อเดือน จากนั้นมีการประสานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับเป็นค่าเช่ารถกระบะตัดแปลงพร้อมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 60 คัน ให้แก่สถานีอนามัยเพื่อจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ

(4) การส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการสนับสนุนการประชุม Peer Review Dead Case หรือ Interesting Case เพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน

4.2.2.1 (ข) การสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ

แนวทางการสื่อสารของผู้บริหารระดับสูงต่อหน่วยปฏิบัติการมี 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การสื่อสารผ่านการประชุมประจำเดือนที่มีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงของระบบฯ จนถึงระดับปฏิบัติการของท้องถิ่น ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น และภูเก็ต ยกตัวอย่าง จังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ มีการส่งเสริมการประชุม EMS Day เป็นประจำทุกเดือน ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ทำหน้าที่เป็นประธาน ทั้งนี้การประชุมดังกล่าวประกอบด้วยการนำเสนอภาพรวมผลการดำเนินงาน และสรุปบทเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้บุคลากรสามารถแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องต่างๆ อย่างอิสระ และนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงาน

2. การสื่อสารผ่านการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีเฉพาะโรงพยาบาลเข้าร่วม ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี และสงขลา โดยหากมีประเด็นใดที่ต้องสื่อสารไปยังหน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่นจะเป็นการชี้แจงผ่านโรงพยาบาลที่ดูแลหน่วยปฏิบัติการดังกล่าว

4.2.2.2 ระบบธรรมาภิบาล และความรับผิดชอบต่อชุมชน

4.2.2.2 (ก) ระบบธรรมาภิบาลของระบบฯ

การควบคุมและตรวจสอบในด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การเงิน และ พฤติกรรมของบุคลากร ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

1. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด เพื่อกำกับ ควบคุมการดำเนินงานระบบฯ ในภาพรวมของจังหวัด พบว่าพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาระบบฯ

2. การตรวจสอบการปฏิบัติงาน โดยเน้นความโปร่งใสในการจัดสรร ค่าตอบแทนปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ จากการศึกษาพบว่าพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการ ปฏิบัติงานตามแนวทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด โดยอาจมีหน่วยงานหลัก รับผิดชอบที่แตกต่างกัน แบ่งได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในจังหวัดอุบลราชธานี เพชรบุรี และภูเก็ต

2.2 ลักษณะการทำงาน ประสานความร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกัน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ โรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ลำปาง และสงขลา ทั้งนี้ รูปแบบการจัดแบ่งภาระงานขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัด เช่น ในจังหวัดขอนแก่น สำนักงานเลขานุการ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ทำหน้าที่เป็นสำนักงานประสานความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยมีขั้นตอนการ ตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ ดังนี้ (i) จัดรูปแบบบันทึกการปฏิบัติงานของหน่วย ปฏิบัติการและแบบบันทึกการรับแจ้งและสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อตรวจสอบและ พิจารณาการจ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติการ ซึ่งข้อมูลทั้ง 2 ส่วนต้องตรงกัน และบันทึกข้อมูลลงใน โปรแกรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 (ii) ส่งสรุปผลการ ดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการไปยังกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุมัติเงินค่าตอบแทนปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ โดยทางกองควบคุมโรคไม่ติดต่อจะ ตรวจสอบหลักฐานการเบิกค่าตอบแทนอีกครั้ง และส่งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม อนุมัติการเบิกจ่าย

3. การนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมี การนิเทศทั้งภายในและภายนอกจังหวัด โดยหากเป็นการนิเทศภายในจังหวัดจะมีการมอบหมาย

ให้โรงพยาบาลแม่ข่าย¹⁷ ทำหน้าที่นิเทศหน่วยปฏิบัติการ และการนิเทศภายนอกจังหวัด คือ การนิเทศงานจากสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

4.2.2.2 (ข) พฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายและจริยธรรม

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ยังไม่มีรูปแบบการพิจารณาพฤติกรรมด้านจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง หากแต่มีสิ่งที่สามารถตรวจสอบได้ คือ ผลการประเมินของแพทย์และพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินตามแบบบันทึกการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ กล่าวคือ จะมีการรายงานปัญหาต่างๆ ในกรณีพนักงานกู้ชีพมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดหรือไม่ถูกต้อง โดยปัญหาดังกล่าวจะถูกรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยปฏิบัติการ

4.2.2.2 (ค) การสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ

มีการสร้างความเข้าใจในระบบฯ แก่ประชาชน โดยการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีรูปแบบการบริหารจัดการที่เหมือนกัน กล่าวคือ เน้นการรับอาสาสมัครกู้ชีพที่เป็นบุคลากรในพื้นที่ของหน่วยปฏิบัติการ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

4.2.3 หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning)

4.2.3.1 การจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์

4.2.3.1 (ก) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ขอนแก่น เพชรบุรี และสงขลามีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ระดับจังหวัด ส่วนในอีก 3 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน

ยกตัวอย่างของจังหวัดสงขลา กล่าวคือ มีการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาปรับให้เหมาะสมกับจังหวัด และมีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ของระบบฯ โดยจัดทำทุกปีงบประมาณ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำในลักษณะที่รองนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เรียกว่า “ประชุมโต๊ะเล็ก” เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ซึ่งมีการพิจารณาถึงประเด็นในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ เช่น

¹⁷ โรงพยาบาลแม่ข่าย ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ความรู้ เช่น การจัดอบรม FR การอบรมฟื้นฟู เป็นต้น ให้หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS หรือ FR ในท้องถิ่นที่รับผิดชอบ

(i) ปัญหาที่ประสบในปีที่ผ่านมา เช่น ในเรื่องของการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ FR มีบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน (ii) สิ่งต้องการพัฒนา เช่น ต้องการจัดให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูงาน เป็นต้น

โดยที่กลยุทธ์การดำเนินงานของระบบฯ จังหวัดสงขลา มีการให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และการตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ดังนี้ตัวอย่างแผนเชิงกลยุทธ์ ปี 2552

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ
กลยุทธ์ การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระบบส่งต่อ และการสร้างความเข้มแข็งของระบบ
กลยุทธ์ การส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบฯ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
ประกอบด้วยกลยุทธ์ 3 ข้อ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1 การจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานอย่างเพียงพอตลอด 24 ชั่วโมง กลยุทธ์ที่ 2 การจัดหาสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ และ กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
กลยุทธ์ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ และการประชาสัมพันธ์
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาบุคลากรและงานวิจัย
กลยุทธ์ การพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

4.2.3.2 การแปลงแผนเชิงกลยุทธ์ให้เป็นแผนปฏิบัติการ

4.2.3.2 (ก) การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งระบบฯ โดยมีการระบุกิจกรรมและแนวทางการดำเนินงาน ตัวอย่างการจัดทำแผนปฏิบัติการของจังหวัดขอนแก่น และสงขลา ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งระบุกิจกรรมและแนวทางการดำเนินงาน (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ก) โดยการกำหนดให้หน่วยงานที่มีความชำนาญในเรื่องนั้นๆ รับผิดชอบการจัดแผนปฏิบัติการหรือกิจกรรมด้านดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม

หน่วยงาน	กิจกรรมที่รับผิดชอบ
สำนักงานเลขาธิการศูนย์อภิตีเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น	- ด้านวิชาการ - ด้านการจัดบริการ - ด้านการขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ในฐานะสำนักงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)	- ด้านความร่วมมือของเครือข่าย - ด้านการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น - โรงพยาบาลศรีนครินทร์	ด้านการพัฒนาบุคลากร

ทั้งนี้มีการขอสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น จากนั้น สำนักงานเลขาธิการศูนย์อภิตีเหตุและวิกฤติบำบัด จะนำแผนปฏิบัติการที่พัฒนานำเสนอในที่ประชุมระดับจังหวัดที่มีจุดภาคี¹⁸ และโรงพยาบาล เพื่อสอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติม และเมื่อสรุปมติเป็นที่เรียบร้อยแล้วจะถ่ายทอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายของแต่ละอำเภอรับทราบ หลังจากนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายจะขยายผลการประชุมไปยังหน่วยปฏิบัติการในกำกับดูแล

จังหวัดสงขลา มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งระบุกิจกรรมและแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ก) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะนำแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นชี้แจงในการประชุมระดับจังหวัด เพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายรับทราบและถือปฏิบัติ หลังจากนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายจะขยายผลการประชุมไปยังหน่วยปฏิบัติการในกำกับดูแล ตลอดจนมีการติดตามการปฏิบัติตามแผนฯ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและให้บรรลุตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ พบว่าภายใน

¹⁸ จุดภาคี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

โซนต่างๆ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการย่อยเช่นกัน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติการและประชาชนในพื้นที่

4.2.3.2 (ข) การคาดการณ์ผลการดำเนินงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีการตั้งเป้าหมายและติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และบรรลุให้ตามแผนปฏิบัติการ

4.2.4 หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ (Customer Focus)

4.2.4.1 การสร้างความผูกพันให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

4.2.4.1 (ก) การจัดรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

(1) การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่สามารถตอบสนองผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเหมาะสม

คณะวิจัยอ้างอิงการจำแนกอาการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามคู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (i) ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการรุนแรง จะได้รับการดูแลจากหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS หรือ BLS ยกเว้นขอนแก่นที่มีเพิ่มเติม คือ หน่วยปฏิบัติการ ILS (ii) ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการไม่รุนแรง จะได้รับการดูแลจากหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS หรือ FR

(2) การจัดประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีรูปแบบการจัดประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย ซึ่งมีตัวอย่างการจัดประชาสัมพันธ์ของจังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานีและภูเก็ต ที่น่าสนใจ ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น ในปีพ.ศ. 2549 ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ในรูปแบบของแผ่นบันทึกเสียงโดยจัดทำเป็นเพลงหมอลำ จำนวน 2 กลอน ได้แก่ “กลอนลำล่อง” และ “กลอนลำชิง” ซึ่งมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับอาการของโรคที่สามารถเรียกใช้บริการหน่วยปฏิบัติการ วิธีการเรียกใช้บริการหน่วยปฏิบัติการ และระดับของหน่วยปฏิบัติการที่ให้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนที่ยังไม่ได้รับใบปลิวประชาสัมพันธ์ หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้สามารถเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ที่โรงแรมในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จำนวน 28 แห่ง มูลนิธิบุญทันตา มีการประชาสัมพันธ์ โดยการจัดนิทรรศการลดอุบัติเหตุ และการนำรถกู้ชีพไปจอดตามงานต่างๆ

จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ในรูปแบบของแผ่นบันทึกเสียงเป็นภาษาพื้นเมือง ซึ่งมีเนื้อหาที่หลากหลาย เช่น ลักษณะการให้บริการ ประกอบไปด้วย หมายเลข 1669 คุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการที่ผ่านการอบรมอย่างมีพยาบาล พร้อมทั้งรถกู้ชีพและอุปกรณ์ที่ครบครัน และที่สำคัญเป็นการให้บริการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินถึงโรงพยาบาลฟรี นอกจากนี้มีการจัดทำเพลงที่มีท่อนเนื้อหาของเพลงที่ติดปากคนจังหวัดอุบลราชธานี คือ “เจ็บป่วยฉุกเฉินเมื่อไร อย่าลืมเรียกใช้กู้ชีพอุบล”

จังหวัดภูเก็ต ในปีพ.ศ. 2548-2551 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดภูเก็ต โดยขอสนับสนุนงบประมาณการประชาสัมพันธ์จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด¹⁹ ส่งผลให้จังหวัดมีการจัดประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ เช่น พวงกุญแจ สายโทรศัพท์ นามบัตร ไม้บรรทัด (ดังแสดงในรูปที่ 4.2) นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตร่วมกันตั้งแผนการประชาสัมพันธ์ โดยมีเป้าหมาย คือ เด็กมัธยมปลายต้องผ่านการเรียนในเรื่องการปฐมพยาบาลกับฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในโรงเรียน และในปี พ.ศ. 2552 ช่วงปิดเทอมจะมีการจัดทำค่ายเด็กอาสา โดยเชิญตำรวจเป็นวิทยากรอบรมในเรื่องกฎหมาย และเชิญสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจัดกิจกรรมกู้ภัย เพื่อให้เยาวชนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในบ้านได้



รูปที่ 4.2 ตัวอย่างสื่อประชาสัมพันธ์จังหวัดภูเก็ต

¹⁹ ในปี 2552 ยังไม่ได้รับงบประมาณในส่วนนี้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้บริหารใหม่ จึงอยู่ในช่วงของการพิจารณาโครงการ

(3) กลไกการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายและผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

โดยส่วนใหญ่ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ใช้การสื่อสารผ่านช่องทางโทรศัพท์ ยกตัวอย่างของจังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีการออกแบบระบบโทรศัพท์ให้สามารถรองรับการแจ้งเหตุพร้อมกันได้ประมาณ 10 สาย ทั้งนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถโทรแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 191 หรือเบอร์โทรศัพท์สายตรงของหน่วยปฏิบัติการ ซึ่งหน่วยงานที่รับแจ้งเหตุจะต้องแจ้งกลับมาที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

4.2.4.1 (ข) การสร้างวัฒนธรรมที่ดีกับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

(1) การสร้างวัฒนธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติงาน กล่าวคือ มีการสร้างจิตสำนึกและหล่อหลอมให้หน่วยปฏิบัติการตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

จากการศึกษา พบว่าพื้นที่ศึกษา ทั้ง 6 จังหวัดยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน แต่ทั้งนี้รูปแบบที่น่าสนใจ คือ จังหวัดภูเก็ต กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มีการจัดทำคำขวัญระบบฯ เพื่อหล่อหลอมจิตสำนึกของหน่วยปฏิบัติการให้มีความเป็นหนึ่งเดียว ส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

“EMS ภูเก็ตพร้อม	พลังรวม
มูลนิธิ-ท้องถิ่นร่วม	หล่อหลอม
เรียนฝึกซ้อมสร้างสวม	สู่จิต ใส่ใจงาน
ช่วยชีพไทยเทคพร้อม	สู่เหย้า ปลอดภัย”

นอกจากนี้ยังพบว่า ในระดับหน่วยปฏิบัติการของจังหวัดสงขลามีการจัดทำคติประจำหน่วยปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ดังนี้ “ยึดมั่นอุดมการณ์ สมัคสมานสามัคคี นำพาทุกชีวิปลอดภัย”

(2) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ เพื่อตอบสนองความต้องการ และการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานระบบฯ

ในระดับจังหวัด พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่มีรูปแบบที่ชัดเจน หากแต่มีกรณีที่น่าสนใจในระดับปฏิบัติการ คือ เทศบาลตำบลเมืองเก่า จังหวัดขอนแก่น มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ โดยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน พร้อมทั้งมอบของขวัญให้แก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างความประทับใจในการให้บริการ

4.2.4.2 การตอบรับของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

4.2.4.2 (ก) การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

มีการรับฟัง ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติในการจัดบริการ รวมทั้งมีการดำเนินการกับข้อร้องเรียน เพื่อให้มีการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การรับฟัง ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ จากการศึกษา พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ใช้หมายเลข 1669 ในการรับเรื่องร้องทุกข์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั่วประเทศตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติสามารถให้ข้อคิดเห็น หรือข้อร้องเรียนการให้บริการระบบฯ ผ่านหมายเลขดังกล่าว นอกจากนี้สามารถร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการได้โดยตรงกับหน่วยปฏิบัติการ และโรงพยาบาลที่นำส่งผู้ป่วย

2. การดำเนินการต่อข้อร้องเรียน มีดังนี้ (i) ในกรณีที่เกิดปัญหาเกิดจากศูนย์รับแจ้งและสั่งการ เมื่อมีการทำงานผิดพลาด หรือบกพร่อง ก็จะมีการจัดประชุมเฉพาะกิจ มีการสอบถามถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข เพื่อนำไปเสนอในที่ประชุมระดับจังหวัด (ii) ในกรณีที่ปัญหาเกิดจากหน่วยปฏิบัติการ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรือโรงพยาบาลที่หน่วยปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วย จะแจ้งไปยังหน่วยงานที่หน่วยปฏิบัติการนั้นสังกัด เพื่อหาแนวทางแก้ไข

4.2.4.2 (ข) การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ

การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติต่อการให้บริการ และมีการนำผลเหล่านั้นไปปรับปรุงแก้ไข พัฒนาระบบการดำเนินงานต่อไป พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ยังไม่มีการสำรวจความพึงพอใจในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินในรูปแบบของงานวิจัย เช่น

- งานวิจัย ในปี 2547 เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น
- งานวิจัยในปี 2551 เป็นการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดขอนแก่น ด้านการช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยหรือบาดเจ็บเบื้องต้น ผู้ปฏิบัติงาน รด

รับส่งผู้ป่วย และอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ โดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วย
ฉุกเฉินหรือญาติที่ได้รับการบริการนำส่งโดยหน่วยปฏิบัติการระดับ
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น

4.2.4.2 (ค) การวิเคราะห์ และใช้ความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินและ ญาติ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดมีรูปแบบที่เหมือนกัน คือ ในกรณีที่มีข้อเสนอแนะ
หรือข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ทางจังหวัดจะนำเรื่องดังกล่าวเสนอในที่ประชุมระดับ
จังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบฯ ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างในจังหวัดขอนแก่น
มีการรวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลและนำเสนอในที่ประชุม เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุง และ
พัฒนาระบบฯ

4.2.5 หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management)

4.2.5.1 การวัดผลการดำเนินงาน

4.2.5.1 (ก) การวัดผลการดำเนินงาน

การวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เพื่อติดตามผลการดำเนินงานโดยรวม
พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ สำหรับจังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนาตัวชี้วัดผลการดำเนินงานเพิ่มเติมจาก
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของหน่วยปฏิบัติการ
ประกอบด้วย 13 ตัว ดังนี้

- สัดส่วนของ FR: ALS+BLS เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ร้อยละของการรับแจ้งเหตุ ทาง 1669
- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- รับแจ้ง-สั่งการ น้อยกว่า 2 นาที
- สั่งการ-ออกจากรู้น น้อยกว่า 60 วินาที
- ออกฐานถึงที่เกิดเหตุ Response Time น้อยกว่า 10 นาที
- เวลา ณ จุดเกิดเหตุ น้อยกว่า 10 นาที
- จากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 นาที
- อัตราการกลับมา มีสัญญาณชีพของผู้ป่วยที่ทำ CPR จากจุดเกิดเหตุ

- สัดส่วนความครอบคลุมของการให้บริการการแพทย์ต่อประชากร
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามความจำเป็นในเรื่องการดูแลทางเดินหายใจ การให้สารน้ำ การห้ามเลือด และการตามกระดูก
- ร้อยละของผู้บาดเจ็บในเขตเมืองที่มา ER ด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เข้าร่วมจัดบริการระบบฯ

4.2.5.1 (ข) การวิเคราะห์ ทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินงาน

จังหวัดขอนแก่นและภูเก็ต มีรูปแบบที่โดดเด่น คือการประชุมประจำเดือนที่มีผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วม เพื่อนำผลที่ได้จากตัวชี้วัดบางส่วนพิจารณาทบทวน เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน ยกตัวอย่างจังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ สำนักงานเลขาธิการศูนย์อภุทธิตเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ใช้เวทีการประชุม EMS Day²⁰ วิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และของจังหวัดนำมาแจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงสถานการณ์ดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังเป็นเวทีที่เปิดโอกาสให้หน่วยปฏิบัติการที่มีผลการดำเนินงานหรือแนวปฏิบัติที่ดีเสนอและแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

4.2.5.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้

4.2.5.2 (ก) การจัดการข้อมูล สารสนเทศและการจัดการความรู้

(1) มีการสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการข้อมูล สารสนเทศและองค์ความรู้ของระบบฯ ให้มีความแม่นยำ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ รวมทั้งข้อมูลมีความปลอดภัย ประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการบริหารจัดการข้อมูลและสารสนเทศ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดเก็บข้อมูลเป็นระบบเอกสาร
2. การจัดเก็บข้อมูลลงในโปรแกรม ดังนี้

²⁰ เวทีการประชุม EMS Day เป็นการประชุมเครือข่ายระบบฯ ประจำเดือน โดยมีผู้อำนวยการศูนย์อภุทธิตเหตุและวิกฤติบำบัด เป็นประธาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ

2.1 โปรแกรมของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา

2.2 โปรแกรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ โปรแกรมดังกล่าวมีทั้งส่วนที่เชื่อมโยงกับโปรแกรมของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และส่วนที่เพิ่มเติมสำหรับเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่จังหวัดขอนแก่นพัฒนาเพิ่มเติม

(2) มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นให้อยู่ในลักษณะที่พร้อมใช้งาน และทำให้บุคลากรและประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

จังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานี มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบของเว็บไซต์ ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น มีสำนักงานเลขาธิการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยบุคลากรหรือประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ผ่านเว็บไซต์ <http://www.kkh.go.th/traumadefault.html> ซึ่งแสดงข้อมูลต่างๆ เช่น ผลงานวิจัย เรื่องประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์ http://www.kkh.go.th/who_ccl_lnder_th.html ซึ่งแสดงข้อมูลความร่วมมือกับ WHO

จังหวัดอุบลราชธานี มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยบุคลากรหรือประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ผ่านเว็บไซต์ www.ems.phoubon.ln.th/Index_home.php ซึ่งแสดงข้อมูลต่างๆ เช่น ผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการ โครงการที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ผลงานที่ได้รับ

(3) มีการจัดการความรู้ของระบบฯ โดยการรวบรวมความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดี และถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรไปยังภาคีเครือข่ายภาคีสนับสนุนและประชาชนทั่วไป เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีรูปแบบการจัดการความรู้ของระบบฯ ที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. การจัดการความรู้ของระบบฯ ในลักษณะที่เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) ยกตัวอย่างของจังหวัดลำปาง ดังนี้ สนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมในเวทีสัมมนาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนความรู้ นำเสนอผลงาน และนำไปพัฒนาปรับปรุงต่อไป นอกจากนี้ในจังหวัดขอนแก่นยังมีเวทีภายในที่มีการแลกเปลี่ยน Tacit Knowledge

นั่นคือ เวที EMS Day ซึ่งเป็นเวทีการประชุมประจำเดือนที่มีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงผู้ปฏิบัติงาน

2. การจัดการความรู้ของระบบฯ ในลักษณะที่เป็นความรู้ที่เป็นเอกสารวิชาการ ตำรา หรือคู่มือปฏิบัติงาน (Explicit Knowledge) ยกตัวอย่างของจังหวัดขอนแก่นและภูเก็ต ดังนี้

จังหวัดขอนแก่น จากความร่วมมือของ WHO และ JICA ส่งผลให้ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จัดตั้งโครงการส่งเสริมงานวิจัยและตำรา รวมทั้งการศึกษาดูงานระบบฯ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บุคลากรจากโรงพยาบาลขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ศึกษาดูงานระบบฯ ที่ประเทศสวีเดน ส่งผลให้เกิดการจัดการความรู้ในรูปแบบของคู่มือหลักสูตรการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณสุขภัย (พพภ.)

จังหวัดภูเก็ต ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เดินทางไปศึกษาดูงานระบบฯ ที่ประเทศญี่ปุ่น โดยได้รับงบประมาณจาก JICA และนำองค์ความรู้ที่ได้รับจัดทำหลักสูตรการจัดการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน (Disaster Medical Assistant System Team: DMAT) นอกจากนี้ยังเดินทางไปศึกษาดูงานระบบฯ ที่ประเทศสวีเดน และนำองค์ความรู้ที่ได้รับจัดทำคู่มือปฏิบัติภัยหมู่ด้านการแพทย์จังหวัดภูเก็ต (Phuket Major Incident Medical Management and Support)

4.2.5.2 (ข) การจัดการแหล่งสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศ

(1) มีการสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความน่าเชื่อถือปลอดภัยและใช้งานง่าย

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดล้วนแต่มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่มีความน่าเชื่อถือและประสิทธิภาพสูง นั่นคือ จังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ส่วนขอนแก่นบันทึกในโปรแกรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12

(2) มีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ ให้พร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน 2 ลักษณะ ดังนี้ (i) การสำรองข้อมูลสำรองโทรศัพท์ (ii) การขอฐานข้อมูลสำรองจากหน่วยงานที่พัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล

(3) มีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ และวิเคราะห์ความเหมาะสม เพื่อนำมาปรับใช้ภายในจังหวัด

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2 รูปแบบ ดังนี้ (i) ระบบ E-Radio²¹ บุคลากรผ่านการอบรมการใช้งานได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ภูเก็ตและสงขลา (ii) โปรแกรม Fibo²² ทดลองใช้ในจังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี และภูเก็ต นอกจากนี้ยังพบว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดและมูลนิธิกุศลธรรม จังหวัดภูเก็ตมีการติดตั้ง GPS ประจำรถกู้ชีพทุกคน เพื่อเป็นการควบคุมการขับขี่ของผู้ปฏิบัติงาน และทำให้ทราบพิกัดของรถกู้ชีพขณะออกเหตุ

4.2.6 หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce)

4.2.6.1 ความผูกพันของบุคลากร

4.2.6.1 (ก) การเพิ่มคุณค่าแก่บุคลากร

(1) การสร้างความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาถึงการให้รางวัล หรือการยกย่องชมเชย

จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง ภูเก็ต และสงขลา ยังไม่มีรูปแบบการให้รางวัลยกย่อง ชมเชยภายในจังหวัดที่ชัดเจน แต่ในจังหวัดเพชรบุรี คณะผู้บริหารระดับสูงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้มอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้แก่หน่วยปฏิบัติการระดับ FR ที่มีการดำเนินงานที่ดี ในปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงาน

²¹ E-radio เป็นวิทยุคมนาคมที่ทำการถ่ายทอดสัญญาณผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อาศัยเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการถ่ายทอดสัญญาณระยะไกล

²² โครงการ Fibo นี้ เป็นโครงการในความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถาบันวิทยาการหุ่นยนต์ภาคสนาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

- ระบบจัดการแผนที่ หรือระบบจัดการแผนที่อิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต
- ระบบ GPRS ใช้ในการสื่อสารข้อมูลไร้สายรูปแบบมัลติมีเดีย เพื่อส่งข้อมูลที่จำเป็นในระบบ EMS
- ระบบ GPS ใช้ในการระบุตำแหน่งของรถฉุกเฉิน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ทราบตำแหน่งปัจจุบันของรถ และตัดสินใจส่งรถคันที่เหมาะสมไปรับผู้ป่วย
- ระบบจัดการฐานข้อมูล โดยจะจัดการฐานข้อมูลผ่าน Web base บนอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถเรียกข้อมูลได้จากทุกพื้นที่ในประเทศไทย
- ระบบการเงินและการเบิกจ่ายที่เชื่อมต่อกับโปรแกรมการเงิน ของ สปสช.

(2) การเสริมสร้างวัฒนธรรมของระบบฯ ที่ทำให้อุบัติการณ์มีผลการดำเนินงานที่ดี และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ยังไม่มีรูปแบบการเสริมสร้างวัฒนธรรมที่ชัดเจน

4.2.6.1 (ข) การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

(1) มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ

2 รูปแบบ ได้แก่

1. ระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เช่น หลักสูตร FR, EMT-B, EMT-I, Emergency Medical Dispatcher และพยาบาลกู้ชีพ

2. ระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำที่พัฒนาขึ้นภายในจังหวัด ยกตัวอย่างจังหวัดขอนแก่น และอุบลราชธานี ดังนี้

การจัดกิจกรรม EMS Rally ในจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดแรกของประเทศ โดยโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ สำหรับบุคลากรในระบบฯ โดยการรวมความรู้วิชาการและสถานการณ์ไว้ด้วยกัน นอกจากนี้ยังเป็นการนำความรู้มาฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง

คณะผู้บริหารระดับสูงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จัดให้มีการจัดอบรมเพิ่มเติมในเรื่องระเบียบวินัย “หลักสูตรการอบรมเสริมสร้างอุดมการณ์” ร่วมกับการอบรมหลักสูตร EMT-B ที่ศูนย์ฝึกกองร้อยเครื่องยิงหนัก กรมทหารราบที่ 6 ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ด้วยความคาดหวังให้บุคลากรที่ผ่านการอบรมมีประสิทธิภาพ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

(2) มีการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ จากผู้บริหาร หรือผู้มีประสบการณ์ โดยการนำความรู้ที่เป็น Tacit Knowledge มาพัฒนาบุคลากร

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด นำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ จากผู้บริหารหรือผู้มีประสบการณ์ถ่ายทอดให้แก่บุคลากร ในรูปแบบการกระจายความรับผิดชอบให้แก่โรงพยาบาลพี่เลี้ยง โดยการสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมเป็นวิทยากร และนำความรู้ที่ได้รับผนวกกับฐานความรู้ในวิชาชีพของตน เพื่อถ่ายทอดสู่หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS และ FR

(3) มีการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรในระบบฯ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพของหน่วยปฏิบัติการที่ชัดเจน

4.2.6.1 (ค) การประเมินความผูกพันของบุคลากร

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร อาศัยเพียงการสังเกตถึงความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรได้จากการพูดคุยในการประชุมเครือข่ายหรือการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการสะท้อนมุมมองและทัศนคติ

4.6.6.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

4.6.6.2 (ก) ชีตความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร

(1) คณะทำงาน จัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดจัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ กล่าวคือ ในการขึ้นทะเบียนมีการกำหนดให้แต่ละหน่วยงานสรรหาบุคลากร จำนวน 10 คน หมุนเวียนสับเปลี่ยนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง แต่มีบางหน่วยที่อาจมีปัญหาในการบริหารบุคลากรให้อยู่ประจำศูนย์ ซึ่งมีการปรับรูปแบบโดยการให้อาสาสมัครมีวิทยุประจำตัว เพื่อให้สามารถรับเหตุได้ 24 ชั่วโมง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ จังหวัดเพชรบุรี ในการออกปฏิบัติงานในแต่ละครั้งจะติดต่อผ่านทางวิทยุสื่อสาร พนักงานกู้ชีพจะไม่ได้อยู่ประจำป้อมตำรวจ (เป็นสถานที่พักพนักงานอปพร.และFR ซึ่งรถกู้ชีพ และอุปกรณ์ปฐมพยาบาลจะวางไว้ ณ จุดนี้) แต่จะอยู่ตามบ้านของตน พนักงานกู้ชีพได้กล่าวว่า “ระยะทางจากบ้านของอาสาสมัครแต่ละคนไม่ห่างจากป้อมตำรวจมากนัก สามารถที่จะขับรถมาถึงป้อมตำรวจภายใน 1-2 นาทีเท่านั้น จึงไม่ใช่ปัญหาที่จะทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน”

นอกจากนี้ คณะวิจัยยังพบว่านายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้สร้างแนวคิดในการบริหารจัดการหน่วยปฏิบัติการระดับจังหวัด โดยให้หน่วยปฏิบัติการ 1 หน่วย ดูแลประชากร 40,000 คนต่อหน่วย และประกอบด้วยพนักงานกู้ชีพ 6 คน ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงเฉลี่ยวันละ 4 ครั้ง

(2) มีการสรรหาว่าจ้างบุคลากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อสามารถพัฒนาระบบฯ ได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด จะมีการสรรหาว่าจ้างบุคลากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เข้าทำงาน เนื่องจากความชำนาญเส้นทางในพื้นที่ ส่งผลต่อการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

แต่อาจไม่ได้กำหนดเป็นระเบียบชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติที่มีการใช้ในหน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่น

(3) มีการเตรียมบุคลากร เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ยังไม่มีการกำหนดเป็นแผนที่ชัดเจน แต่มีรูปแบบการแก้ไขที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ในกรณีของหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS บุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือบุคลากรในห้องฉุกเฉิน หากมีพยาบาลในห้องฉุกเฉินไม่ว่าง ในบางพื้นที่อาจจะให้พยาบาล Ward หรือ LR มาปฏิบัติงานเสริมในห้องฉุกเฉิน บางพื้นที่อาจจะให้เจ้าหน้าที่ EMT-I ออกปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลห้องฉุกเฉิน ในกรณีของหน่วยปฏิบัติการระดับ FR หรือ BLS ส่วนใหญ่จะทำการสรรหาบุคลากรคนใหม่เข้าปฏิบัติงานแทน และกรณีที่บุคลากรไม่ครบตามจำนวนก็จะไม่สามารถออกเหตุได้ หากมีการเรียกมา ต้องแจ้งกลับศูนย์แจ้งเหตุและส่งการให้ส่งหน่วยอื่นที่ใกล้เคียงออกปฏิบัติการแทน

4.2.6.2 (ข) บรรยาการการทำงานของบุคลากร

(1) มีการสร้างระบบความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการสถานที่ทำงานมีสุขอนามัย และความปลอดภัย โดยอาจจัดตั้งคณะทำงานตรวจเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ

พื้นที่ศึกษา ทั้ง 6 จังหวัด มีการบริหารจัดการสถานที่ทำงานให้มีสุขอนามัยและความปลอดภัย ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการภายในหรือความพร้อมในด้านงบประมาณขององค์กร ตัวอย่างรูปแบบการจัดสถานที่ทำงานในหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น มีห้องสำหรับการรับแจ้งเหตุ แยกจากห้องฉุกเฉินซึ่งภายในแบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจน กล่าวคือ มีสถานที่สำหรับการรับแจ้งเหตุ และที่นั่งพักผ่อนของบุคลากรเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ดังแสดงในรูปที่ 4.3



รูปที่ 4.3 ห้องสำหรับการรับแจ้งเหตุของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง จังหวัดลำปาง ได้จัดสร้างศูนย์รับแจ้งเหตุ ภายในศูนย์ประกอบด้วยอุปกรณ์สื่อสาร และที่พักของบุคลากร ด้านหน้าศูนย์ฯ เป็นที่ทำการ ตำรวจตำบลบ้านดงซึ่งมีรถกู้ชีพ และเรือเร็วของศูนย์จอดอยู่ ดังแสดงในรูปที่ 4.4



รูปที่ 4.4 ศูนย์รับแจ้งเหตุขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง

ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ได้จัดสร้างศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว ทั้งทางบกและทางน้ำ ภายในศูนย์ประกอบด้วยอุปกรณ์สื่อสาร และที่พักของบุคลากร ภายนอกเป็นสถานที่สำหรับจอดรถตู้พยาบาลและรถกู้ภัย ข้างหน้าศูนย์ฯ เป็นท่าเทียบเรืออ่าวฉลอง ซึ่งมีเรือเร็ว ของศูนย์จอดอยู่ ดังแสดงในรูปที่ 4.5



รูปที่ 4.5 ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยวขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

(2) มีการจัดเตรียมรถกู้ชีพและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน

พื้นที่ศึกษา ทั้ง 6 จังหวัด มีการจัดเตรียมรถกู้ชีพและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน แต่ในบางท้องถิ่นอาจพบปัญหาเรื่องรถไม่พร้อมใช้งาน เนื่องจากมีการใช้ในหลายภารกิจ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลต้นธงชัย ในกรณีที่มีรถกู้ชีพไม่พร้อมใช้งานจะแจ้งให้ศูนย์รับแจ้งและสั่งการทราบ เพื่อสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการข้างเคียงออกเหตุแทน หรืออาจมีการนำรถส่วนบุคคลออกเหตุ และจากการศึกษายังพบตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต มีการสนับสนุนอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น (ดังแสดงในรูปที่ 4.6) ให้แก่หน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน แต่ขาดแคลนอุปกรณ์ หรือการที่มูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต มีการสำรองอุปกรณ์ปฐมพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งาน (ดังแสดงในรูปที่ 4.7)



รูปที่ 4.6 อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่มอบให้แก่หน่วยปฏิบัติการ



รูปที่ 4.7 การสำรองอุปกรณ์ปฐมของมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต

สำหรับการออกปฏิบัติงานในแต่ละวัน จะมีการตรวจสอบความพร้อมของรถกู้ชีพและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

(3) มีการจัดบริการ สวัสดิการ ที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร

จังหวัดขอนแก่น ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ตและสงขลา ยังไม่มีรูปแบบจัดสวัสดิการที่ชัดเจน แต่จังหวัดอุบลราชธานีมีการจัดตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากร ซึ่งได้รับผลกระทบจากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการเฉลิมราชย์ 60 ปี สนับสนุนการดำเนินงานระบบฯ สนับสนุนด้านการศึกษา ค้นคว้า ฝึกอบรม พัฒนาบุคลากรและการดำเนินการสาธารณประโยชน์

4.2.7 หมวดที่ 6 การจัดกระบวนการ (Work Processes)

อธิบายถึง การออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการให้บริการ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ภายใต้มาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

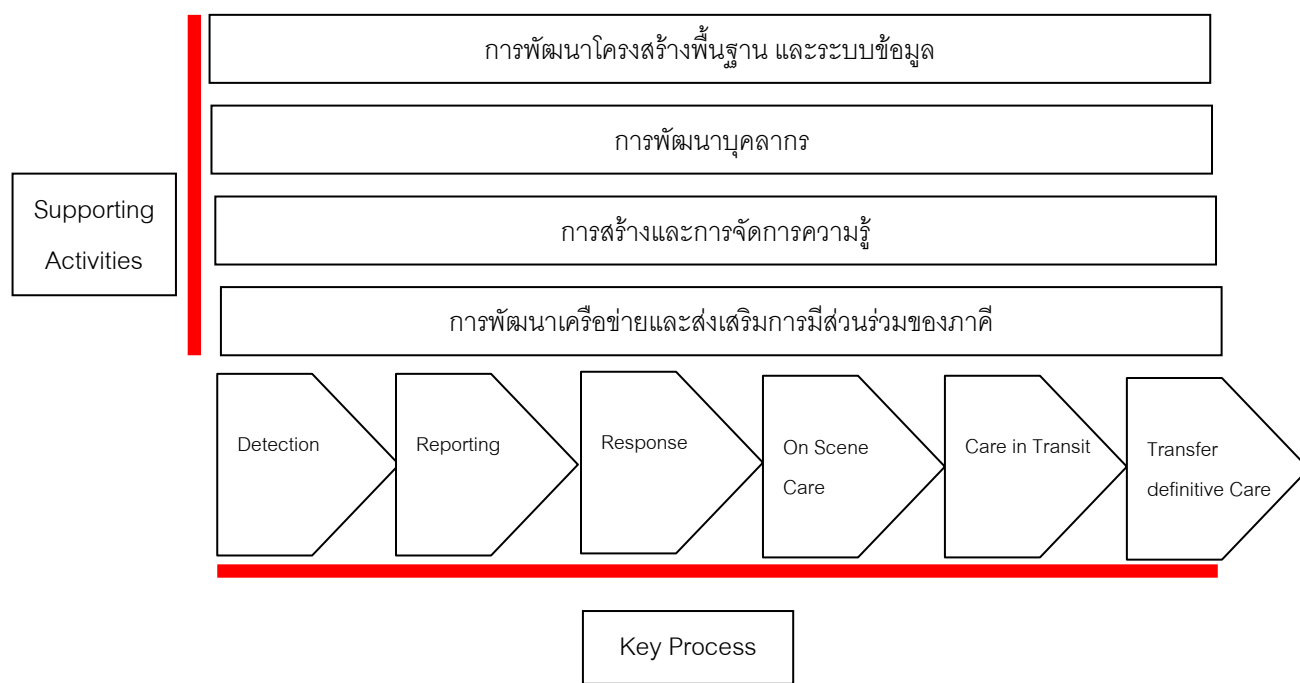
4.2.7.1 ระบบงาน

4.2.7.1 (ก) การวางระบบงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด นำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้กระบวนการหลัก 6 ขั้นตอน²³ ประสบความสำเร็จ หากแต่ในแต่ละจังหวัดมีการนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทที่แตกต่างกัน ขอยกตัวอย่าง ของจังหวัดภูเก็ต ดังนี้ คณะทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มาปรับใช้ในการวางระบบงานและนวัตกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้กระบวนการหลัก 6 ขั้นตอนประสบความสำเร็จ (ดังแสดงในรูปที่ 4.8) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับยุทธศาสตร์ระบบฯ ของจังหวัดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551-2555 มีความแตกต่างกันในประเด็นการพัฒนากลไกการบริหารจัดการรวมทั้งระบบการเงิน การคลัง ซึ่งจังหวัดภูเก็ตไม่ได้เน้นหนักในประเด็นนี้มากนัก เนื่องจากจังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคใต้ รายได้ส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมการท่องเที่ยว ทำให้จังหวัดมี

²³ กระบวนการหลัก 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care In transit) และการนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)

เสถียรภาพด้านการเงินสูงสุดในภาคใต้ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2552) ดังนั้นเงินหมุนเวียนในหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและคล่องตัว



รูปที่ 4.8 ระบบงาน (Work System) ของงานการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต

พิจารณาถึงกระบวนการภายในและกระบวนการภายนอกของระบบฯ จังหวัดภูเก็ต พบว่า กระบวนการภายใน กล่าวคือ มีการส่งเสริมและประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในฐานะภาคีเครือข่าย (Partner) เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล.สถานีนอมา้ย และมูลนิธิ ซึ่งหน่วยงานข้างต้นล้วนเป็นมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบฯ กระบวนการภายนอก กล่าวคือ มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในฐานะภาคีสันับสนุน (Collaborator) เช่น หน่วยบินรักษาความปลอดภัยทางทะเล กองทัพเรือ (ทัพเรือภาคที่ 3) หน่วยรักษาความปลอดภัยทางทะเล หาดป่าตอง (ทัพเรือภาคที่ 3) ร่วมสนับสนุนการพัฒนาระบบฯ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.2.7.1 (ข) กระบวนการหลักของระบบฯ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการกำหนดองค์ประกอบของกระบวนการทำงาน 6 ขั้นตอนหลักในระบบฯ โดยการรับฟังหรือพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เพื่อดำเนินถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติเป็นหลัก ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- การศึกษาดูงาน เช่น จากการสนับสนุนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการเยี่ยมชมและดูงานในด้านกิจกรรมต่างๆ ของ SAMU ตามโครงการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้าน Pre-hospital Care ณ ประเทศฝรั่งเศส หรือการที่โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ส่งบุคลากรศึกษาดูงานเครือข่ายระบบฯ ณ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปางซึ่งถือได้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีรูปแบบการบริหารจัดการระบบฯ ที่ดีมากแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง จึงมีคัดเลือกตัวแทนเจ้าหน้าที่เครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่งาน ER ของโรงพยาบาลห้างฉัตรทุกคน ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้างฉัตร หน่วยปฏิบัติการทุกระดับที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอห้างฉัตร เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลห้างฉัตร และเจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรห้างฉัตร เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติจากโรงพยาบาลดังกล่าวมาบริหารจัดการระบบฯ ในเขตอำเภอห้างฉัตร
- งานวิจัย เช่น โครงการความร่วมมือระหว่างจังหวัดภูเก็ตและประเทศสวีเดนในการศึกษาผลกระทบ ความผิดพลาดในการบริหารจัดการระบบฯ ภายหลังเกิดเหตุการณ์สึนามิ เมื่อปี พ.ศ.2547 (THAI SWEDISH EMS Collaboration, 2548) การประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดภูเก็ต: กรณีศึกษาการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุจากเครื่องบินวันทูโก OG 16 กันยายน พ.ศ. 2550 (วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ และคณะ, 2551) เป็นต้น
- การประชุมวิชาการต่างๆ
- การรับข้อมูลทางอ้อม มาจากช่องทางต่างๆ ที่กลั่นกรองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน แล้วสรุปเป็นข้อกำหนดข้อบังคับและข้อเสนอแนะเพื่อให้รับทราบ

4.2.7.1 (ค) ความพร้อมต่อกรณีภัยพิบัติและอุบัติเหตุหมู่

มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและฝึกซ้อมความพร้อมต่อกรณีภัยพิบัติและอุบัติเหตุหมู่อย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมในภาวะภัยพิบัติ จากการศึกษา พบว่าโดยส่วนใหญ่มีสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ นอกจากนี้ในบางจังหวัดยังมีหน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบหลักในบางสถานการณ์ เช่น จังหวัดภูเก็ต สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดได้มีการจัดทำโครงการอบรมหลักสูตรการจัดการเหตุฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว โดยมีการเตรียมการ ดังนี้

1.1 การวางแผน (Planning) เช่น

- ใช้แผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ตามหลัก การประเมินการบริหารจัดการโดยใช้ระบบการบัญชาการฉุกเฉิน (Incident Command System: ICS)

1.2 การเตรียมอุปกรณ์ (Equipment) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังแสดงในรูปที่ 4.9



รูปที่ 4.9 อุปกรณ์ต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมต่อเหตุการณ์ภัยพิบัติ

1.3 การฝึกอบรม หรือฝึกปฏิบัติ ดังนี้

- การปฏิบัติ โดยใช้เทคนิค Table - Top Exercise ซึ่งเป็นการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่เหมือนจริงไว้บนโต๊ะ เพื่อที่จะได้เห็นภาพรวมทั้งหมดก่อนการปฏิบัติจริง ดังแสดงในรูปที่ 4.10
- การปฏิบัติในสถานการณ์จริง



รูปที่ 4.10 การปฏิบัติ โดยใช้เทคนิค Table-top exercise

2. การเตรียมความพร้อมในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ จากการศึกษา พบว่า โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ยกตัวอย่างของจังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ มีการจัดอบรมและนำความรู้ที่ได้รับสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ให้แก่หน่วยปฏิบัติการระดับ FR ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีมูลนิธิเขตอำเภอเมือง โดยมีผู้ควบคุมและดูแลการฝึกซ้อมจากผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้บริหารจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และคณาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร นอกจากนี้คณะวิจัยพบว่า ในบางหน่วยงานอาจมีการซ้อมภายในหน่วยงานนั้นๆ ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของหน่วยงานดังกล่าว เช่น การฝึกซ้อมร่วมกันระหว่างทางน้ำกับทางอากาศของกองทัพเรือภาคที่ 3 ดังแสดงในรูปที่ 4.11



รูปที่ 4.11 การฝึกซ้อมร่วมกันระหว่างทางน้ำกับทางอากาศของกองทัพเรือภาคที่ 3

4.2.7.2 กระบวนการทำงาน

4.2.7.2 (ก) การออกแบบกระบวนการทำงาน

จากการศึกษา พบว่า พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการจัดกระบวนการทำงาน เพื่อให้มีความสอดคล้องกับหัวข้อ 4.2.7.1 (ก) ซึ่งในการออกแบบกระบวนการทำงานในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบท ยกตัวอย่างการจัดกระบวนการทำงานตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2555 ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรวมทั้งระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้วยท้องถิ่น มีตัวอย่างที่น่าสนใจ ได้แก่ นายกองดีการบริหารส่วนตำบลโดมประดิษฐ์ อุดรราชธานี ได้ผลักดันระบบฯ เป็นหนึ่งในภารกิจขององค์กรที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่ โดยจัดตั้งงบประมาณสำหรับซื้อรถกระบะดัดแปลงและติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ 1 คัน งบประมาณและบำรุงยานพาหนะ (ปีงบประมาณ 2550) งบประมาณสำหรับซื้อเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ และส่งบุคลากรจำนวน 6 คน อบรมเป็นเจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (EMT-B) 5 คน และอาสาสมัครกู้ชีพ (First Responder) 1 คน ทั้งหมดเป็นพนักงานชั่วคราวขององค์การบริหารส่วนตำบลโดมประดิษฐ์ ได้รับเงินเดือน 5,530 บาทต่อเดือน

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้วยการประสานไปยังหน่วยงานอื่น มีตัวอย่างที่น่าสนใจ คณะผู้บริหารระดับสูงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับหัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีการประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด²⁴ ซึ่งมีการจัดทำโครงการจัดหารถตู้พยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับรับส่งผู้ป่วยประจำตำบล ณ ปัจจุบัน มีการสนับสนุนรถตู้พยาบาลทั้งสิ้น 55 คัน (รายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 4.12) และมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนเพิ่มขึ้น หรือการที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรราชธานีมีการประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสนับสนุนรถกระบะดัดแปลงจำนวน 60 คัน (ดังแสดงในรูปที่ 4.13)

²⁴ จากการที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการกำหนดงานการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นหนึ่งในนโยบายในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน



รูปที่ 4.12 รถตู้พยาบาลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา



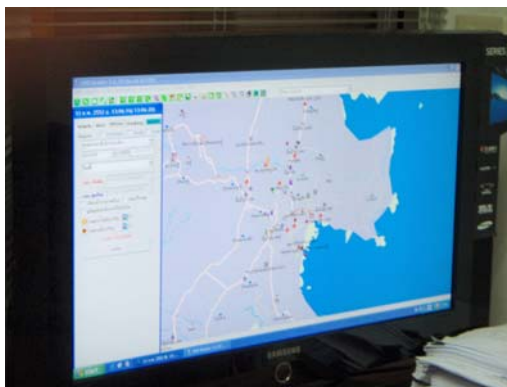
รูปที่ 4.13 รถตู้พยาบาลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

การทำบัตรประจำตัวพนักงานกู้ชีพ ของจังหวัดลำปางและเพชรบุรี (ดังแสดงในรูปที่ 4.14)ให้บุคลากรที่ผ่านการอบรม ในกรณีที่ท้องถิ่นไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องแบบเจ้าหน้าที่กู้ชีพได้

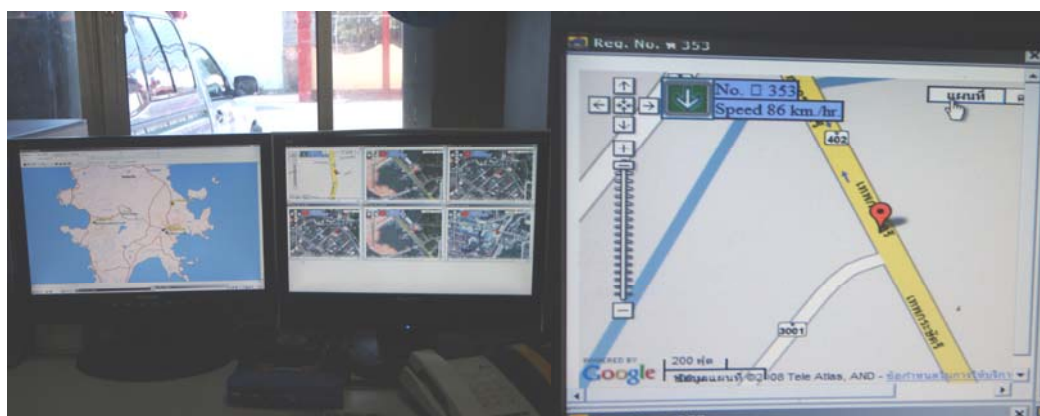


รูปที่ 4.14 บัตรประจำตัวพนักงานกู้ชีพ

การนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ในระดับหน่วยปฏิบัติการในที่นี้ขอยกตัวอย่างความพร้อมในระดับหน่วยที่โดดเด่น 2 หน่วย คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต ซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพการให้บริการโดยนำเอาระบบสารสนเทศดาวเทียม (Global Position System: GPS) และระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) เข้ามาใช้ในหน่วย มีการติดตั้ง GPS ประจำรถกู้ชีพทุกคน เพื่อป้องกันผู้ปฏิบัติงานนำรถออกนอกพื้นที่ เป็นการควบคุมการขับขีของผู้ปฏิบัติงานโดยจำกัดความเร็วรถให้วิ่งได้ไม่เกิน 120 กม.ต่อชั่วโมง และทำให้ทราบพิกัดของรถกู้ชีพขณะออกเหตุ ดังแสดงในรูปที่ 4.15 และ 4.16 ตามลำดับ



รูปที่ 4.15 ระบบ GPS ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต



รูปที่ 4.16 ระบบ GPS ของมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนากลไกการบริหารจัดการรวมทั้งระบบการเงินการคลัง เช่น

การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อพัฒนาหน่วยในระดับโซน พบตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จัดระบบการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในรูปแบบโซนบริการ 4 โซน ได้แก่ โซนเพื่อผู้ป่วย ลีลาวดี ชบาแดงและกระดังงา โดยแต่ละโซนจะได้รับงบประมาณสนับสนุนในการบริหารภายในโซน โซนละ 100,000 บาทต่อปี เพื่อใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดอบรม การประชาสัมพันธ์ ฯลฯ

การหารูปแบบบริหารงบประมาณที่ยืดหยุ่น คณะผู้บริหารของเทศบาลนครลำปางได้เปลี่ยนรูปแบบการบริหารงานของหน่วยปฏิบัติการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยบริหารจัดการในรูปแบบของมูลนิธิ อปพร.เทศบาลนครลำปาง ทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการบริหารจัดการงบประมาณ และในปี 2551 ได้ตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของมูลนิธิ จำนวน 600,000 บาท หรือการที่เทศบาลตำบลห้างฉัตร มีการบริหารค่าตอบแทนปฏิบัติการ โดยไม่นำเงินส่วนนี้เข้าเป็นรายได้ของเทศบาล แต่จะทำการค่าจ้างให้เหรัญญิก และประธานกรรมการไปรับเงิน และนำเงินส่วนนั้นไปเป็นค่าใช้จ่ายภายในศูนย์ เช่น ค่าประปา ค่าซ่อมอุปกรณ์ ค่าซ่อมรถ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี เช่น

การทดลองจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการนำร่องระดับตำบล โดยสำนักงานเลขาธิการศูนย์อภุติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ทดลองจัดหน่วยปฏิบัติการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตำบลสำราญขึ้นในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2544 - 1 สิงหาคม 2548 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานด้านบริหาร จัดระบบประกันสุขภาพ ระดับพื้นที่ และสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ ในระดับรากแก้ว

การประสานความร่วมมือของท้องถิ่น 4 แห่ง กล่าวคือ หัวหน้าสถานีอนามัยโคกสมบุญ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เล็งเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นเนื่องจากในพื้นที่อำเภอไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ และพื้นที่มักมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หลังจากนั้นจึงนำเสนอโครงการการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการวีระวงศ์ ให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลแก้งโดม องค์การบริหารส่วนตำบลบึงมะแลง องค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง และองค์การบริหารส่วนตำบลสว่าง เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับบริหารจัดการหน่วยปฏิบัติการ โดยสถานีอนามัยโคกสมบุญเป็นสถานที่ตั้งหน่วยปฏิบัติการ เนื่องจาก

เป็นจุดศูนย์กลางขององค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 4 แห่ง และมีหัวหน้าสถานีอนามัยโคกสมบูนบุรี ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและบริหารจัดการ จัดหารถกู้ชีพ อุปกรณ์สื่อสารและวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนควบคุมดูแลบุคลากรจำนวน 12 คน

การประสานความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบลกับมูลนิธิกล่าวคือ องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต จัดทำโครงการความร่วมมือกับมูลนิธิกุศลธรรม ภูเก็ต ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลขาดความพร้อมในการจัดหารถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์และบุคลากร จึงจัดทำข้อตกลงกับมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ตในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการบริเวณด้านหน้าขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร และออกปฏิบัติการเมื่อได้รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

การสร้างเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ พื้นที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่ มีการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในการจัดอบรมหลักสูตรหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ชีพกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue: OTOS) ซึ่งเป็นช่องทางในการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น

การสนับสนุนบทบาทของชุมชน กล่าวคือ โรงพยาบาลรัตนภูมิร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลควนรู จังหวัดสงขลา จัดทำโครงการร่วมกันในการจัดกิจกรรม EMS Rally ระดับ FR โดยมีผู้เข้าร่วมเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล นักเรียนและมัธยมปลายชมรมดีใจจากโรงเรียนที่มีความสนใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตอำเภอรัตนภูมิ บางกล้า และควนเนียง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อฝึกทักษะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชน

4.2.7.2 (ข) การจัดการกระบวนการทำงาน

(1) มีการนำกระบวนการทำงานไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามข้อกำหนดของการออกแบบ

พื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ตและสงขลา นำตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติไปใช้กำกับกระบวนการทำงาน ส่วนจังหวัดขอนแก่น มีการนำตัวชี้วัดที่พัฒนา 13 ตัว ไปใช้กำกับกระบวนการทำงาน นอกจากนี้พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ใช้รูปแบบการกระจายความรับผิดชอบให้โรงพยาบาลพี่เลี้ยงช่วยติดตามและกำกับกระบวนการทำงานของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่รับผิดชอบ

(2) มีการเก็บข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อพิจารณาถึงแนวทางปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงาน ให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด ยังไม่มีรูปแบบการเก็บข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน แต่ทั้งนี้หากหน่วยปฏิบัติการมีข้อมูลจากผู้ป่วยฉุกเฉินได้ร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงาน ก็จะนำมาชี้แจงในการประชุมเครือข่ายระบบฯ หรือการประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำข้อร้องเรียนเหล่านั้นไปปรับปรุงกระบวนการ

(3) มีการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหน่วยปฏิบัติการ

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีแนวทางการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับงบประมาณจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหลัก แต่มีบางจังหวัดที่ได้รับสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น จังหวัดขอนแก่น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้รับงบประมาณจาก JICA ในการจัดซื้อครุภัณฑ์ หรือภูเก็ตได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดซื้อครุภัณฑ์

2. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในหน่วยปฏิบัติการในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในด้านงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ขอยกตัวอย่าง ดังนี้

การจ้างพนักงาน และเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ กล่าวคือ องค์การบริหารส่วนตำบลเชิงทะเล บริหารจัดการหน่วยปฏิบัติการ โดยจัดทำโครงการการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดตั้งงบประมาณไว้ จำนวน 420,150 บาทต่อปี เพื่อจัดอบรม จัดจ้างพนักงาน และเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ วิทยุสื่อสาร ฯลฯ

การบริหารค่าตอบแทนปฏิบัติการ กล่าวคือ เทศบาลห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง มีการจัดตั้งคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติการ โดยนายกฯ มีการจัดทำเป็นคำสั่ง เพื่อไปรับเงินค่าตอบแทนปฏิบัติการ และนำเงินส่วนนั้นเป็นค่าใช้จ่ายภายในหน่วยปฏิบัติการ หรือการที่มูลนิธิ อปพร. เทศบาลนครลำปาง มีการนำเงินค่าตอบแทนปฏิบัติการให้แก่ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 3,500-4,000 บาทต่อเดือน สำหรับอาสาสมัครแบ่งค่าตอบแทนปฏิบัติการออกเป็น 2 กรณี กรณีแรกหากนำรถร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จะได้รับเงินร้อยละ 80 ของค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ส่วนร้อยละ 20 จะหักให้แก่มูลนิธิ กรณีที่สอง หากเป็นรถของมูลนิธิจะได้ค่าตอบแทนโดยคิดจากจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้รับจากการออกเหตุในเดือนนั้น หักด้วยจำนวนครั้งที่ออกเหตุ

เช่น ได้รับค่าตอบแทนการปฏิบัติการ 10,000 บาท/ เดือน จำนวนครั้งที่ออกเหตุ 100 บาท สรุปว่า ได้ครั้งละ 100 บาท หากในครั้งนั้นมีบุคลากรปฏิบัติงาน 4 คน จะได้รับเงินคนละ 25 บาท เป็นต้น

4.2.7.2 (ค) การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

พื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัด มีการผลักดันให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน มีตัวอย่างที่น่าสนใจ ดังนี้

คณะผู้บริหารระดับสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ได้มีการนำองค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้หลังจากเหตุการณ์สึนามิ โดยเฉพาะจากงานวิจัยที่เป็นโครงการร่วมระหว่างของ ทีมประเทศไทยกับสวีเดน ได้ศึกษาเรื่อง Current Status of EMS in Thailand ซึ่งพบว่าจังหวัดภูเก็ตยังมีข้อผิดพลาดในหลายด้าน แต่ปัญหาที่นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ขาดแคลนบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมด้านระบบฯ และการกู้ชีพขาดวิธีปฏิบัติ และมาตรฐานที่ดี ส่งผลให้นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการทบทวนแนวปฏิบัติต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศโดยใช้วิธีการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต หลังจากนั้นจะนำแนวปฏิบัติเหล่านั้นเข้าที่ประชุมเครือข่ายระบบฯ ประจำเดือน เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาระบบฯ ทั่วทั้งจังหวัด

จังหวัดขอนแก่น มีการผลักดันให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน Plan (P) จังหวัดมีคณะกรรมการต่างๆ เพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผน รวมทั้งการทบทวนอย่างต่อเนื่อง Do (D) จังหวัดมีหน่วยปฏิบัติการ และศูนย์รับแจ้งเหตุ และสิ่งการที่มีประสิทธิภาพ Check (C) จังหวัดมีการกำหนดกลไกเพื่อตรวจสอบการดำเนินงาน กล่าวคือ มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพิ่มเติม Act (A) จังหวัดมีการนำผลจากดัชนีชี้วัดเข้าสู่เวทีเพื่อสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบผลการดำเนินงานของตนในการประชุม EMS Day

4.2. 8 หมวดที่ 7 ผลลัพธ์

คณะทำงาน สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

จากการศึกษาแนวปฏิบัติของพื้นที่ศึกษา ทั้ง 6 จังหวัด สามารถสรุปเปรียบเทียบแนวปฏิบัติระบบฯ ของแต่ละจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 4.3 ทั้งนี้ในหมวดของโครงร่างไม่ได้นำมาเปรียบเทียบ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละจังหวัด

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 1 การนำองค์กร						
1.1 บทบาทผู้นำองค์กร	1. มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขึ้นมาใหม่ เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานระบบฯ ส่วนค่านิยมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	1. มีการนำวิสัยทัศน์และพันธกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางดำเนินงานระบบฯ ส่วนค่านิยมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	1. มีการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแนวทางดำเนินงานระบบฯ	1. มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขึ้นมาใหม่ ส่วนค่านิยมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	1. มีการกำหนดวิสัยทัศน์ขึ้นมาใหม่ ส่วนพันธกิจและค่านิยมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน	1. มีการนำวิสัยทัศน์ของสพจ.เป็นวิสัยทัศน์ของระบบฯ ส่วนพันธกิจและค่านิยมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน
	2. มีการส่งเสริมให้บุคลากรดำเนินงานตามกฎหมายและจริยธรรม โดยให้ยึดหลักของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นอกจากนี้มีการจัดทำ "ระเบียบว่าด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และผู้ป่วยด้วยโรคปัจจุบัน ของจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2541" เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ	2. มีการส่งเสริมให้บุคลากรดำเนินงานตามกฎหมาย และจริยธรรมโดยให้ยึดหลักของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551				

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 1 การนำองค์กร						
1.1 บทบาทผู้นำองค์กร	3. มีการขยายเครือข่ายระบบฯ ในลักษณะการเชิญชวนตามความสมัครใจแบบ Bottom-Up	3. มีการขยายเครือข่ายระบบฯ ในลักษณะกึ่งการผลักดันแบบ Top-Down	3. มีการขยายเครือข่ายระบบฯ ในลักษณะการเชิญชวนตามความสมัครใจแบบ Bottom-Up			
	4. มีการสนับสนุนการประชุม Peer Review Dead Caseหรือ Interesting Case เพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ					
	5. มีการสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ ผ่านการประชุมประจำเดือนที่มีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงของระบบฯ จนถึงระดับปฏิบัติการของท้องถิ่น	5. มีการสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ ผ่านการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีเฉพาะโรงพยาบาลเข้าร่วม			5. มีการสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ ผ่านการประชุมประจำเดือนที่มีผู้เข้าร่วมตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงของระบบฯ จนถึงระดับปฏิบัติการของท้องถิ่น	5. มีการสื่อสารทั่วทั้งระบบฯ ผ่านการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีเฉพาะโรงพยาบาลเข้าร่วม
1.2 ระบบธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อชุมชน	1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด เพื่อกำกับ ควบคุมการดำเนินงานระบบฯ ในภาพรวมของจังหวัด					

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 1 การนำองค์กร						
1.2 ระบบธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อชุมชน	2. มีการตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ ในลักษณะการทำงาน ประสานความร่วมมือและรับผิดชอบต่อร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	2. มีการตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก	2. มีการตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ ในลักษณะการทำงาน ประสานความร่วมมือและรับผิดชอบต่อร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	2. มีการตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก		2. มีการตรวจสอบการจัดสรรค่าตอบแทนปฏิบัติการ ในลักษณะการทำงาน ประสานความร่วมมือและรับผิดชอบต่อร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลในฐานะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
	3.มีการนิเทศงานภายในจังหวัด โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย ทำหน้าที่นิเทศหน่วยปฏิบัติการ และการนิเทศงานจากภายนอกจังหวัด จากสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข					
	4.การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายและจริยธรรม ยังไม่มีรูปแบบการพิจารณาพฤติกรรมด้านจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง					

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 1 การนำองค์กร						
1.2 ระบบธรรมาภิบาล และ ความรับผิดชอบต่อชุมชน	5. มีการสร้างความเข้าใจในระบบฯ แก่ประชาชน โดยการเน้นรับบุคลากรในพื้นที่ของหน่วยปฏิบัติการเป็นอาสาสมัครกู้ชีพ					
หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์						
2.1 การจัดทำแผนเชิง กลยุทธ์	มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ระดับจังหวัด	ยังไม่มีรูปแบบการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน	ยังไม่มีรูปแบบการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน	มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ระดับจังหวัด	ยังไม่มีรูปแบบการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน	มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ระดับจังหวัด
2.2 การแปลงแผนเชิงกลยุทธ์ให้เป็นแผนปฏิบัติการ	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งระบบฯ และมีการคาดการณ์ผลการดำเนินงาน โดยการตั้งเป้าหมายและติดตามการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามแผนปฏิบัติการ					
หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ						
3.1 การสร้างความผูกพัน ให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ	1. มีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่สามารถตอบสนองผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม โดยหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS ILS BLS และFR	1. มีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่สามารถตอบสนองผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม โดยหน่วยปฏิบัติการระดับ ALS BLS และFR				

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ						
3.1 การสร้างความผูกพัน ให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและ ญาติ	2. มีการจัดประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับในการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในรูปแบบที่หลากหลาย (รายละเอียดในภาคผนวก ก-ฉ หัวข้อ 4.1 (ก)(2))					
	3. มีกลไกการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายและผู้ป่วยฉุกเฉิน ผ่านทางโทรศัพท์					
	4. การสร้างวัฒนธรรมที่ดีกับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน					
	5. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน					
3.2 การตอบรับของผู้ป่วย ฉุกเฉินและญาติ	1. มีการรับฟัง ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ผ่านทางหมายเลข 1669					
	2. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ยังไม่มีการสำรวจความพึงพอใจในภาพรวมระดับจังหวัด					
	3. การวิเคราะห์ และใช้ความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ในบางกรณีมีการนำเสนอผ่านการประชุมระดับจังหวัด					
หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการ						
4.1 การวัดผลการ ดำเนินงาน	1. มีการวัดผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดของสพฉ. และ การพัฒนาตัวชี้วัดภายใน จังหวัดเพิ่มเติม	1. มีการวัดผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสพฉ.				

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการ						
4.1 การวัดผลการดำเนินงาน	2. มีการนำผลที่ได้จากตัวชี้วัดบางส่วนมาพิจารณา ทบทวน เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน ผ่านการประชุมระดับจังหวัด	2. ยังไม่มีรูปแบบการนำผลที่ได้จากตัวชี้วัด มาพิจารณาทบทวนทั่วทั้งระบบฯ ที่ชัดเจน			2. มีการนำผลที่ได้จากตัวชี้วัดบางส่วนมาพิจารณา ทบทวน เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน ผ่านการประชุมระดับจังหวัด	2. ยังไม่มีรูปแบบการนำผลที่ได้จากตัวชี้วัดมาพิจารณา ทบทวน ทั่วทั้งระบบฯ ที่ชัดเจน
4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้	1. มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ โดยบันทึกในโปรแกรมบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12	1. มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ โดยบันทึกในโปรแกรมของสพฉ.				
	2.มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศที่ทำให้บุคลากรและประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านทาง http://www.kkh.go.th/traumadefault.html	2.มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศที่ทำให้บุคลากรและประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านทาง www.ems.phoubon.ln.th/Index_home .	2. ยังไม่มีรูปแบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ ที่ทำให้บุคลากรและประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้ที่ชัดเจน			

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการ						
4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้	3.มีการจัดการความรู้ของระบบฯ โดยการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมในเวทีสัมมนาต่างๆ ศึกษาดูงานในและต่างประเทศ รวมทั้งมีโครงการส่งเสริมงานวิจัยและตำรา โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ทำให้เกิดองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ	3.มีการจัดการความรู้ของระบบฯ โดยการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมในเวทีสัมมนาต่างๆ ศึกษาดูงาน จัดเอกสารวิชาการ ตำรา หรือคู่มือปฏิบัติงาน				
	4. มีการสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความน่าเชื่อถือ ปลอดภัยและใช้งานง่าย มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่มีความน่าเชื่อถือและประสิทธิภาพสูง ดังกล่าวในหัวข้อ 4.2 (1)					
	5. มีระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉิน 2 ลักษณะ ดังนี้ 5.1 การสำรองคู่สายโทรศัพท์ 5.2 การขอฐานข้อมูลสำรองจากหน่วยงานที่พัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล					
	6. มีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมีการอบรมระบบ E-Radio และทดลองใช้โปรแกรม Fibo	6. มีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมีการทดลองใช้โปรแกรม Fibo		6. มีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมีการอบรมระบบ E-Radio และทดลองใช้โปรแกรม Fibo	6. มีการติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมีการอบรมระบบ E-Radio	

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นบุคลากร						
5.1 ความผูกพันของบุคลากร	1. ยังไม่มีรูปแบบการในการให้รางวัล และยกย่องชมเชยให้แก่งานปฏิบัติการ	1. มีการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้แก่งานปฏิบัติการ	1. ยังไม่มีรูปแบบการในการให้รางวัล และยกย่องชมเชยให้แก่งานปฏิบัติการ			
	2. ยังไม่มีรูปแบบการเสริมสร้างวัฒนธรรมของระบบฯ ที่ทำให้บุคลากรมีผลการดำเนินงานที่ดี และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน					
	3. มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ 2 รูปแบบ 3.1. ระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 3.2. ระบบการเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำที่พัฒนาขึ้นภายในจังหวัด					
	4. การสนับสนุนโรงพยาบาลพี่เลี้ยงเข้ารับการอบรมเป็นวิทยากร และนำความรู้ที่ได้รับผนวกกับฐานความรู้ในวิชาชีพของตน เพื่อถ่ายทอดสู่หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS และ FR					
	5. ยังไม่มีรูปแบบการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพของหน่วยปฏิบัติการที่ชัดเจน					
	6. ยังไม่มีรูปแบบการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร					
5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	1. จัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง					
	2. มีการสรรหาว่าจ้างบุคลากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เข้าทำงาน เนื่องจากความชำนาญเส้นทางในพื้นที่					
	3. ยังไม่มีการกำหนดเป็นแผนการเตรียมบุคลากร เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ที่ชัดเจน					
	4. มีการบริหารจัดการสถานที่ทำงานให้มีสุขอนามัยและความปลอดภัย ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการภายในหรือความพร้อมในด้านงบประมาณขององค์กร					
	5. มีการจัดเตรียมรถกู้ชีพและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน แต่ในบางท้องถิ่นอาจพบปัญหาเรื่องรถไม่พร้อมใช้งาน เนื่องจากมีการใช้ในหลายภารกิจ					

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	6. ยังไม่มีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่ชัดเจน	6. มีการจัดตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากร	6. ยังไม่มีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่ชัดเจน			
หมวดที่ 6 การจัดกระบวนการ						
6.1 ระบบงาน	1. มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้ - ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรวมทั้งระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ฉุกเฉิน - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนากลไกการบริหารจัดการรวมทั้งระบบการเงินการคลัง - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาผู้ปฏิบัติการ - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างและจัดการความรู้ - ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี				1. มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาปรับใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้ - ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรวมทั้งระบบข้อมูล - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาบุคลากร - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและจัดการความรู้ - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี	1. มีการนำกรอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสพฉ. มาปรับใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้ - ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระบบส่งต่อการสร้างความเข้มแข็งของระบบ - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร - ยุทธศาสตร์ที่ 5การพัฒนาบุคลากรและงานวิจัย

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
หมวดที่ 6 การจัดกระบวนการ						
6.1 ระบบงาน	2. มีการกำหนดองค์ประกอบของกระบวนการทำงาน 6 ขั้นตอนหลักในระบบฯ โดยการรับฟังหรือพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เพื่อคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติเป็นหลักในรูปแบบที่แตกต่างกัน					
	3. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและฝึกซ้อมความพร้อมต่อกรณีภัยพิบัติและอุบัติเหตุหมู่อย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปได้ดังนี้ 3.1 การเตรียมความพร้อมในภาวะภัยพิบัติ มีสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ 3.2 การเตรียมความพร้อมในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ มีโรงพยาบาลจะเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ					
6.2 กระบวนการทำงาน	4. การออกแบบระบบงานต่างๆ ในกระบวนการหลักและงานสนับสนุนที่หลากหลาย (รายละเอียดดังแสดงใน ภาคผนวก ก-จ.หัวข้อ 7.2 ก)					
	5. มีการนำตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นภายในจังหวัด 13 ตัว ไปใช้กำกับกระบวนการทำงาน	5. นำตัวชี้วัดของสพจ. ไปใช้กำกับกระบวนการทำงาน				
	6. ยังไม่มีรูปแบบการเก็บข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อพิจารณาถึงแนวทางปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงาน					
	7. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับงบประมาณจากสพจ. เป็นหลัก และจาก JICA ในการจัดซื้อครุภัณฑ์	7. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับงบประมาณจากสพจ. เป็นหลัก			7. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับงบประมาณจากสพจ. เป็นหลัก จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการจัดซื้อครุภัณฑ์	7. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้รับงบประมาณจากสพจ. เป็นหลัก

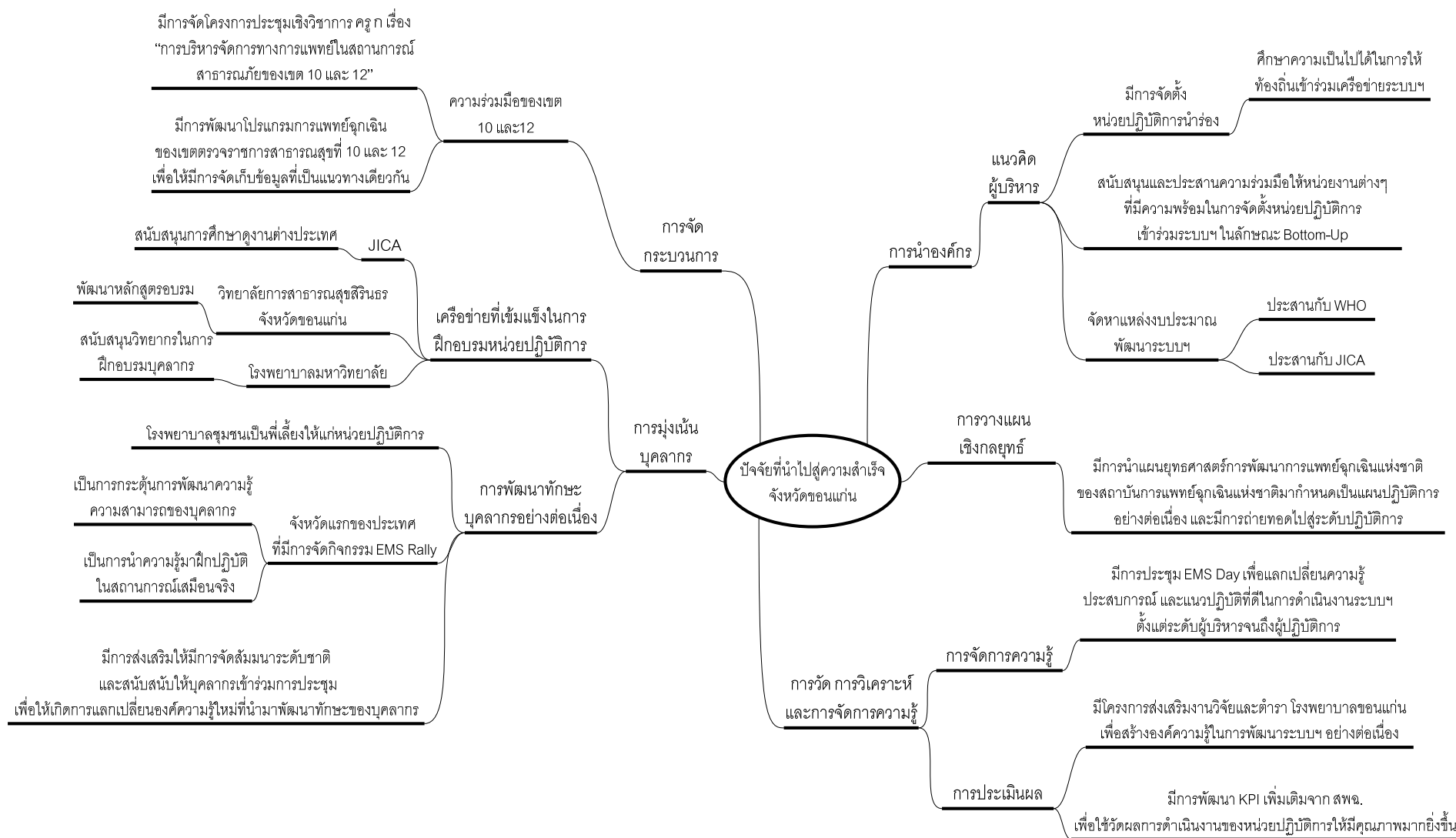
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา (ต่อ)

หัวข้อ	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดลำปาง	จังหวัดเพชรบุรี	จังหวัดภูเก็ต	จังหวัดสงขลา
6.2 กระบวนการทำงาน	8. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในหน่วยปฏิบัติการในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในด้านงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน (รายละเอียดดังแสดงใน ภาคผนวก ก-ฉ.หัวข้อ 7.2 ข (3))					
	9. การพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการ PDCA					
หมวดที่ 7 ผลลัพธ์						
	มีการสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ	มีการสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				

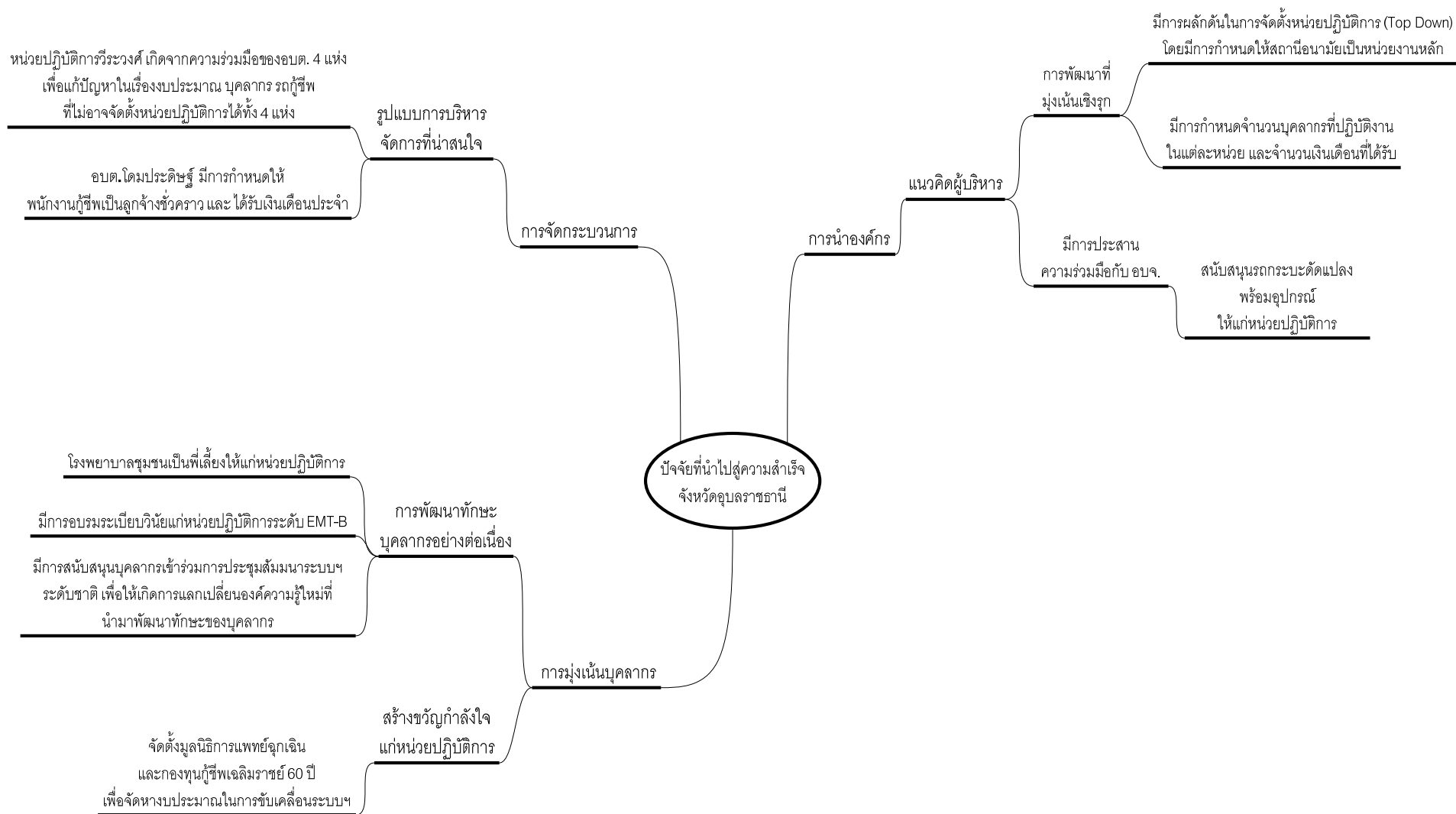
4.3 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานของพื้นที่จังหวัดกรณีศึกษา

คณะวิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในระบบฯ โดยการพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ (รายละเอียดดังภาคผนวก ซ.) และข้อมูลจาก “การประชุมเพื่อพิจารณาและระดมความคิดเห็นโครงการวิจัย” ในแต่ละจังหวัด หลังจากนั้น คณะวิจัยได้ระดมความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุป โดยพิจารณาตามกรอบที่คณะวิจัยพัฒนาขึ้น ในหัวข้อ 4.1 ซึ่งจะพิจารณา 6 หมวดหลัก ได้แก่ 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ 3) การมุ่งเน้นผู้ปวยฉุกเฉินและญาติ 4) การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นบุคลากร 6) การจัดการกระบวนการ สามารถได้ดังนี้

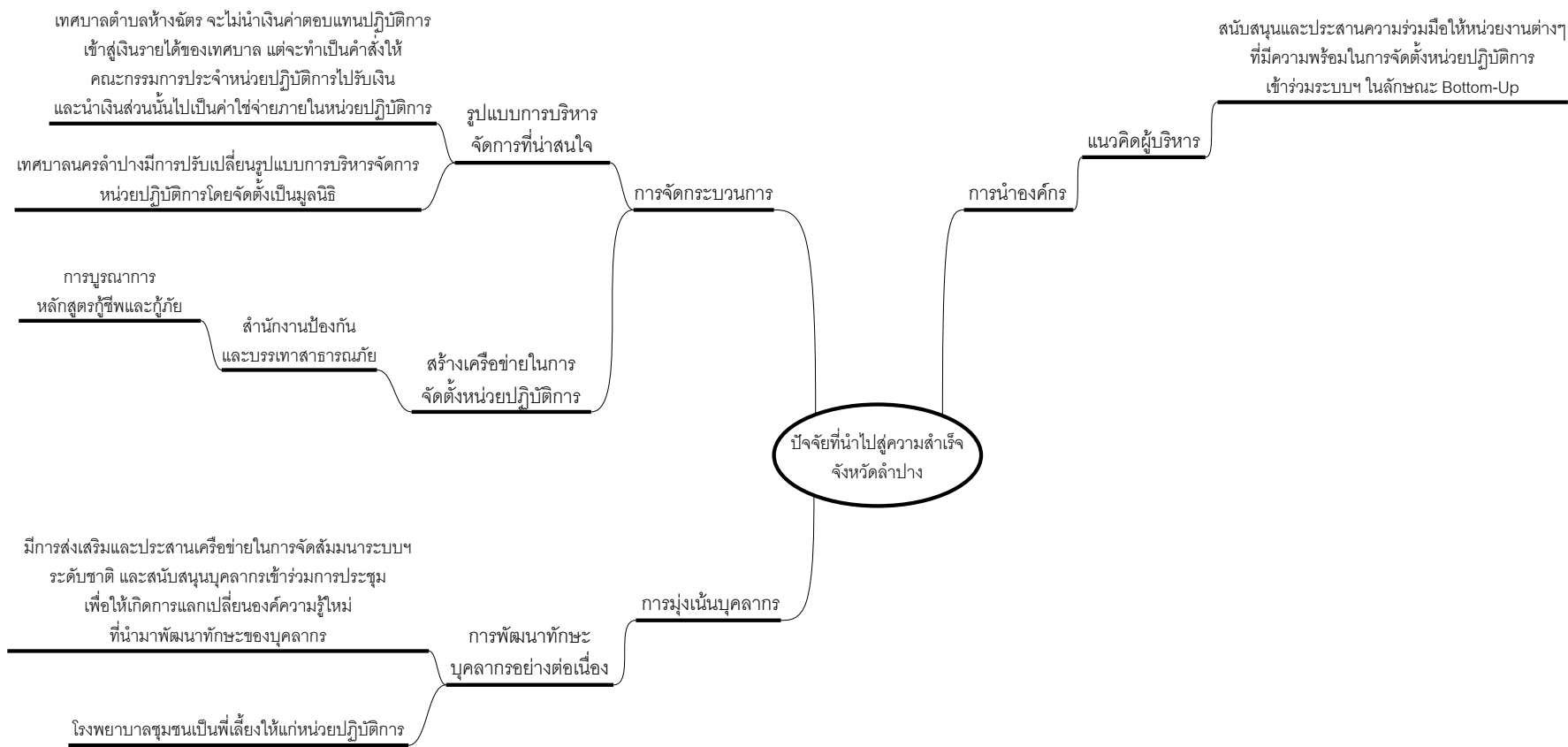
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดขอนแก่น ดังแสดงในรูปที่ 4.17
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดอุบลราชธานี ดังแสดงในรูปที่ 4.18
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดลำปาง ดังแสดงในรูปที่ 4.19
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดเพชรบุรี ดังแสดงในรูปที่ 4.20
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดภูเก็ต ดังแสดงในรูปที่ 4.21
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดสงขลา ดังแสดงในรูปที่ 4.22



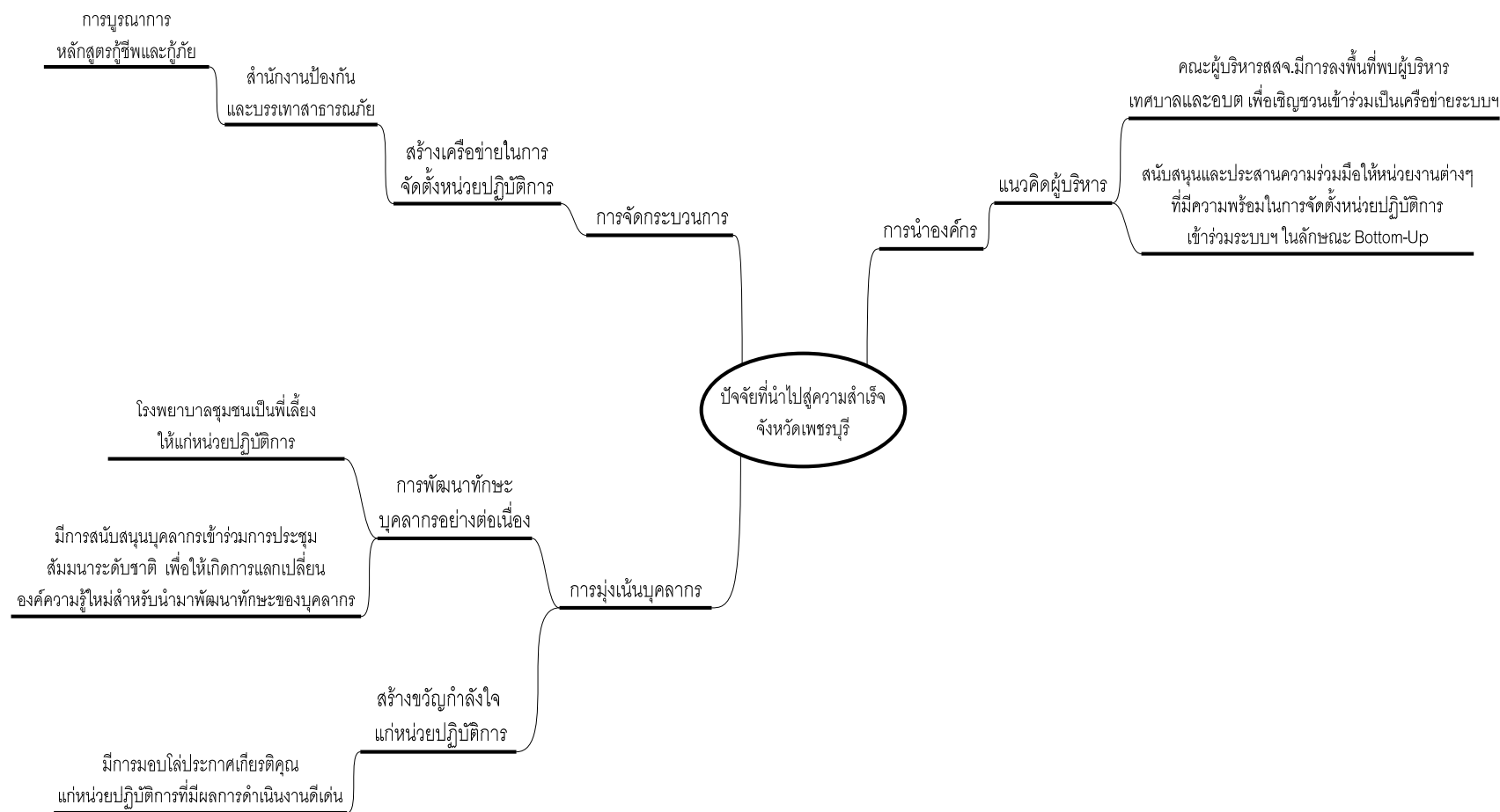
รูปที่ 4.17 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดขอนแก่น



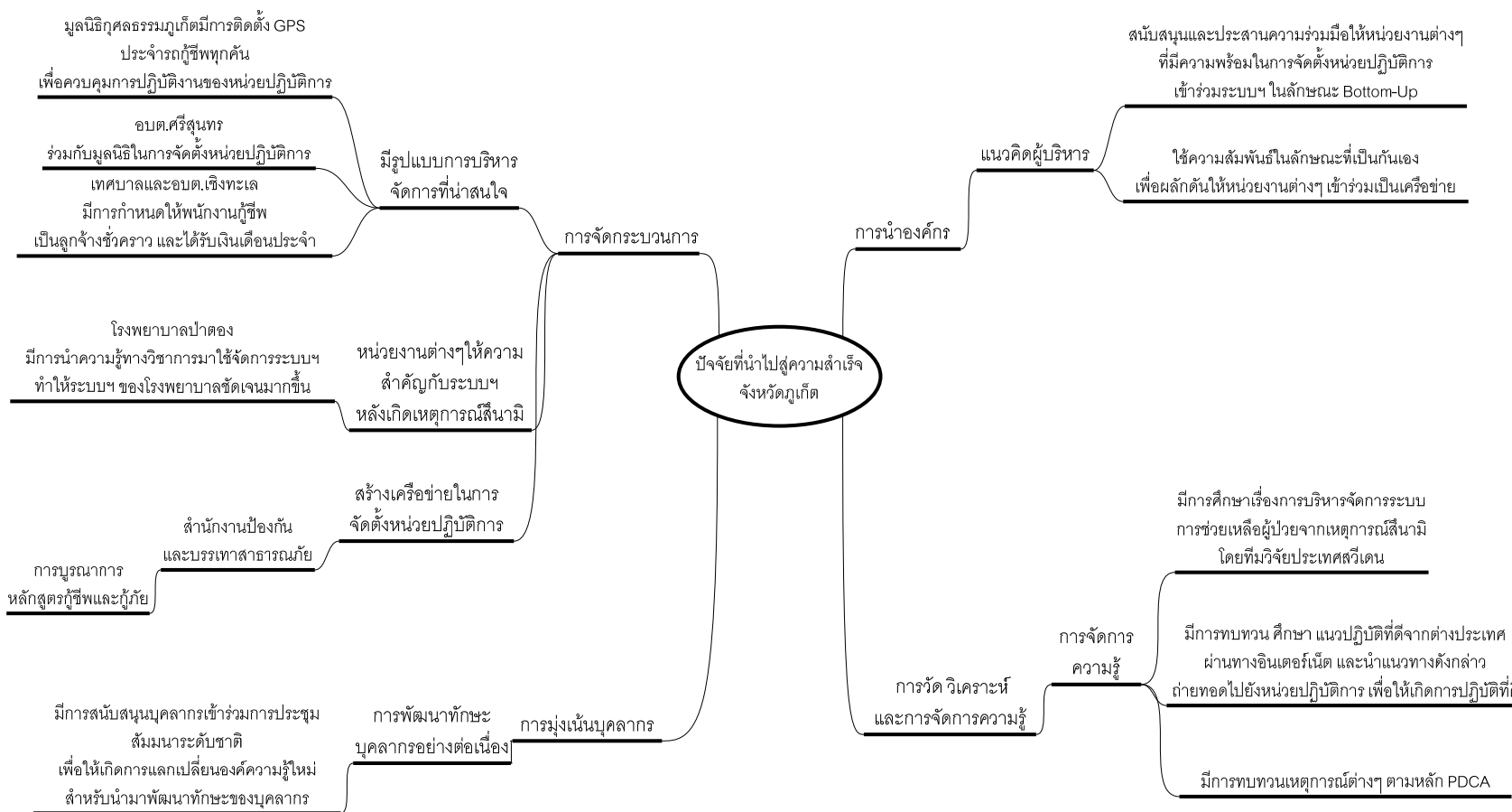
รูปที่ 4.18 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดอุบลราชธานี



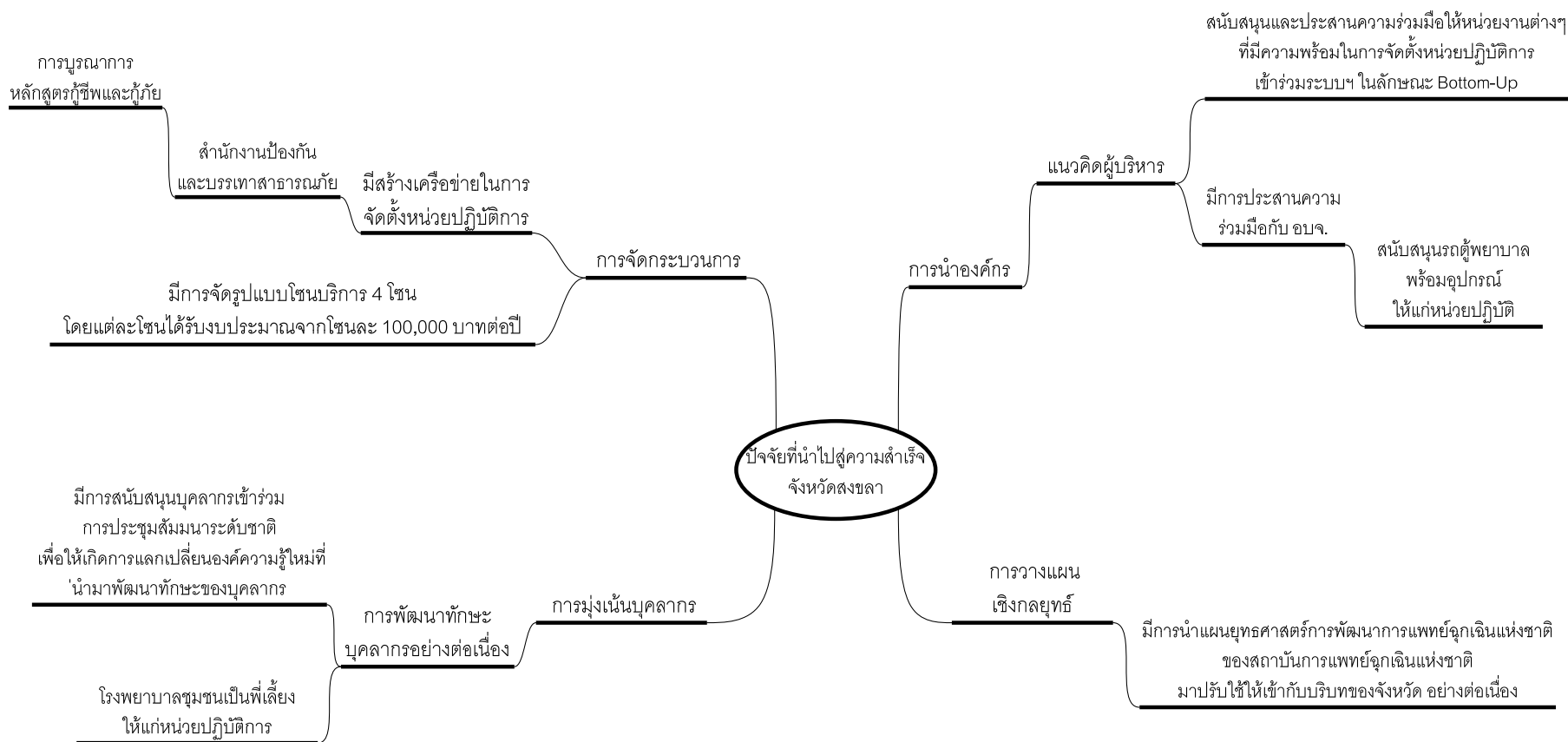
รูปที่ 4.19 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดลำปาง



รูปที่ 4.20 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดเพชรบุรี



รูปที่ 4.21 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดภูเก็ต



รูปที่ 4.22 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ จังหวัดสงขลา

จากรูปที่ 4.17 - 4.22 สามารถสรุปปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในภาพรวม²⁵ของการดำเนินงานระบบฯ ดังแสดงในรูปที่ 4.23 โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การนำองค์กร

การที่ผู้บริหารระดับสูง มีแนวคิดในการส่งเสริมและผลักดันให้หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และสถานีนามัยที่มีความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการในระดับท้องถิ่น โดยในแต่ละจังหวัดมีวิธีการในการส่งเสริมหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้มีการจัดตั้งหน่วยที่แตกต่างกัน เช่น จังหวัดขอนแก่น ได้ทดลองจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการนำร่อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นเข้าร่วมเครือข่ายระบบฯ หรือจังหวัดเพชรบุรี คณะผู้บริหารระดับสูงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้วิธีการลงพื้นที่พบผู้บริหารเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายระบบฯ เป็นต้น

4.3.2 การมุ่งเน้นบุคลากร

คณะทำงานระบบฯ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงให้แก่หน่วยปฏิบัติการ ในลักษณะที่เป็นการเรียนรู้จากพี่สู่น้อง มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานของบุคลากร ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกล้าและมั่นใจที่จะสอบถามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานสถานการณ์จริง

นอกจากนี้มีการสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมการประชุมสัมมนาระดับชาติ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และทักษะใหม่ที่ได้รับนำมาพัฒนาทักษะของบุคลากรต่อไป

4.3.3 การจัดกระบวนการ

คณะทำงาน มีการสร้างเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในการจัดอบรมหลักสูตรหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ชีพกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue: OTOS) ซึ่งเป็นช่องทางในการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด ย่อมส่งผลให้การบริหารจัดการมีรูปแบบที่น่าสนใจ เช่น จังหวัดขอนแก่นมีการพัฒนาโปรแกรมการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลร่วมกันในเขต 10 และ 12 หรือเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปางมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการ

²⁵ คณะวิจัยได้พิจารณาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จทั้ง 6 จังหวัด และเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จเหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกันจาก 4 ใน 6 จังหวัดมาเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

หน่วยปฏิบัติการ โดยจัดตั้งเป็นมูลนิธิอปพร.เทศบาลนครลำปางเพื่อความสะดวกในการนำงบประมาณมาใช้ในการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ หรือมูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต จังหวัดภูเก็ตมีการติดตั้ง GPS ประจำรถกู้ชีพทุกคน เพื่อป้องกันผู้ปฏิบัติงานนำรถออกนอกพื้นที่ เป็นการควบคุมการขับขี่ของผู้ปฏิบัติงานโดยจำกัดความเร็วรถให้อยู่ได้ไม่เกิน 120 กม.ต่อชั่วโมง และทำให้ทราบพิกัดของรถกู้ชีพขณะออกเหตุ

กล่าวโดยสรุป การวิเคราะห์ภาพรวมปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา คณะวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบของแผนที่ความคิด (Mind Map) ในรูปที่ 4.23 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประเด็นต่างๆ ที่คณะวิจัยได้พยายามรวบรวม เพื่อสะท้อนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ ได้นำไปเป็นตัวอย่างในการพัฒนาระบบฯ ของจังหวัด

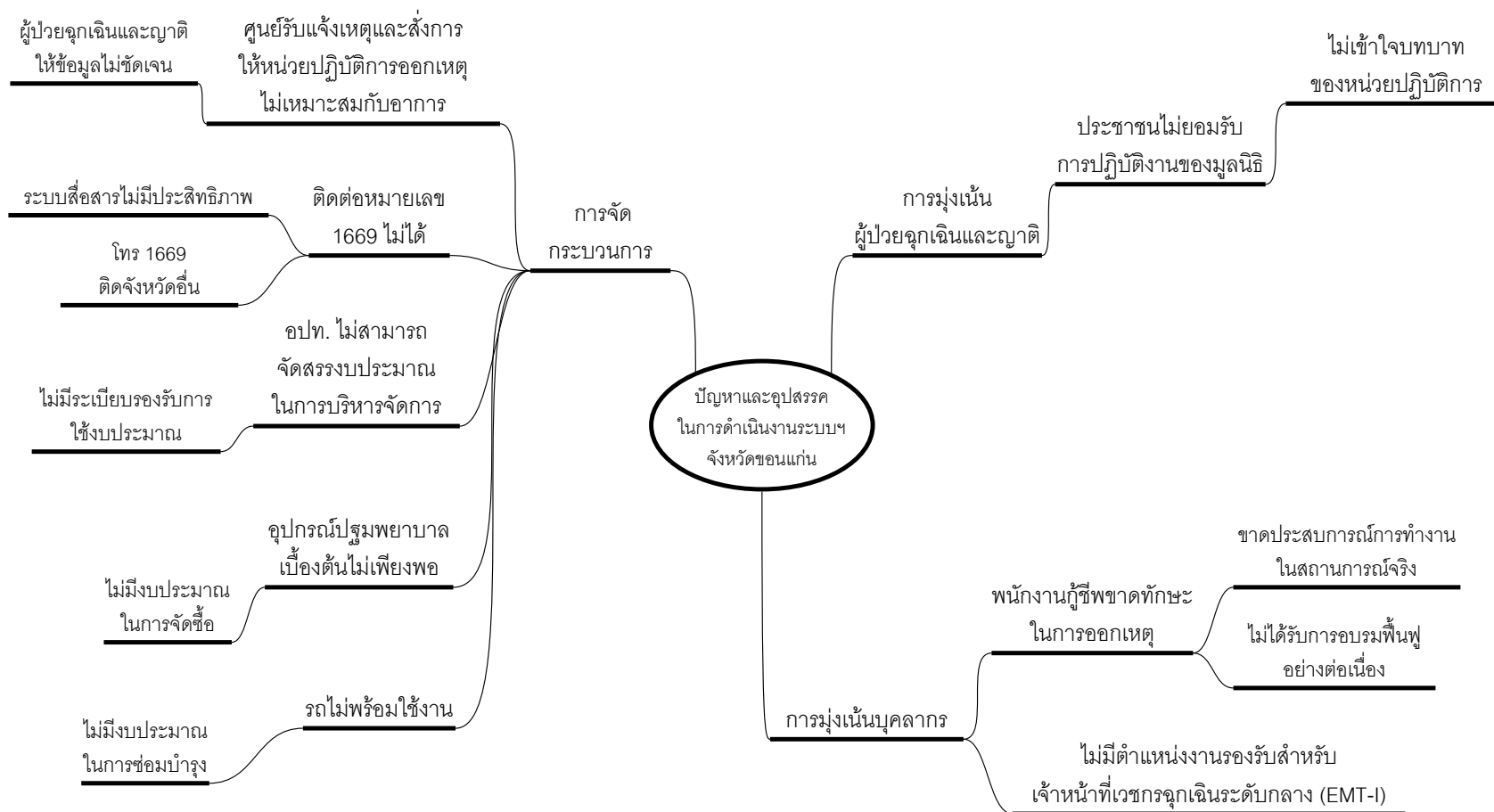


รูปที่ 4.23 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษา

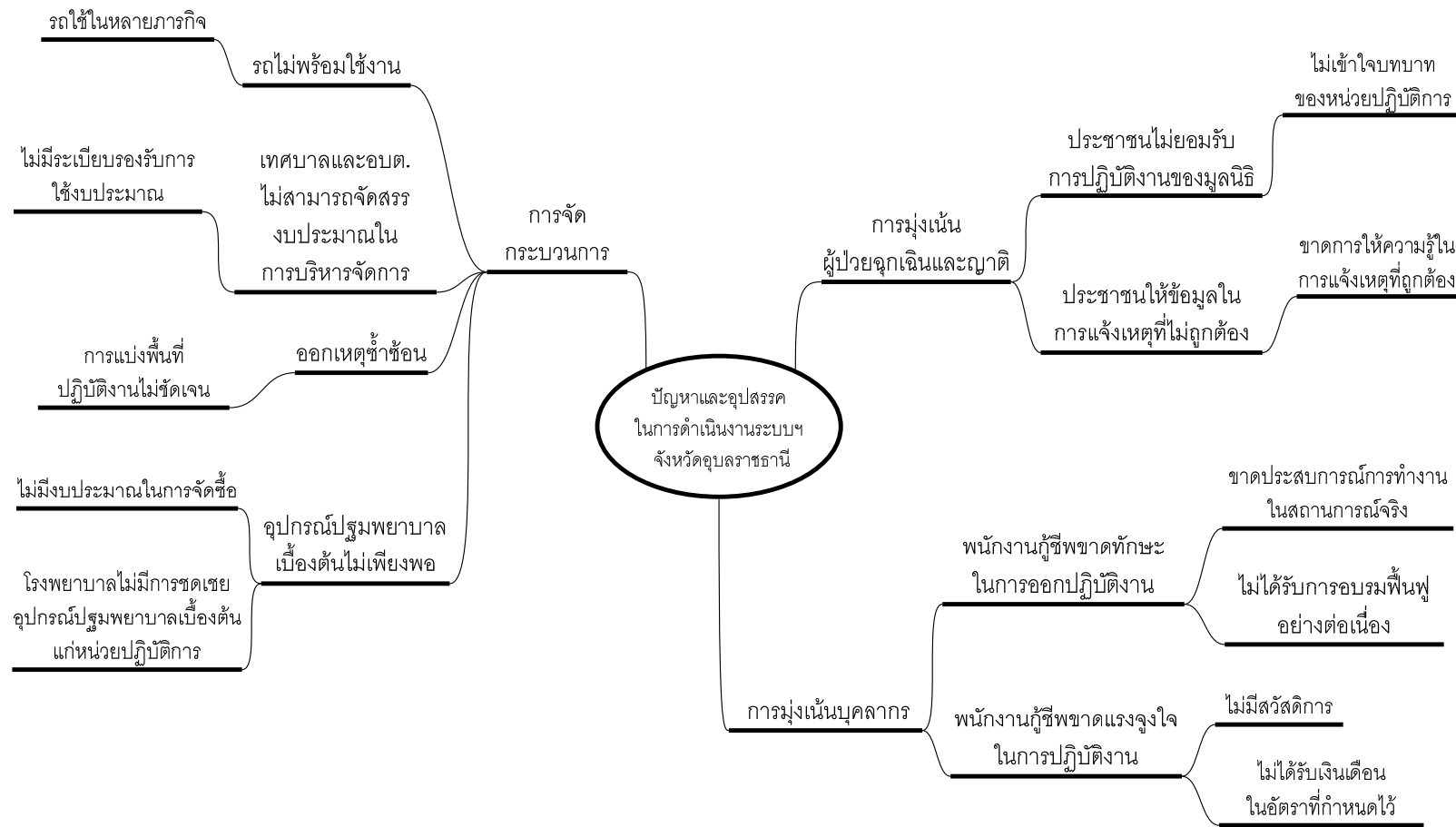
4.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา

คณะวิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษา โดยการพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ และข้อมูลจาก “การประชุมเพื่อพิจารณาและระดมความคิดเห็นโครงการวิจัย” ในแต่ละจังหวัด หลังจากนั้นคณะวิจัยได้ระดมความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุป โดยพิจารณาตามกรอบที่คณะวิจัยพัฒนาขึ้น ใน 4.1 ซึ่งจะพิจารณา 6 หมวดหลัก ได้แก่ 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ 3) การมุ่งเน้นผู้เกี่ยวข้องเงินและญาติ 4) การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นบุคลากร 6) การจัดการกระบวนการ สรุปได้ดังนี้

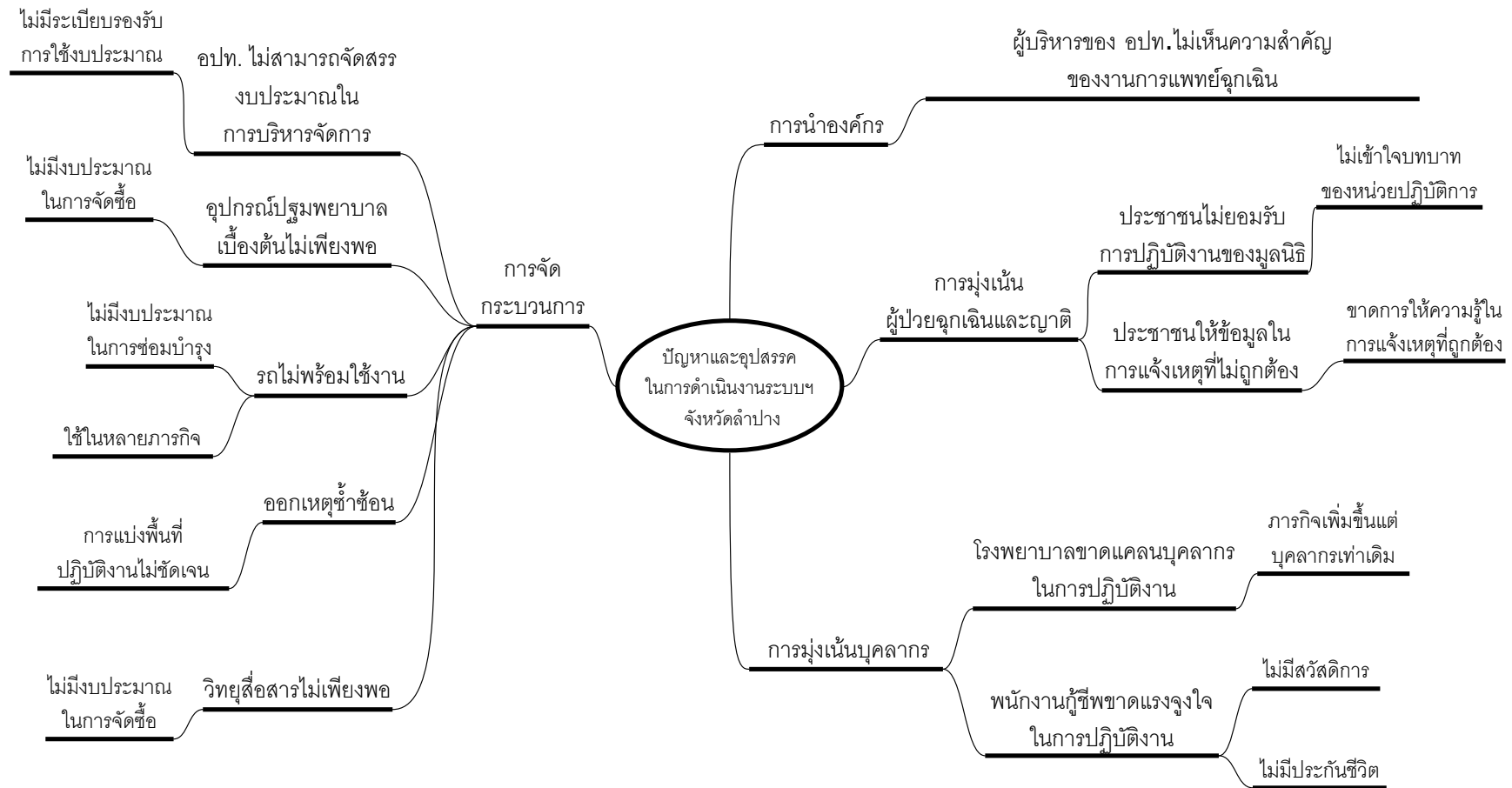
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดขอนแก่น ดังแสดงในรูปที่ 4.24
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดอุบลราชธานี ดังแสดงในรูปที่ 4.25
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดลำปาง ดังแสดงในรูปที่ 4.26
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดเพชรบุรี ดังแสดงในรูปที่ 4.27
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดภูเก็ต ดังแสดงในรูปที่ 4.28
- ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดสงขลา ดังแสดงในรูปที่ 4.29



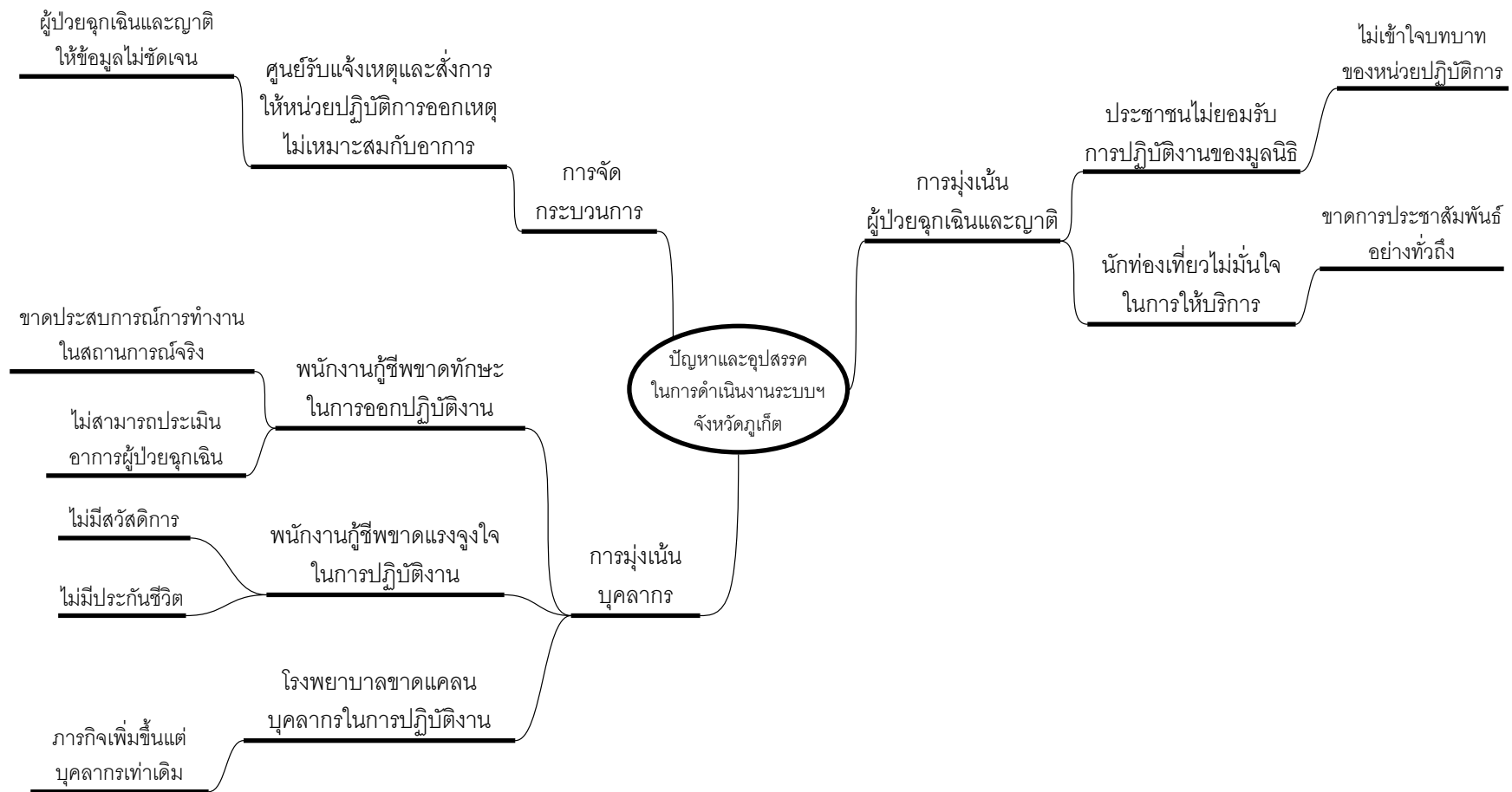
รูปที่ 4.24 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดขอนแก่น



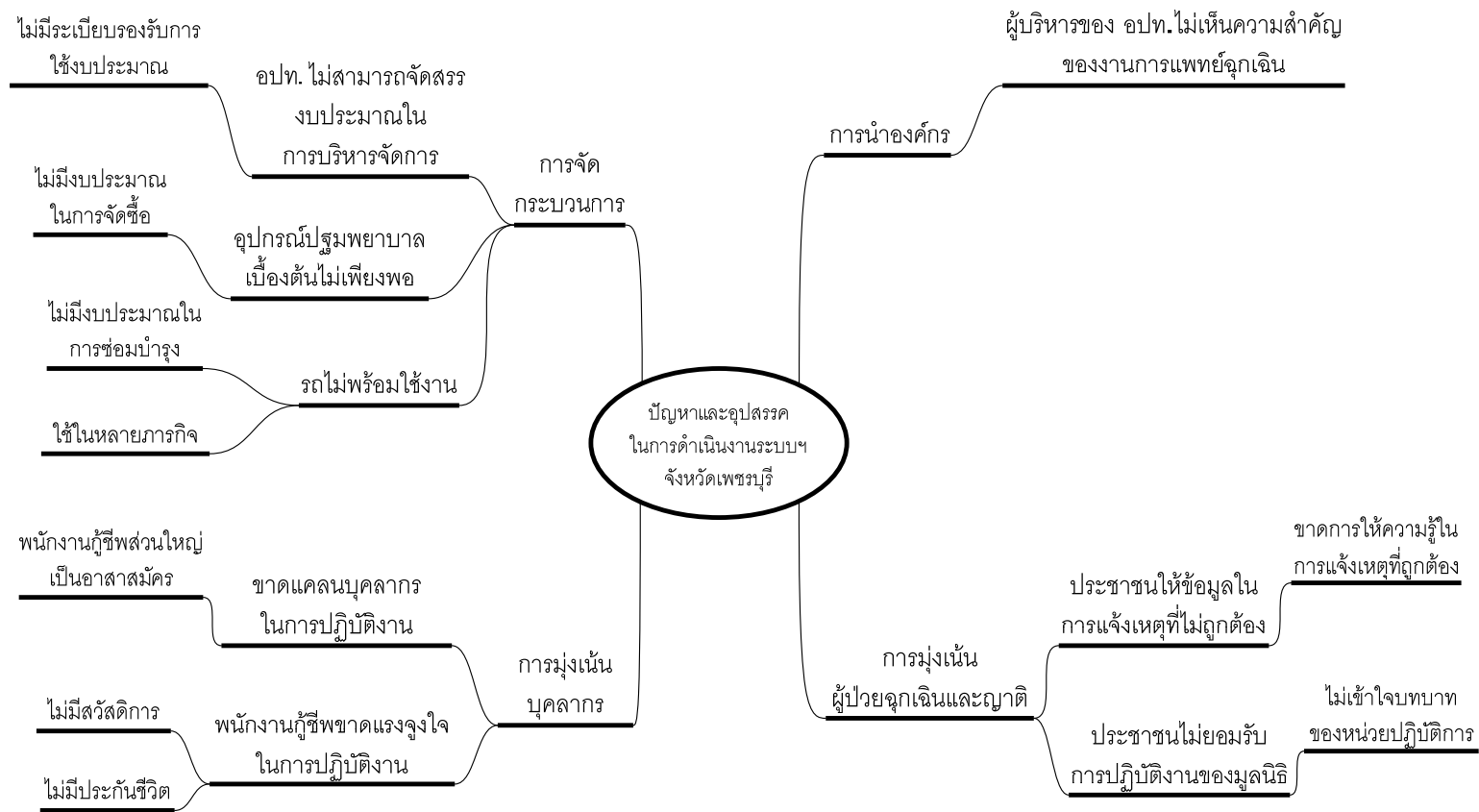
รูปที่ 4.25 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดอุบลราชธานี



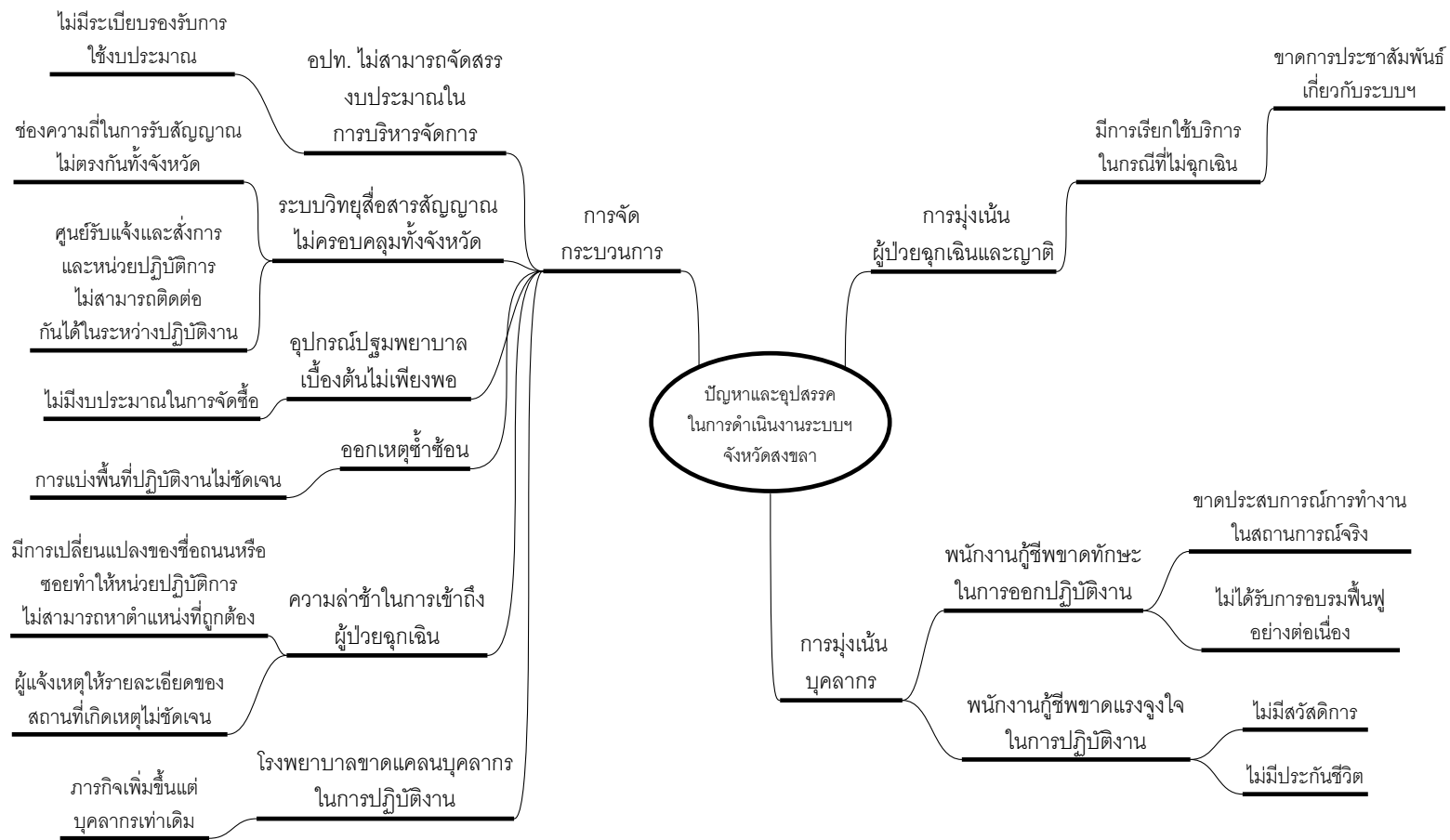
รูปที่ 4.26 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดลำปาง



รูปที่ 4.27 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดเพชรบุรี



รูปที่ 4.28 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดภูเก็ต



รูปที่ 4.29 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ จังหวัดสงขลา

จากรูปที่ 4.24 - 4.29 คณะวิจัยได้สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของพื้นที่ศึกษาดังแสดงในรูปที่ 4.30 โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.1 การมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.4.1.1 ประชาชนไม่เข้าใจบทบาทของหน่วยปฏิบัติการ กล่าวคือ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับมูลนิธิ เนื่องจากมีความเชื่อว่า “รถของมูลนิธิเป็นรถเก็บศพไม่ใช่รถกู้ชีพ” ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ ไม่ยอมรับบริการจากมูลนิธิ

4.4.1.1 ผู้แจ้งเหตุไม่ทราบขั้นตอนการแจ้งเหตุ เนื่องจากสถานการณ์จริง ผู้แจ้งมักอยู่ในอาการสับสน เครียด รีบร้อน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ส่งผลให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องใช้เวลาในการสอบถามนาน เนื่องจากผู้แจ้งเหตุไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน

4.4.2 การมุ่งเน้นบุคลากร แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.4.2.1 พนักงานกู้ชีพส่วนใหญ่ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ หน่วยปฏิบัติการ FR ที่ผ่านการฝึกอบรม 16 ชั่วโมงส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สถานการณ์จริงและขาดการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในบางครั้งพนักงานกู้ชีพเกิดอาการประหม่าขณะปฏิบัติงานไม่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

4.4.2.2 พนักงานกู้ชีพขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากหน่วยงานกำกับไม่ได้ให้สวัสดิการและประกันชีวิตให้แก่พนักงานกู้ชีพ ส่งผลให้พนักงานบางคนมาทำงานไม่สม่ำเสมอและทำให้การออกเหตุของพนักงานในแต่ละครั้งอยู่บนฐานของความเสี่ยงที่อาจจะเกิดอันตรายและไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบ

4.4.3 การจัดการกระบวนการ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

4.4.3.1 องค์กรปกครองท้องถิ่นหลายแห่ง ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากค่าตอบแทนปฏิบัติการ และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากไม่มีระเบียบรองรับที่เอื้อต่อการใช้เงินดังกล่าวอย่างชัดเจน ส่งผลให้ในบางหน่วยงานที่ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้แก่หน่วยปฏิบัติการไม่สามารถกระทำได้ หรือบางแห่งต้องรับภาระอย่างหนักในเรื่องค่าใช้จ่ายน้ำมันรถกู้ชีพ เป็นต้น

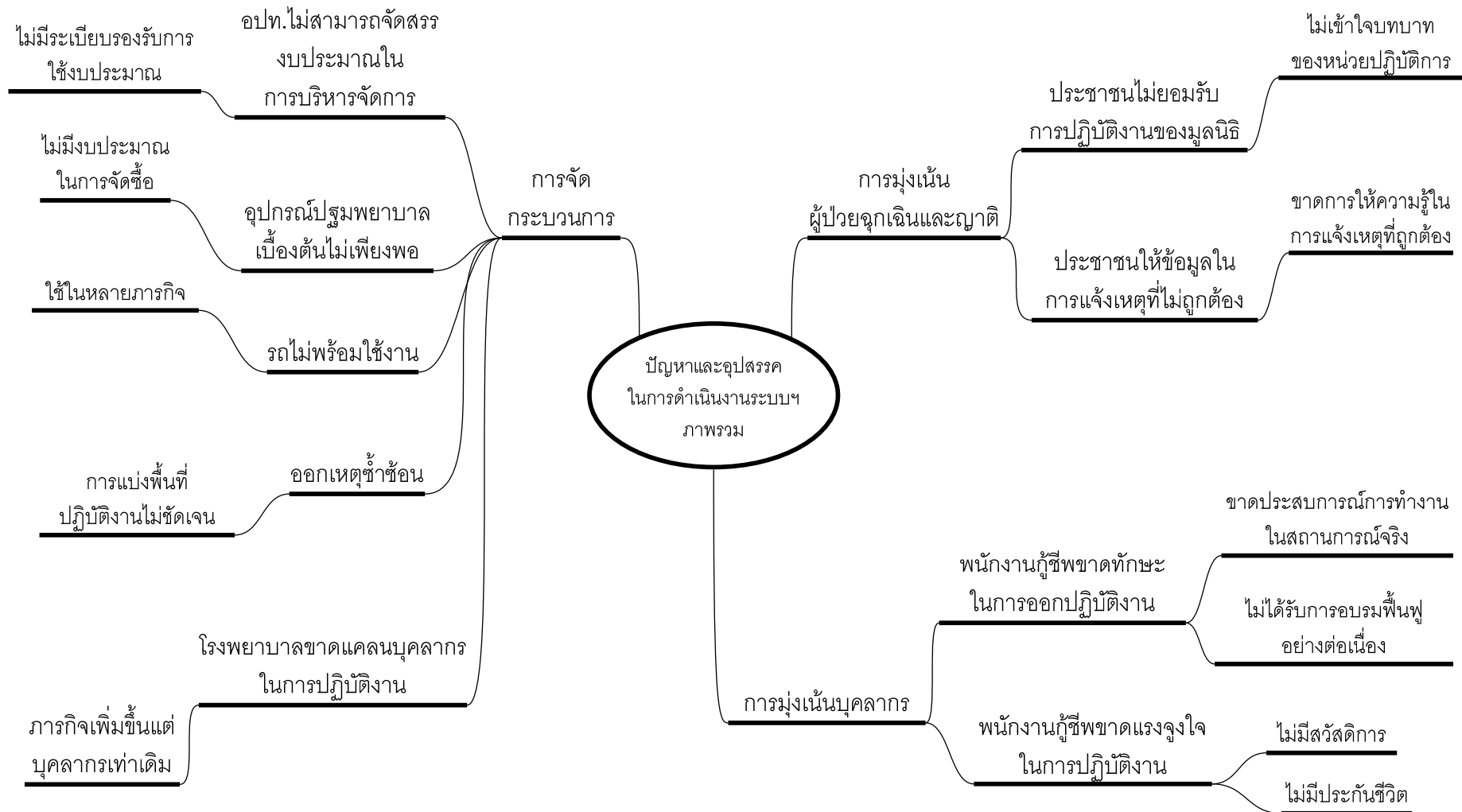
4.4.3.1 รถกู้ชีพไม่พร้อมใช้งาน เนื่องจากอยู่ในสภาพทรุดโทรม เพราะไม่มีงบประมาณในการซ่อมบำรุง ส่งผลให้รถกู้ชีพมีสมรรถนะและอุปกรณ์ไม่เหมาะสมที่จะปฏิบัติงานมากนัก หรือมีการนำรถกู้ชีพไปใช้ในหลายภารกิจ ส่งผลให้การไปรับผู้ป่วยฉุกเฉินมีความล่าช้าหรือไม่สามารถออกปฏิบัติการ

4.4.3.3 อุปกรณ์ปฐมพยาบาลไม่เพียงพอ เนื่องด้วยไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อ ส่งผลให้ในกรณีที่มีอุบัติเหตุหมู่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

4.4.3.4 การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่มักเกิดจากปัญหาระหว่างหน่วย ปฏิบัติการขององค์กรปกครองท้องถิ่น กับมูลนิธิ เนื่องจากมีพื้นที่ทับซ้อนในการปฏิบัติงานส่งผลให้มีการออกปฏิบัติงานซ้ำซ้อน และเกิดการแย่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.4.3.5 โรงพยาบาลขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานกู้ชีพ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินปฏิบัติหน้าที่ออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ส่งผลให้ในบางครั้งไม่สามารถออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างทันท่วงที หากในห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยหลายราย

กล่าวโดยสรุปการวิเคราะห์ภาพรวมปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานระบบฯ ของพื้นที่ศึกษาคณะวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบของแผนที่ความคิด (Mind Map) ในรูปที่ 4.30 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประเด็นต่างๆ ที่คณะวิจัยได้พยายามรวบรวม เพื่อเป็นตัวสะท้อนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ ได้นำไปปรับปรุงและแก้ไขต่อไป



รูปที่ 4.30 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบฯ พื้นที่ศึกษา

4.5 การประเมินผลวิจัยจากเวทีนำเสนอ

คณะวิจัยได้มีการนำเสนอผลวิจัยผ่าน 2 เวทีทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบายดังนี้

- ระดับปฏิบัติการ นำเสนอผ่านเวที “โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการสร้างและจัดการความรู้ 2552” ระหว่างวันที่ 19 ถึง 20 มิถุนายน 2552 ณ โรงแรมวรบุรีอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ระดับนโยบายนำเสนอผ่านเวที “การประชุมคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” วันที่ 24 มิถุนายน 2552 กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ

โดยในทั้ง 2 เวทีมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิจัยอันประกอบด้วย 2 ประเด็นหลักคือ แนวทางในการดำเนินงานระบบฯ ในระดับจังหวัด (สรุปประเด็นจากหัวข้อ 4.1) และ ตัวอย่างแนวปฏิบัติที่รวบรวมจากพื้นที่ 6 จังหวัด (สรุปเนื้อหาจากหัวข้อ 4.2) ในเวทีระดับนโยบายถือได้ว่าเป็นการทวนสอบกับหน่วยงานกำกับ เพื่อการรายงานการวิจัย และรับฟังข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานต่อไป

ในส่วนของเวทีระดับปฏิบัติการ มีผู้เข้าร่วมงานคือ บุคคลากรในระบบฯ ทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยปฏิบัติการจากทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ รวมทั้งสิ้นประมาณ 200 คน จาก 17 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี อ่างทอง สระบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท ลพบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สมุทรปราการ นครนายก และกรุงเทพมหานคร

ทางคณะวิจัยได้มีการประเมินการรับรู้และความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมงานในประเด็นที่นำเสนอผ่านแบบสอบถาม ดังสามารถสรุปผลได้ดังนี้

4.5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากจำนวนผู้เข้าร่วมงานประชุมประมาณ 200 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 100 คน สามารถแจกแจงข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามได้ในตารางที่ 4.4 โดยพบว่าร้อยละ 71 ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นระดับหน่วยปฏิบัติการ และร้อยละ 61.2 ของผู้ตอบในระดับหน่วยปฏิบัติการดังกล่าวไม่เคยรับทราบหรือไม่เคยนำ MBNQA, TQA หรือ PMQA ไปใช้ ในขณะที่มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 คนซึ่งทำงานกับสำนักงานระบบฯ รู้จัก PMQA (แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ) และ 10 คนของสำนักงานระบบฯ ให้ข้อมูลว่าไม่เคยรู้จัก MBNQA, TQA หรือ PMQA เลย ทั้งนี้โดยรวมจะพบว่าร้อยละ 65 ของผู้ตอบแบบสอบถามไม่มี

ความเข้าใจพื้นฐานใดๆ เกี่ยวกับ MBNQA, TQA หรือ PMQA ซึ่งเป็นกรอบในการวิเคราะห์ที่คณะวิจัยนำเสนอในงานดังกล่าว

ตารางที่ 4.4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

หน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม		รับทราบ / มีการนำ MBNQA, TQA หรือ PMQA ไปใช้	ไม่เคยรับทราบ / ไม่เคยนำ MBNQA, TQA หรือ PMQA ไปใช้	รวม
สำนักงานระบบฯ		4	10	14
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ		8	6	12
หน่วยปฏิบัติการ	ALS	17	7	24
	BLS	-	3	3
	FR	4	27	31
	ไม่ระบุ	3	10	13
อื่นๆ		1	2	3
รวม		35	65	100

4.5.2 การรับรู้และความคิดเห็นที่มีต่อผลงานวิจัย

ตารางที่ 4.5 แสดงการตอบรับผลวิจัยที่คณะวิจัยนำเสนอในที่ประชุมดังกล่าว โดยประเด็นคำถามต้องการทราบว่าจากการรับฟังผลวิจัยแล้ว ผู้ตอบแบบสอบถามมองว่ามีความเป็นไปได้ในการนำ MBNQA ไปใช้ในการวิเคราะห์ระบบฯ หรือไม่

ตารางที่ 4.5 แสดงความคิดเห็นต่อการประยุกต์ใช้ MBNQA ในงานระบบฯ

หน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถาม		ใช้ได้ทุกหมวดของ MBNQA	ใช้ได้บางหมวดของ MBNQA	ใช้ไม่ได้เลย
สำนักงานระบบฯ		14	-	-
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ		5	7	-
หน่วยปฏิบัติการ	ALS	17	7	-
	BLS	1	2	-
	FR	7	24	-
	ไม่ระบุ	10	3	-
อื่นๆ		2	1	-
รวม		56	44	-

จากข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมองว่ามีความเป็นไปได้ในการนำ MBNQA ไปใช้ โดยร้อยละ 56 ของผู้ตอบแบบสอบถามมองว่าสามารถนำทุกหมวดไปใช้วิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้กลุ่มผู้ตอบที่มองว่าใช้ได้เพียงบางหมวดนั้นให้น้ำหนักในหมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและญาติมากที่สุด รองลงมาคือหมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้ และหมวดอื่นๆ ต่างมีการกระจายของข้อมูลครอบคลุมทุกหมวด

นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติมที่ยกมาเป็นเพียงตัวอย่างดังนี้

- ดัชนีแบบการดำเนินงานระบบฯ ตามกรอบ MBNQA เป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความครอบคลุมทุกมิติ (หมวด 1-7) ทำให้องค์กรสามารถวิเคราะห์การดำเนินงานของตนได้ทั้งในภาพรวม และประเด็นปลีกย่อย ซึ่งง่ายในการบริหารจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานที่ยังบกพร่อง
- ดัชนีแบบการดำเนินงานดังกล่าวจะมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ถ้าได้นำไปทดลองใช้จริง และจัดทำเป็นเกณฑ์การดำเนินงานของระบบฯ และกำหนดใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระบบฯ
- ในการนำไปใช้ในระบบที่มีความหลากหลาย ต้องใช้เวลาในการพัฒนาและเรียนรู้ มากกว่าองค์กรที่เป็นระบบบริหารเดียว เช่น โรงพยาบาล รัฐวิสาหกิจ

บทที่ 5

การศึกษาการรับรู้ ทศนคติและความพึงพอใจของประชาชน ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด

5.1 บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญมาโดยตลอด นับตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นนโยบายให้มีการดำเนินงานครอบคลุมทั่วทั้งประเทศอย่างจริงจัง เมื่อเข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2544-2549) โดยจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบฯ ทั่วประเทศไทย คือในช่วง พ.ศ. 2546 ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินการพัฒนาระบบฯ ในอัตรา 10 บาทต่อหัวประชากร ส่งผลให้เกิดระบบฯ อย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 ในพื้นที่ 7 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปาง เพชรบุรีและสงขลา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2549) ต่อมาได้มีการผลักดันให้รัฐบาลออกกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้บังคับใช้เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2551

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบฯ ในพื้นที่ศึกษา 6 จังหวัด พบว่า ปัญหาอย่างหนึ่งคือ ประชาชนส่วนหนึ่งไม่รู้จักหมายเลข 1669 สาเหตุข้างต้น ส่งผลให้คณะวิจัยสนใจสำรวจการรับรู้ข้อมูลของประชาชนต่อการให้บริการของระบบฯ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้และความรู้ความเข้าใจระบบฯ ของประชาชน 2) เพื่อศึกษาทัศนคติและความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการระบบฯ จากผลการสำรวจข้างต้นทำให้ทราบถึงการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และความพึงพอใจต่อการบริการ และความต้องการของประชาชนต่อระบบฯ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบฯ เช่น การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ช่องทางในการเรียกใช้บริการ ฯลฯ

5.2 วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) โดยสำรวจการรับรู้ข้อมูลของประชาชนต่อการบริการของระบบฯ ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย ประชากรกลุ่ม

ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี

5.2.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง เพชรบุรี ภูเก็ต และสงขลา กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ simple random sampling การกำหนดจำนวนตัวอย่างในการวิจัยใช้สูตรยามาเน (Yamane, 1973 อ้างถึงใน สุดธิดา สุวรรณะ, 2545)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (ความคลาดเคลื่อน = 0.05)

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปที่ใช้ในแต่ละจังหวัด เฉลี่ย 400 ตัวอย่าง

นอกจากนี้ คณะวิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม คือกลุ่มผู้เคยใช้บริการระบบฯ เพิ่มเติมอีกจังหวัดละ 100 ตัวอย่าง โดยวิธีการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ ซึ่งได้ติดต่อขอข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของแต่ละจังหวัด จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างหมายเลขโทรศัพท์ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยตารางเลขสุ่ม จำนวน 100 หมายเลข เพื่อสอบถามข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่คณะวิจัยได้สร้างขึ้นจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ ด้วยกัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และการรับรู้ระบบฯ

ส่วนที่ 2 หมวด ก แบบสอบถามสำหรับประชาชนที่รู้จักหรือเคยได้ยินระบบฯ มาบ้าง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบฯ

ตอนที่ 2 ทศนคติและระดับความพึงพอใจในการบริการระบบฯ g3

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 หมวด ข แบบสอบถามสำหรับประชาชนที่ไม่รู้จักและไม่เคยได้ใช้บริการฯ มาก่อน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบฯ

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ลักษณะการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจที่มีต่อระบบฯ จะแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ซึ่งสามารถประมาณค่าเป็นคะแนน (rating scale) ได้ดังนี้

มากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 6	คะแนน
มาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5	คะแนน
ปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4	คะแนน
น้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3	คะแนน
น้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2	คะแนน
ไม่สามารถระบุได้	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1	คะแนน

ซึ่งมีช่วงระดับความพึงพอใจดังต่อไปนี้

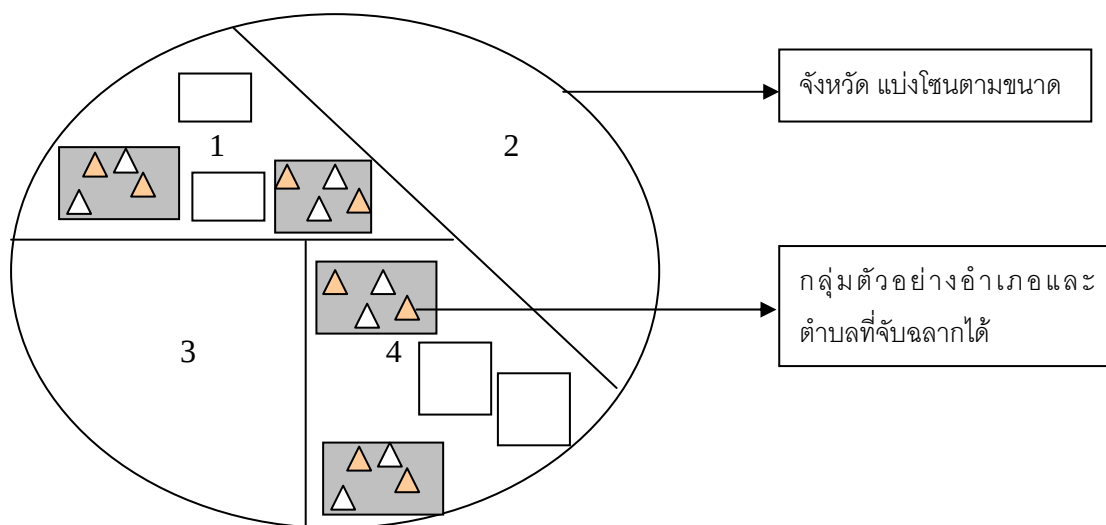
1.00 - 2.20 =	น้อยที่สุด
2.21 - 3.40 =	น้อย
3.41 - 4.60 =	ปานกลาง
4.61 - 5.80 =	มาก
5.81 - 6.00 =	มากที่สุด

ในการเก็บแบบสอบถาม คณะวิจัยจะทำการออกแบบสอบถาม และทดสอบแบบสอบถามก่อนนำไปใช้ โดยจำนวนแบบสอบถามที่นำไปใช้ในการทดสอบมีจำนวน 30 ชุดและนำไปทดสอบกับพื้นที่อื่นที่มีส่วนคล้ายกันกับพื้นที่ศึกษา คือเป็นพื้นที่ที่มีระบบฯ ให้บริการภายในจังหวัด เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถาม และนำไปใช้จริงในพื้นที่ศึกษา

5.2.3 การสุ่มพื้นที่เพื่อทำการเก็บตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เป็นวิธีการสุ่มที่ทุกกลุ่มมีโอกาสได้รับเลือกเป็นตัวแทนเท่าเทียมกัน เป็นการเลือกที่เป็นอิสระ ซึ่งใช้วิธีการจับฉลาก โดยผู้วิจัยจะทำตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1.แบ่งกลุ่มพื้นที่ออกเป็นโซนพื้นที่ ตามขนาดของจังหวัด
 - 2.เขียนชื่ออำเภอในแต่ละโซนพื้นที่แล้วหยิบฉลากอำเภอจนครบตามจำนวนที่ต้องการ
 - 3.หยิบฉลากตำบลที่มีอยู่ในอำเภอนั้นๆ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ
- ตัวอย่างดังรูปที่ 5.1



รูปที่ 5.1 แสดงตัวอย่างการจับฉลากแบ่งโซนพื้นที่แต่ละจังหวัด

- 4.เก็บตัวอย่างแบบสอบถามโดยการเดินสองฟากถนน หยุดจุดที่หนึ่งวัน
ช่วงไปประมาณ 5 ห้อง แล้วทำการถามจุดที่สอง ตัวอย่างดังรูปที่ 5.2



รูปที่ 5.2 แสดงการเก็บตัวอย่างประชาชน ในแต่ละพื้นที่ตำบล ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง

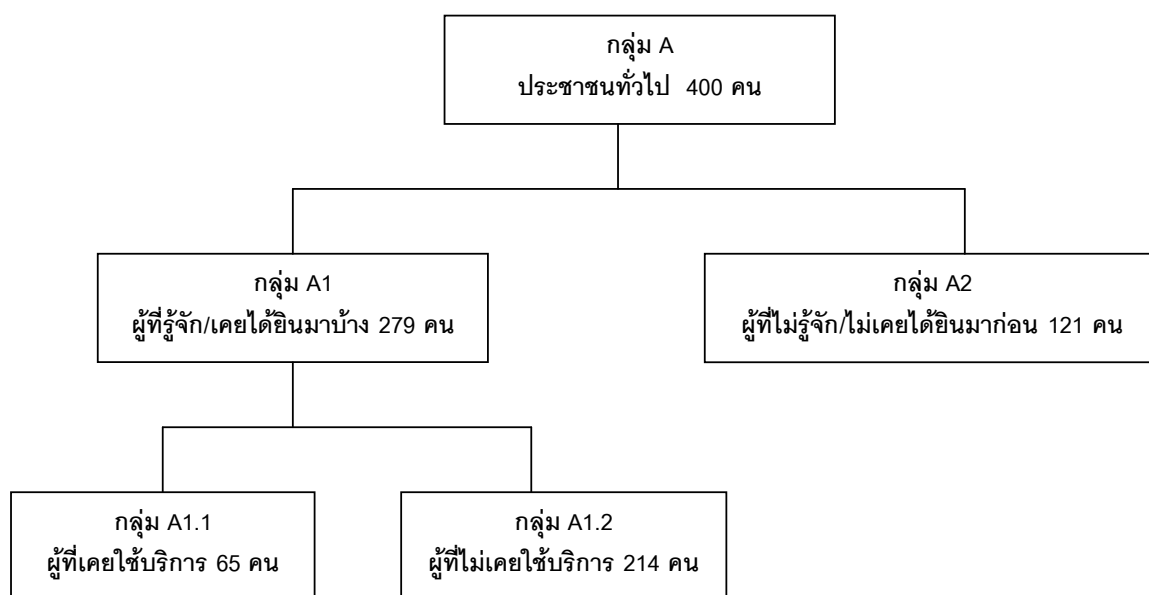
5.3 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในพื้นที่ 6 จังหวัด¹ คณะวิจัยนำเสนอในส่วนของประชาชนทั่วไป จำนวน 400 คน และผู้ที่เคยใช้บริการ จำนวน 100 คน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

5.3.1 ผลการศึกษา จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) 279 คน คิดเป็นร้อยละ 69.75 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินมาก่อน (กลุ่ม A2) 121 คน คิดเป็นร้อยละ 30.25

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 65 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 214 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 ดังแสดงในรูปที่ 5.3



รูปที่ 5.3 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดขอนแก่น

¹ สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก ก

5.3.1.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีช่วงอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.75 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.0 และเป็นประกอบกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 28.75 และประชาชนส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.75 ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	246	61.5
ชาย	154	38.5
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	4	1.0
16-25 ปี	63	15.75
26-35 ปี	69	17.25
36-45 ปี	72	18.0
46-55 ปี	88	22.0
56 ปีขึ้นไป	104	26.0
สถานภาพ		
โสด	97	24.25
สมรส	291	72.75
หม้าย/หย่าร้าง	12	3.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.25
ประถมศึกษา	212	53.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	17.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	62	15.5
ปวส./อนุปริญญา	24	6.0
ปริญญาตรี	30	7.5

ตารางที่ 5.1 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	2.25
พนักงานบริษัทเอกชน	17	4.25
เกษตรกร	79	19.75
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	115	28.75
รับจ้างทั่วไป	60	15.0
นักเรียน/นักศึกษา	40	10.0
แม่บ้าน	51	12.75
อื่นๆ ได้แก่ ว่างงาน/อยู่บ้านเฉยๆ	29	7.25
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	275	68.75
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	95	23.75
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	14	3.5
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	10	2.5
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	6	1.5

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ หอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 19.0 ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	176	44.0
โทรทัศน์	80	20.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	78	19.5
วิทยุ	28	7.0
โรงพยาบาล	19	4.75

ตารางที่ 5.2 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ (ต่อ)

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
แผ่นพับ/ใบปลิว	12	3.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	4	1.0
อื่นๆ (เทศบาล/โทรศัพท์/เพื่อนบ้าน)	3	0.75

ผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) เห็นว่าหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อันดับแรกคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 65.59 รองลงมาคือ ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 19.0 และสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 7.17 ดังตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=279)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	183	65.59
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	53	19.0
สถานีอนามัย	20	7.17
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	12	4.3
หน่วยงานที่โทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	5	1.39

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือเรียกใช้บริการให้กับตัวเองและบุคคลทั่วไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=65)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	39	60.0
ตัวเอง	13	20.0
บุคคลทั่วไป	13	20.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 86.15 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านมูลนิธิ คิดเป็นร้อยละ 6.15 และติดต่อผ่านหมายเลข 191 และ อบต. คิดเป็นร้อยละ 3.08 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=65)	ร้อยละ
โทร 1669	56	86.15
มูลนิธิ	4	6.15
โทร 191	2	3.08
อบต.	2	3.08
โรงพยาบาล	1	1.54

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 75.38 รองลงมาคือ รถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 22.4 และรถของ อบพร. คิดเป็นร้อยละ 2.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.6 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=65)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	49	75.38
รถกระบะ	15	22.4
รถของ อบพร.	1	2.22

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) เรียกใช้บริการจากระบบฯ ด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 63.08 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 12.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.7

ตารางที่ 5.7 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=65)	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	41	63.08
อุบัติเหตุบนท้องถนน	16	24.62
เหตุอื่นๆ	8	12.3

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล มีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 55.38 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 43.08 และนานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 1.54 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

ระยะเวลา	จำนวน(n=65)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	36	55.38
กำลังพอดี	28	43.08
นานเกินไป	1	1.54

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) มีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ทุกด้าน ดังตารางที่ 5.9

ตารางที่ 5.9 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	65	5.20	.81	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพ-เรียบร้อย	65	4.92	.74	มาก
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	65	5.14	.85	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	65	5.20	.75	มาก

ตารางที่ 5.9 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ(ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	65	5.08	.74	มาก
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	65	4.62	.96	มาก
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	65	4.75	1.02	มาก
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	65	4.71	1.18	มาก
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	65	4.62	1.18	มาก
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	65	5.11	.89	มาก

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 94.39 รองลงมาคือไม่มั่นใจในการบริการ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.61 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.10

ตารางที่ 5.10 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=214)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล	202	94.39
ไม่มั่นใจในการบริการ	12	5.61

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 90.65 รองลงมาคือ รถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 7.48 และรถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.87 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.11

ตารางที่ 5.11 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

วิธีการเดินทาง	จำนวน(n=214)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	194	90.65
รถรับจ้าง	16	7.48
รถเพื่อนบ้าน	4	1.87

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่า มีระบบฯ แล้วคิดจะใช้บริการ จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 62.15 รองลงมาคือไม่ใช้บริการ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 21.03 และไม่แน่ใจในการใช้บริการ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 16.82 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.12

ตารางที่ 5.12 ความคิดเห็นของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ เมื่อทราบว่า มีระบบฯ

ความคิดเห็นในการใช้บริการ	จำนวน (n=214)	ร้อยละ
ใช้บริการ	133	62.15
ไม่ใช้บริการ	45	21.03
ไม่แน่ใจ	36	16.82

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 77.69 รองลงมาคือ รถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และรถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 4.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.13

ตารางที่ 5.13 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน

วิธีการเดินทาง	จำนวน(n=121)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	94	77.69
รถเพื่อนบ้าน	22	18.18
รถรับจ้าง	5	4.13

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่า มีระบบฯ แล้วคิดจะใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 69.42 รองลงมาคือ ไม่ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 18.18 และไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 12.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.14

ตารางที่ 5.14 ความคิดเห็นของผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน ในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน (n=121)	ร้อยละ
ใช้บริการ	84	69.42
ไม่ใช้บริการ	22	18.18
ไม่แน่ใจ	15	12.4

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 66.94 รองลงมาคือท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 25.62 และมูลนิธิ/องค์กรเอกชน คิดเป็นร้อยละ 4.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.15

ตารางที่ 5.15 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=121)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	81	66.94
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	31	25.62
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	5	4.13
สถานีนามัย	3	2.48
ตำรวจและกรมทางหลวง	1	0.83

5.3.1.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.0 มีช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 29.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.0 มีอาชีพเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 27.0 และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.0 ดังตารางที่ 5.16

ตารางที่ 5.16 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	68	68.0
ชาย	32	32.0

ตารางที่ 5.16 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
อายุ		
16-25 ปี	10	10.0
26-35 ปี	29	29.0
36-45 ปี	28	28.0
46-55 ปี	16	16.0
56 ปีขึ้นไป	17	17.0
สถานภาพ		
โสด	13	13.0
สมรส	84	84.0
หม้าย/หย่าร้าง	3	3.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	19.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	30.0
ปวส./อนุปริญญา	13	13.0
ปริญญาตรี	35	35.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	27.0
พนักงานบริษัทเอกชน	6	6.0
เกษตรกร	19	19.0
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	15	15.0
รับจ้างทั่วไป	16	16.0
นักเรียน/นักศึกษา	9	9.0
ว่างงาน	8	8.0

ตารางที่ 5.16 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	43	43.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	26	26.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	16	16.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	14	14.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	1	1.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ รู้จักระบบฯ อันดับแรกคือ สื่อป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาคือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.0 และวิทยุจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.17

ตารางที่ 5.17 สื่อที่ทำให้ประชาชนรู้จักระบบฯ

สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ ²	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	56	56.0
โรงพยาบาล	51	51.0
วิทยุ	18	18.0
เพื่อนบ้าน	12	12.0
อื่นๆ ได้แก่การอบรม	12	12.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	8	8.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	8	8.0
โทรทัศน์	7	7.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	5	5.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	2	2.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 33.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 18.0 และหอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 13.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.18

² ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 5.18 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทรทัศน์	33	33.0
โรงพยาบาล	18	18.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	13	13.0
วิทยุ	12	12.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	9	9.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	8	8.0
อื่นๆ ได้แก่ ทุกสื่อ	7	7.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไปและญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาคือเรียกใช้บริการให้กับตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.19

ตารางที่ 5.19 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	41	41.0
บุคคลทั่วไป	41	41.0
ตัวเอง	18	18.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 89.0 รองลงมาคือมูลนิธิ คิดเป็นร้อยละ 8.0 และหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 3.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.20

ตารางที่ 5.20 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	89	89.0

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
มูลนิธิ	8	8.0
โทร 191	3	3.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาเป็นรถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 9.0 และรถอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.21

ตารางที่ 5.21 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	87	87.0
รถกระบะ	9	9.0
รถอื่นๆ	4	4.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการจากระบบฯ ด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ อุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.22

ตารางที่ 5.22 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	60	60.0
อุบัติเหตุบนท้องถนน	36	36.0
อุบัติเหตุอื่นๆ	4	4.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ กำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 21.0 และมีระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.23

ตารางที่ 5.23 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

ระยะเวลาที่รอ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	78	78.0
กำลังพอดี	21	21.0
นานเกินไป	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.24

ตารางที่ 5.24 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	5.22	1.22	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	4.58	1.08	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	4.88	1.47	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	4.63	1.41	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	4.53	1.32	ปานกลาง

ตารางที่ 5.24 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ (ต่อ)

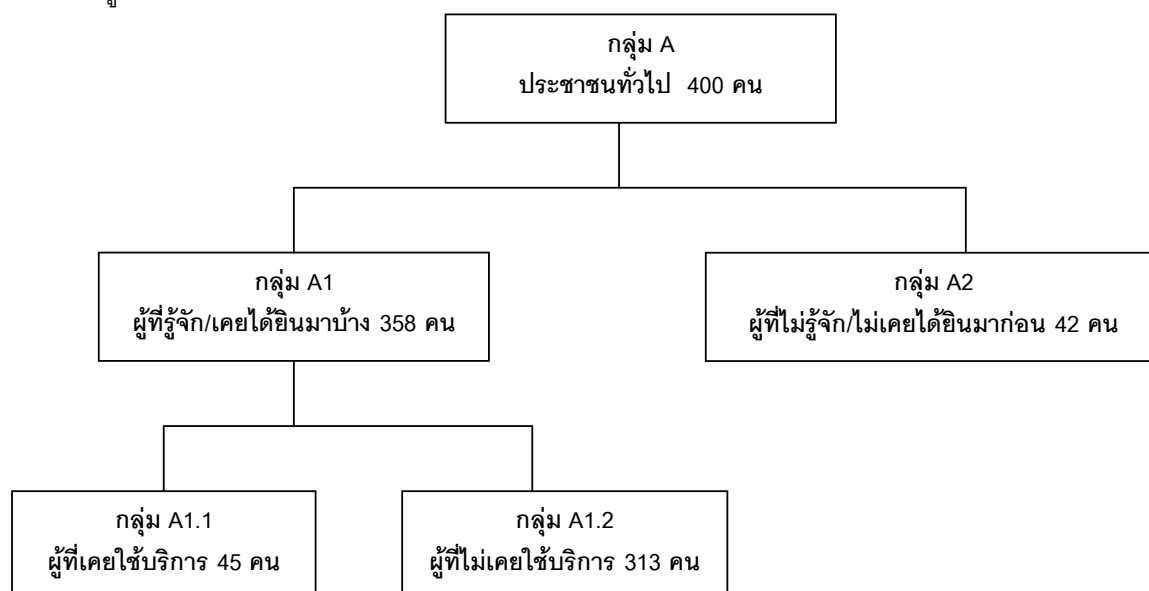
ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
-------------	-----------	------	-------

การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	4.25	1.32	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	4.33	1.32	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	4.56	1.42	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	4.17	1.50	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	4.36	1.45	ปานกลาง

5.3.2 ผลการศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) 358 คน คิดเป็นร้อยละ 89.50 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินมาก่อน (กลุ่ม A2) 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 45 คน คิดเป็นร้อยละ 12.57 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 313 คน คิดเป็นร้อยละ 87.43 ดังแสดงในรูปที่ 5.4



รูปที่ 5.4 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดอุบลราชธานี

5.3.2.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.75 มีช่วงอายุ 16-25 ปี ร้อยละ 29.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.5 เป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.5 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.25 ดังตารางที่ 5.25

ตารางที่ 5.25 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	203	50.75
ชาย	197	49.25
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	15	3.75
16-25 ปี	116	29.0
26-35 ปี	90	22.5
36-45 ปี	92	23.0
46-55 ปี	43	10.75
56 ปีขึ้นไป	44	11.0
สถานภาพ		
โสด	181	45.25
สมรส	210	52.5
หม้าย/หย่าร้าง	9	2.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	63	15.75
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	6.75

ตารางที่ 5.25 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	65	16.25
ปวส./อนุปริญญา	98	24.5
ปริญญาตรี	134	33.5
สูงกว่าปริญญาตรี	13	3.25
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	48	12.0
พนักงานบริษัทเอกชน	16	4.0
เกษตรกร	30	7.5
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	94	23.5
รับจ้างทั่วไป	74	18.5
นักเรียน/นักศึกษา	114	28.5
แม่บ้าน	24	6.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	157	39.25
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	140	35.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	76	19.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	20	5.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	7	1.75

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 71.25 รองลงมาคือ วิทยู คิดเป็นร้อยละ 14.75 และหน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ดังตารางที่ 5.26

ตารางที่ 5.26 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	285	71.25
วิทยุ	59	14.75
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	22	5.5
โรงพยาบาล	14	3.5
โทรทัศน์	16	4.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	4	1.0

ผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) เห็นว่าหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อันดับแรกคือ โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 42.18 รองลงมา คือ สถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 39.11 และท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 13.69 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.27 หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=358)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	151	42.18
สถานีอนามัย	140	39.11
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	49	13.69
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	13	3.63
หน่วยปฏิบัติการ 1669	5	1.39

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 53.34 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 24.44 และเรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 22.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.28

ตารางที่ 5.28 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับ

กลุ่ม	จำนวน(n=45)	ร้อยละ
ตัวเอง	24	53.34
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	11	24.44
บุคคลทั่วไป	10	22.22

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 82.22 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 15.56 และติดต่อผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.22ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.29

ตารางที่ 5.29 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=45)	ร้อยละ
โทร 1669	37	82.22
โทร 191	7	15.56
โรงพยาบาล	1	2.22

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมาคือ รถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 4.45 และรถของ อปพร. คิดเป็นร้อยละ 2.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.30

ตารางที่ 5.30 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=45)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	42	93.33
รถกระบะ	2	4.45
รถของอปพร.	1	2.22

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการจากระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 71.11 รองลงมาคือ อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 28.89 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.31

ตารางที่ 5.31 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=45)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	32	71.11
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	13	28.89

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล มีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 77.78 รองลงมาคือ กำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 22.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.32

ตารางที่ 5.32 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

ระยะเวลา	จำนวน(n=45)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	35	77.78
กำลังพอดี	10	22.22

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) มีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ทุกด้าน ดังตารางที่ 5.33

ตารางที่ 5.33 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	45	5.56	.55	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพ เรียบร้อย	45	4.91	.51	มาก
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	45	5.13	.46	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	45	5.09	.47	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	45	4.78	.42	มาก

ตารางที่ 5.33 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ (ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาล ของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	45	4.96	.30	มาก
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการ ช่วยเหลือ	45	4.82	.49	มาก
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	45	5.00	.30	มาก
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่ง โรงพยาบาล	45	4.67	.74	มาก
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการ รักษา)	45	5.11	.80	มาก

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 82.11 รองลงมาคือ คิดว่ามีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 14.7 และไม่มั่นใจในการบริการ คิดเป็นร้อยละ 3.19 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.34

ตารางที่ 5.34 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ที่ไม่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน (n=313)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล	257	82.11
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย	46	14.7
ไม่มั่นใจในการบริการ	10	3.19

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย/เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเดินทางไปโรงพยาบาล โดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 79.55 รองลงมาคือ รถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 10.86 และรถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.35

ตารางที่ 5.35 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

วิธีการเดินทาง	จำนวน(n=313)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	249	79.55
รถรับจ้าง	34	10.86
รถเพื่อนบ้าน	30	9.59

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่า มีระบบฯ แล้วคิดจะใช้บริการ จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 61.98 รองลงมาคือไม่ใช้บริการ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 30.03 และไม่แน่ใจในการใช้บริการ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 7.99 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.36

ตารางที่ 5.36 ความคิดเห็นของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ เมื่อทราบว่าระบบฯ

ความคิดเห็นในการใช้บริการ	จำนวน (n=313)	ร้อยละ
ใช้บริการ	194	61.98
ไม่ใช้บริการ	94	30.03
ไม่แน่ใจ	25	7.99

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 78.57 รองลงมาคือ รถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 19.05 และรถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 2.38 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.37

ตารางที่ 5.37 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน

วิธีการเดินทาง	จำนวน(n=42)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	33	78.57
รถรับจ้าง	8	19.05
รถเพื่อนบ้าน	1	2.38

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่า มีระบบฯ แล้วไม่คิดที่จะใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 47.62 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 19.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.38

ตารางที่ 5.38 ความคิดเห็นของผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน ในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน (n=42)	ร้อยละ
ไม่ใช้บริการ	20	47.62
ไม่แน่ใจ	14	33.33
ใช้บริการ	8	19.05

ผู้ที่ไม่รู้จักรู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ สถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 21.43 และท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 7.14 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.39

ตารางที่ 5.39 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=42)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	30	71.43
สถานีอนามัย	9	21.43
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	3	7.14

5.3.2.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.0 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 47.0 และมีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.0 ดังตารางที่ 5.40

ตารางที่ 5.40 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	46.0
ชาย	54	54.0

ตารางที่ 5.40 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	-	-
16-25 ปี	22	22.0
26-35 ปี	16	16.0
36-45 ปี	50	50.0
46-55 ปี	12	12.0
56 ปีขึ้นไป	-	-
สถานภาพ		
โสด	28	28.0
สมรส	71	71.0
หม้าย/หย่าร้าง	1	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	1	1.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	1.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	24	24.0
ปวส./อนุปริญญา	12	12.0
ปริญญาตรี	61	61.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	47	47.0
พนักงานบริษัทเอกชน	9	9.0
เกษตรกร	-	-
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	15	15.0
รับจ้างทั่วไป	8	8.0
นักเรียน/นักศึกษา	21	21.0
แม่บ้าน	-	-

ตารางที่ 5.40 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	19	19.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	23	23.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	31	31.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	24	24.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	3	3.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ รู้จักระบบฯ อันดับแรกคือ สื่อป้าย ประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51.0 และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.41

ตารางที่ 5.41 สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ

สื่อที่ทำให้รับรู้ระบบฯ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	56	56.0
โรงพยาบาล	51	51.0
วิทยุ	18	18.0
เพื่อนบ้าน	12	12.0
อื่นๆ ได้แก่ การอบรม	12	12.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	8	8.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	8	8.0
โทรทัศน์	7	7.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	5	5.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	2	2.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 33.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 18.0 หอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 13.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.42

ตารางที่ 5.42 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	33	33.0
โรงพยาบาล	18	18.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	13	13.0
วิทยุ	12	12.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	9	9.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	8	8.0
อื่นๆ ได้แก่ ทุกสื่อ	7	7.0

ประชาชนที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป และญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.43

ตารางที่ 5.43 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้ให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	41	41.0
บุคคลทั่วไป	41	41.0
ตัวเอง	18	18.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 89.0 รองลงมาคือ มูลนิธิ คิดเป็นร้อยละ 8.0 และหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 3.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.44

ตารางที่ 5.44 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	89	89.0
มูลนิธิ	8	8.0
โทร 191	3	3.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาคือ รถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 9.0 และรถอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.45

ตารางที่ 5.45 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	87	87.0
รถกระบะ	9	9.0
รถอื่นๆ	4	4.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ เรียกใช้ระบบฯ ด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ อุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และเหตุอื่นๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.46

ตารางที่ 5.46 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	60	60.0
อุบัติเหตุบนท้องถนน	36	36.0
อุบัติเหตุอื่นๆ	4	4.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล มีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ กำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 21.0 และมีระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.47

ตารางที่ 5.47 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	78	78.0
กำลังพอดี	21	21.0
นานเกินไป	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.48

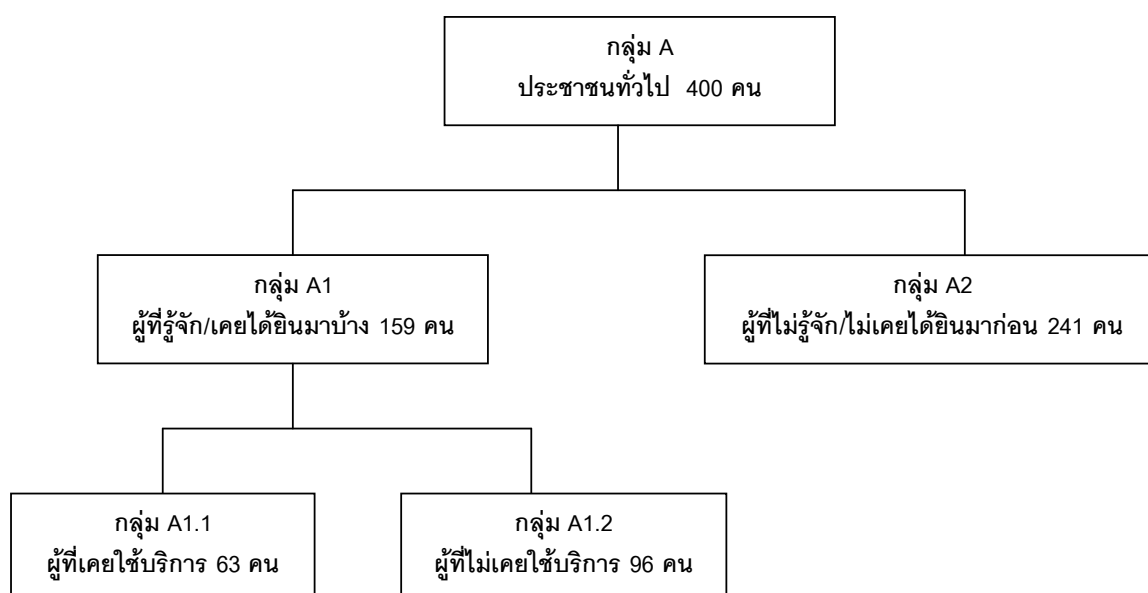
ตารางที่ 5.48 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	5.22	1.22	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	4.58	1.08	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	4.88	1.47	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	4.63	1.41	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	4.53	1.32	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	4.25	1.32	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	4.33	1.32	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	4.56	1.42	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	4.17	1.50	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	4.36	1.45	ปานกลาง

5.3.3 ผลการศึกษา จังหวัดลำปาง

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดลำปาง พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) 159 คน คิดเป็นร้อยละ 39.75 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินมาก่อน (กลุ่ม A2) 241 คน คิดเป็นร้อยละ 60.25

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 63 คน คิดเป็นร้อยละ 39.62 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 96 คน คิดเป็นร้อยละ 60.38 ดังแสดงในรูปที่ 5.5



รูปที่ 5.5 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดลำปาง

5.3.3.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 27.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.25 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 22.50 และประชาชนมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 59.0 ดังตารางที่ 5.49

ตารางที่ 5.49 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	248	62.0
ชาย	152	38.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	2	0.5
16-25 ปี	91	22.75
26-35 ปี	87	21.75
36-45 ปี	110	27.5
46-55 ปี	89	22.25
56 ปีขึ้นไป	21	5.25
สถานภาพ		
โสด	152	38.0
สมรส	241	60.3
หม้าย/หย่าร้าง	7	1.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	30	7.5
ประถมศึกษา	101	25.25
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	11.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	84	21.0
ปวส./อนุปริญญา	41	10.25
ปริญญาตรี	98	24.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.5

ตารางที่ 5.49 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	6.75
พนักงานบริษัทเอกชน	12	3.0
เกษตรกร	89	22.25
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	72	18.0
รับจ้างทั่วไป	90	22.5
นักเรียน/นักศึกษา	80	20.0
แม่บ้าน	30	7.5
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	236	59.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	85	21.25
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	37	9.25
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	29	7.25
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	13	3.25

ประชาชนทั่วไป (A1) เห็นว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ หอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 21.75 และโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 20.75 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.50

ตารางที่ 5.50 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
วิทยุ	121	30.25
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	87	21.75
โทรทัศน์	83	20.75
ป้ายประชาสัมพันธ์	82	20.5

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
วิทยุ	121	30.25
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	87	21.75
โทรทัศน์	83	20.75
โรงพยาบาล	10	2.5
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	10	2.5
แผ่นพับ/ใบปลิว	5	1.25
อื่นๆ ได้แก่ ทางโทรศัพท์	2	0.5

ผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง เห็นว่าหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อันดับแรก คือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.51 รองลงมา คือ ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.43 และสถานีอนามัย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.66 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.51

ตารางที่ 5.51 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=159)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	128	80.51
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	15	9.43
สถานีอนามัย	9	5.66
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	6	3.77
อื่นๆ ได้แก่ อปพร.	1	0.63

ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 55.55 รองลงมาคือเรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 42.86 และเรียกใช้บริการให้กับตัวเอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.52

ตารางที่ 5.52กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=63)	ร้อยละ
บุคคลทั่วไป	35	55.55
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	27	42.86
ตัวเอง	1	1.59

ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 79.36 รองลงมาคือติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 14.29 และติดต่อผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 6.35ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.53

ตารางที่ 5.53 ช่องทางในการเรียกใช้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

ช่องทาง	จำนวน(n=63)	ร้อยละ
โทร 1669	50	79.36
โทร 191	9	14.29
โรงพยาบาล	4	6.35

ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.1) ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 84.13 รองลงมาทราบว่ารถกระบะมารับ คิดเป็นร้อยละ 11.11 และรถของอปพร. คิดเป็นร้อยละ 4.76 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.54

ตารางที่ 5.54 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=63)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	53	84.13
รถกระบะ	7	11.11
รถของอปพร.	3	4.76

ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ ด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 52.38 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 46.03 และอุบัติเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.59 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.55

ตารางที่ 5.55 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=63)	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	33	52.38
อุบัติเหตุบนท้องถนน	29	46.03
อุบัติเหตุอื่นๆ	1	1.59

ผู้ที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลา ระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 25.40 และระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 7.93 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.56

ตารางที่ 5.56 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=63)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	42	66.67
กำลังพอดี	16	25.40
นานเกินไป	5	7.93

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ใน ด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ใน ด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาล รวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.57

ตารางที่ 5.57 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	63	4.65	1.44	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพ เรียบร้อย	63	4.60	1.34	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	63	4.27	1.66	ปานกลาง
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	63	4.19	1.46	ปานกลาง
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	63	4.24	1.50	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	63	4.06	1.42	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	63	4.00	1.61	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	63	4.19	1.56	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	63	4.40	1.64	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	63	4.08	1.46	ปานกลาง

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 68.76 รองลงมาคือไม่มั่นใจในการบริการ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 21.87 และคิดว่ามีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.37 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.58

ตารางที่ 5.58 การเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=96)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล	66	68.76
ไม่มั่นใจในการบริการ	21	21.87
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย	9	9.37

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 60.58 รองลงมาคือ รถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.73 และรถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.28 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.59

ตารางที่ 5.59 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=241)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	146	60.58
เพื่อนบ้าน	62	25.73
รถรับจ้าง	32	13.28
รถอปพร.	1	0.41

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่า มีระบบฯ แล้วคิดจะใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 72.20 รองลงมา คือ ไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 24.07 และไม่ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 3.73 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.60

ตารางที่ 5.60 ความคิดเห็นของประชาชนในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน (n=241)	ร้อยละ
ใช้บริการ	174	72.20
ไม่แน่ใจ	58	24.07
ไม่ใช้บริการ	9	3.73

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่มA2) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 66.39 รองลงมาคือสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 19.09 ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 11.62 และมูลนิธิ/องค์กรเอกชน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.61

ตารางที่ 5.61 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=241)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	160	66.39
สถานีอนามัย	46	19.09
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	28	11.62
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	7	2.90

5.3.3.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 57.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.0 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.0 และมีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.0 ตารางที่ 5.62

ตารางที่ 5.62 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	57	57.0
ชาย	43	43.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	-	-
16-25 ปี	7	7.0
26-35 ปี	17	17.0
36-45 ปี	57	57.0

ตารางที่ 5.62 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
46-55 ปี	19	19.0
56 ปีขึ้นไป	-	-
สถานภาพ		
โสด	15	15.0
สมรส	84	84.0
หม้าย/หย่าร้าง	1	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	1	1.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	1.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	15.0
ปวส./อนุปริญญา	2	2.0
ปริญญาตรี	79	79.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	61	61.0
พนักงานบริษัทเอกชน	9	9.0
เกษตรกร	-	-
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	13	13.0
รับจ้างทั่วไป	11	11.0
นักเรียน/นักศึกษา	6	6.0
แม่บ้าน	-	-

ตารางที่ 5.62 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	4	4.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	26	26.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	38	38.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	29	29.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	3	3.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ รู้จักระบบฯ อันดับแรก คือป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 56.0 และการอบรมจากหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.63

ตารางที่ 5.63 สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ

สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	72	72.0
โรงพยาบาล	56	56.0
อื่นๆ ได้แก่การอบรม	25	25.0
เพื่อนบ้าน	12	12.0
วิทยุ	12	12.0
โทรทัศน์	11	11.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	2	2.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	1	1.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรก คือโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 51.0 รองลงมาคือป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 18.0 และทางโทรศัพท์และหนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 13.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.64

ตารางที่ 5.64 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	51	51.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	18	18.0
ทางโทรศัพท์และหนังสือพิมพ์	13	13.0
วิทยุ	10	10.0
โรงพยาบาล	8	8.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 82.0 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.65

ตารางที่ 5.65 กลุ่มผู้เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้ให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
บุคคลทั่วไป	82	82.0
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	18	18.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 96.00 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 3.0 และหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.66

ตารางที่ 5.66 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	96	96.0
โรงพยาบาล	3	3.0
โทร 191	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 83.0 รองลงมา คือรถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 10.0 และรถอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.67

ตารางที่ 5.67 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถตู้	83	83.0
รถกระบะ	10	10.0
รถอื่นๆ	7	7.0

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาคือ อาการเจ็บป่วยเหตุฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 37.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.68

ตารางที่ 5.68 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	63	63.0
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	37	37.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงมาคือ กำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 14.0 และมีระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.69

ตารางที่ 5.69 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	84	84.0
กำลังพอดี	14	14.0
นานเกินไป	2	2.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาล รวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.70

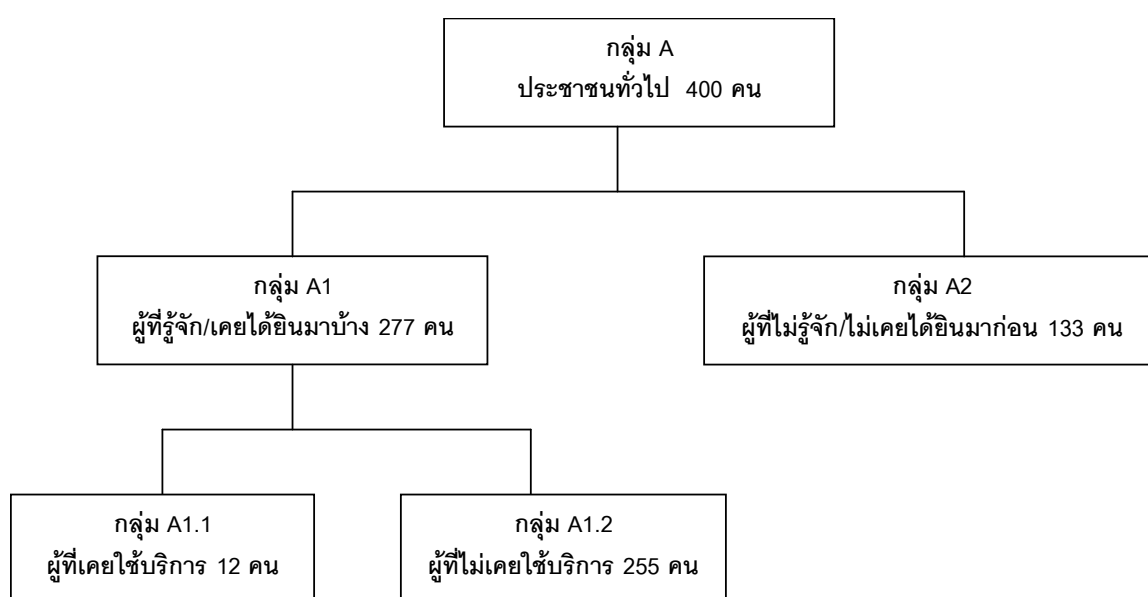
ตารางที่ 5.70 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	4.90	1.83	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	4.21	1.71	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	4.53	2.00	ปานกลาง
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	3.93	1.84	ปานกลาง
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	4.11	1.85	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	3.88	1.75	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	4.12	1.84	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	4.13	1.95	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	3.94	2.01	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	3.92	1.83	ปานกลาง

5.3.4 ผลการศึกษา จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) 277 คน คิดเป็นร้อยละ 66.75 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินมาก่อน (กลุ่ม A2) 133 คน คิดเป็นร้อยละ 33.25

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 12 คน คิดเป็นร้อยละ 95.51 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 255 คน คิดเป็นร้อยละ 95.51 ดังแสดงในรูปที่ 5.6



รูปที่ 5.6 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดเพชรบุรี

5.3.4.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีช่วงอายุ 16-25 ปี ร้อยละ 38.75 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.0 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.75 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 24.0 และมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 5.71

ตารางที่ 5.71 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	246	61.5
ชาย	154	38.5
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	2	0.5
16-25 ปี	155	38.75
26-35 ปี	142	35.5
36-45 ปี	71	17.75
46-55 ปี	23	5.75
56 ปีขึ้นไป	7	1.75
สถานภาพ		
โสด	216	54.0
สมรส	179	44.75
หม้าย/หย่าร้าง	5	1.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	1.25
ประถมศึกษา	26	6.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	8.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	127	31.75
ปวส./อนุปริญญา	88	22.0
ปริญญาตรี	115	28.75
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	12.5
พนักงานบริษัทเอกชน	79	19.75
เกษตรกร	43	10.75
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	39	.75

ตารางที่ 5.71 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	96	24.0
นักเรียน/นักศึกษา	82	20.5
แม่บ้าน	11	2.75
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	118	29.5
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	165	41.25
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	88	22.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	13	3.25
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	16	4.0

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) มีความเห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรก คือโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 48.25 รองลงมาคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 18.5 และหอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 11.25ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.72

ตารางที่ 5.72 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
โทรทัศน์	193	48.25
ป้ายประชาสัมพันธ์	74	18.5
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	45	11.25
โรงพยาบาล	36	9.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	19	4.75
วิทยุ	18	4.5
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	12	3.0
อื่นๆ ได้แก่ อปพร.	3	0.75

ผู้ที่เคยรู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง เห็นว่าหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อันดับแรกคือ โรงพยาบาล โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ

47.57 รองลงมาคือ มูลนิธิ/องค์กรเอกชน คิดเป็นร้อยละ 37.83 และท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 13.11 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.73

ตารางที่ 5.73 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=267)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	127	47.57
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	101	37.83
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	35	13.11
สถานีอนามัย	3	1.12
อื่นๆ ได้แก่ อปพร.	1	0.37

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.74

ตารางที่ 5.74 กลุ่มผู้เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=12)	ร้อยละ
บุคคลทั่วไป	10	83.33
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	2	16.67

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.75

ตารางที่ 5.75 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

หน่วยงาน	จำนวน(n=12)	ร้อยละ
โทร 191	10	83.33
โทร 1669	2	16.67

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 5.76

ตารางที่ 5.76 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=12)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	12	100.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) เรียกใช้ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.77

ตารางที่ 5.77 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=12)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	11	91.67
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	1	8.33

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลา กำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาคือรวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 8.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.78

ตารางที่ 5.78 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=12)	ร้อยละ
กำลังพอดี	11	91.67
รวดเร็วทันใจ	1	8.33

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (A1.1) มีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ใน ด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.79

ตารางที่ 5.79 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	12	4.83	.39	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	12	5.33	.89	มาก
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	12	5.42	.80	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	12	4.75	.45	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	12	4.08	.29	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	12	4.17	.39	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	12	4.17	.39	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	12	4.25	.45	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	12	4.17	.39	ปานกลาง

ตารางที่ 5.79 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ(ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	12	4.08	.29	ปานกลาง

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 91.76 รองลงมาคือไม่มั่นใจในการบริการ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และคิดว่ามีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 1.18 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.80

ตารางที่ 5.80 กลุ่มที่ไม่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ

กลุ่ม	จำนวน(n=255)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล	234	91.76
ไม่มั่นใจในการบริการ	18	7.06
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย	3	1.18

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่มA1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาคือรถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 18.04 และอื่นๆ คือ รถอปร. ไปส่ง คิดเป็นร้อยละ 1.18 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.81

ตารางที่ 5.81 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่รู้จักแต่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=255)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	206	51.5
เพื่อนบ้าน	46	18.04
อื่นๆ คือ อปร.	3	1.18

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่มA1.2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีระบบฯ แล้วไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 59.61 รองลงมาคือคิดจะใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 38.04 และไม่ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 2.35 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.82

ตารางที่ 5.82 ความคิดเห็นของประชาชนที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ เมื่อทราบว่ามีระบบฯ

ความคิดเห็นในการใช้บริการ	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
ไม่แน่ใจ	152	59.61
ใช้บริการ	97	38.04
ไม่ใช้บริการ	6	2.35

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 90.23 รองลงมาคือ รถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.27 และเพื่อนบ้านไปส่ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.83

ตารางที่ 5.83 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=133)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	120	90.23
รถรับจ้าง	11	8.27
รถเพื่อนบ้าน	2	1.5

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีระบบฯ แล้วไม่แน่ใจในการใช้บริการ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 61.66 รองลงมาคือใช้บริการ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 33.08 และไม่ใช้บริการ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.84

ตารางที่ 5.84 ความคิดเห็นของผู้ที่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน ในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน (n=133)	ร้อยละ
ไม่แน่ใจ	82	61.66
ใช้บริการ	44	33.08
ไม่ใช้บริการ	7	5.26

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58.65 รองลงมาคือ ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 26.31 และมูลนิธิ/องค์กรเอกชน คิดเป็นร้อยละ 8.27 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.85

ตารางที่ 5.85 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=133)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	78	58.65
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	35	26.31
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	11	8.27
สถานีนอมนาย	9	6.77

5.3.4.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 38.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.0 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 38.0 และมีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.0 ดังตารางที่ 5.86

ตารางที่ 5.86 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	46.0
ชาย	54	54.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	2	2.0
16-25 ปี	20	20.0
26-35 ปี	18	18.0
36-45 ปี	38	38.0
46-55 ปี	22	22.0
56 ปีขึ้นไป	-	-

ตารางที่ 5.86 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	30	30.0
สมรส	68	68.0
หม้าย/หย่าร้าง	2	2.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	2	2.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	4.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	10.0
ปวส./อนุปริญญา	5	5.0
ปริญญาตรี	77	77.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	38	38.0
พนักงานบริษัทเอกชน	8	8.0
เกษตรกร	-	-
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	23	23.0
รับจ้างทั่วไป	9	9.0
นักเรียน/นักศึกษา	20	20.0
แม่บ้าน	2	2.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	16	16.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	26	26.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	20	20.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	34	34.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	4	4.0

ประชาชนที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่รู้จักระบบฯ จากสื่อป้าย ประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาคือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34.0 และการอบรมจากหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.87

ตารางที่ 5.87 สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ

สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	59	59.0
โรงพยาบาล	34	34.0
อื่นๆ ได้แก่การอบรมจากหน่วยงาน	20	20.0
โทรทัศน์	18	18.0
วิทยุ	16	16.0
เพื่อนบ้าน	9	9.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	4	4.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	2	2.0

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.88

ตารางที่ 5.88 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	60	60.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	23	23.0
วิทยุ	7	7.0
โรงพยาบาล	4	4.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	2	2.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
อื่นๆ ได้แก่ sms ทางโทรศัพท์	2	2.0

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 89.0 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.89

ตารางที่ 5.89 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับ

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
บุคคลทั่วไป	89	89.0
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	11	11.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 รองลงมาคือโรงพยาบาล จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 และหมายเลข 191 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.90

ตารางที่ 5.90 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	91	91.0
โรงพยาบาล	7	7.0
โทร 191	2	2.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 82.0 รองลงมาคือ รถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 11.0 และรถของ อบพร. คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.91

ตารางที่ 5.91 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	82	82.0
รถกระบะ	11	11.0
รถอื่นๆ	7	7.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.92

ตารางที่ 5.92 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	60	60.0
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	40	40.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 73.0 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 22.0 และมีระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.93

ตารางที่ 5.93 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	73	73.0
กำลังพอดี	22	22.0
นานเกินไป	5	5.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาล รวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.94

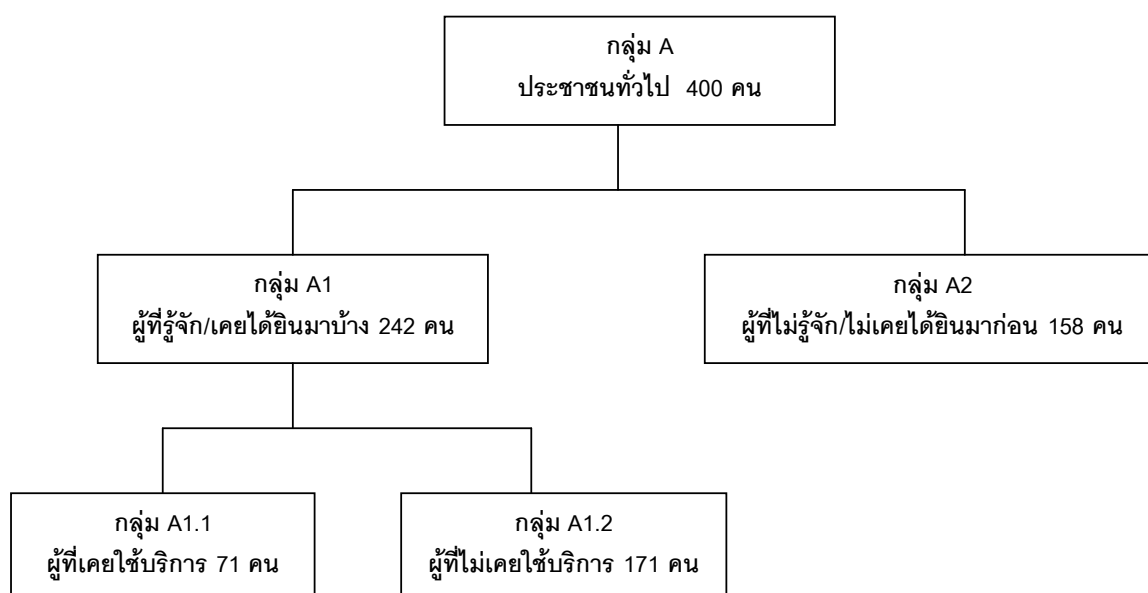
ตารางที่ 5.94 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	4.94	1.79	มาก
กิจกรรมารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	4.25	1.71	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	4.53	1.94	ปานกลาง
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	4.12	1.85	ปานกลาง
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	4.13	1.91	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	3.91	1.84	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	4.19	1.94	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	4.09	1.98	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	3.92	2.02	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	3.90	1.84	ปานกลาง

5.3.5 ผลการศึกษา จังหวัดภูเก็ต

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดลำปาง พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) 242 คน คิดเป็นร้อยละ 60.50 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินมาก่อน (กลุ่ม A2) 158 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 71 คน คิดเป็นร้อยละ 29.34 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 171 คน คิดเป็นร้อยละ 70.66 ดังแสดงในรูปที่ 5.7



รูปที่ 5.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดภูเก็ต

5.3.5.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.0 มีช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 35.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.3 มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 39.8 และมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.8 ดังตาราง 5.95

ตารางที่ 5.95 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	228	57.0
ชาย	172	43.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	1	0.3
16-25 ปี	80	20.0
26-35 ปี	142	35.5
36-45 ปี	94	23.5
46-55 ปี	48	12.0
56 ปีขึ้นไป	35	8.8
สถานภาพ		
โสด	188	47.0
สมรส	208	52.0
หม้าย/หย่าร้าง	4	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	2.0
ประถมศึกษา	69	17.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	10.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	82	20.5
ปวส./อนุปริญญา	80	20.0
ปริญญาตรี	113	28.3
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.5
อื่นๆ	1	0.3
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	5.3
พนักงานบริษัทเอกชน	159	39.8
เกษตรกร	18	4.5

ตารางที่ 5.94 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	46	11.5
รับจ้างทั่วไป	82	20.5
นักเรียน/นักศึกษา	33	8.3
แม่บ้าน	25	6.3
อื่นๆ	16	4.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	43	10.8
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	183	45.8
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	137	34.3
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	25	6.3
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	12	3.0

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A1) เห็นว่าเป็นสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรกคือ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 45.25 รองลงมาคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 18.25 และโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ตามลำดับ 12.0 ดังตารางที่ 5.96

ตารางที่ 5.96 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
โทรทัศน์	181	45.25
ป้ายประชาสัมพันธ์	73	18.25
โรงพยาบาล	48	12.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	26	6.5
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	22	5.5
แผ่นพับ/ใบปลิว	20	5.0
วิทยุ	19	4.75
อื่นๆ	11	2.75

ผู้ที่เคยรู้จัก/เคยได้ยืมมาบ้าง (กลุ่ม A1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ควรเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 47.11 รองลงมาคือมูลนิธิ/องค์กรเอกชน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.12 สถานีอนามัย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.89 และหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.97

ตารางที่ 5.97 หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=242)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	114	47.11
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	77	31.82
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	39	16.12
สถานีอนามัย	7	2.89
อื่นๆ	5	2.06

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 47.89 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.62 และเรียกใช้บริการให้กับตัวเอง จำนวน 9 คน 81 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.98

ตารางที่ 5.98 กลุ่มผู้เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=71)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	34	47.89
บุคคลทั่วไป	26	36.62
ตัวเอง	9	12.68
อื่นๆ	2	2.81

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 42.25 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 26.76 และติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 22.54 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.99

ตารางที่ 5.99 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=71)	ร้อยละ
โทร 1669	30	42.25
โรงพยาบาล	19	26.76
โทร 191	16	22.54
อื่นๆ	4	5.63
มูลนิธิ	2	2.82

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 81.69 รองลงมาคือ ทราบว่าเป็นรถกระบะมารับ คิดเป็นร้อยละ 16.90 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.41 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.100

ตารางที่ 5.100 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=71)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	58	81.69
รถกระบะ	12	16.90
รถอื่นๆ	1	1.41

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 64.79 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 32.39 และอุบัติเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.82 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.101

ตารางที่ 5.101 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=71)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	46	64.79
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	23	32.39
อุบัติเหตุอื่นๆ	2	2.82

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล มีระยะเวลากำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 57.75 รองลงมาคือ รวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 30.99 และใช้ระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 11.26 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.102

ตารางที่ 5.102 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถ มาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=71)	ร้อยละ
กำลังพอดี	41	57.75
รวดเร็วทันใจ	22	30.99
นานเกินไป	8	11.26

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ (กลุ่ม A1.1) มีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ใน ด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ใน ด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ จุกจิกกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.103

ตารางที่ 5.103 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	71	4.69	.80	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	71	4.59	.67	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	71	4.69	.60	มาก

ตารางที่ 5.103 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ (ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	71	4.61	.57	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	71	4.62	.59	มาก
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	71	4.34	.70	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	71	4.58	.60	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	71	4.68	.67	มาก
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	71	4.45	.73	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	71	4.42	.94	ปานกลาง

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติไปส่ง คิดเป็นร้อยละ 80.11 รองลงมาคือ ไม่มั่นใจในการบริการ คิดเป็นร้อยละ 14.04 และคิดว่ามีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 5.85 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.104

ตารางที่ 5.104 กลุ่มที่ไม่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ

กลุ่ม	จำนวน(n=171)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติไปส่ง	137	80.11
ไม่มั่นใจในการบริการ	24	14.04
คิดว่ามีค่าใช้จ่าย	10	5.85

5.3.5.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 52.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.0 มีอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.0 และมีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.0 ดังตารางที่ 5.105

ตารางที่ 5.105 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	46.0
ชาย	54	54.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	1	1.0
16-25 ปี	10	10.0
26-35 ปี	17	17.0
36-45 ปี	52	52.0
46-55 ปี	20	20.0
56 ปีขึ้นไป	-	-
สถานภาพ		
โสด	18	18.0
สมรส	80	80.0
หม้าย/หย่าร้าง	2	2.0

ตารางที่ 5.105 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	2	2.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	9.0
ปวส./อนุปริญญา	3	3.0
ปริญญาตรี	81	81.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	54.0
พนักงานบริษัทเอกชน	9	9.0
เกษตรกร	-	-
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	19	19.0
รับจ้างทั่วไป	7	7.0
นักเรียน/นักศึกษา	9	9.0
แม่บ้าน	2	2.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	8	8.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	19	19.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	33	33.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	36	36.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	4	4.0

ประชาชนที่เคยใช้บริการ รู้จักระบบฯ อันดับแรกคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.0 การอบรม คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.106

ตารางที่ 5.106 สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ

สื่อที่ทำให้รู้จักระบบฯ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	70	70.0
โรงพยาบาล	50	50.0
อื่นๆ ได้แก่ การอบรมจากหน่วยงาน	20	20.0
โทรทัศน์	14	14.0
วิทยุ	14	14.0
เพื่อนบ้าน	11	11.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	2	2.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	2	2.0

ประชาชนที่เคยใช้บริการ เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรก คือโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 21.0 และวิทยุ คิดเป็นร้อยละ 12.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.107

ตารางที่ 5.107 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	48	48.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	21	21.0
วิทยุ	12	12.0
โรงพยาบาล	8	8.0
อื่นๆ ได้แก่ การอบรม	8	8.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.108

ตารางที่ 5.108 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับใคร	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
บุคคลทั่วไป	78	78.0
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	22	22.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาคือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 3.0 และหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.109

ตารางที่ 5.109 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	96	96.0
โรงพยาบาล	3	3.0
โทร 191	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่ทราบว่ารถตู้พยาบาล มารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 84.0 รองลงมาเป็นรถกระบะ คิดเป็นร้อยละ 9.0 และรถอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.110

ตารางที่ 5.110 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถตู้พยาบาล	84	84.0
รถกระบะ	9	9.0
รถอื่นๆ	7	7.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.111

ตารางที่ 5.111 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	60	60.0
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	40	40.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลา ระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 17.0 และมีระยะเวลานานเกินไป คิดเป็นร้อยละ 3.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.112

ตารางที่ 5.112 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	80	80.0
กำลังพอดี	17	17.0
นานเกินไป	3	3.0

ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ในด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อระบบฯ ระดับปานกลาง ในด้าน 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 4) รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล และ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.113

ตารางที่ 5.113 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	94	5.00	1.81	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	94	4.23	1.84	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	94	4.66	1.92	มาก

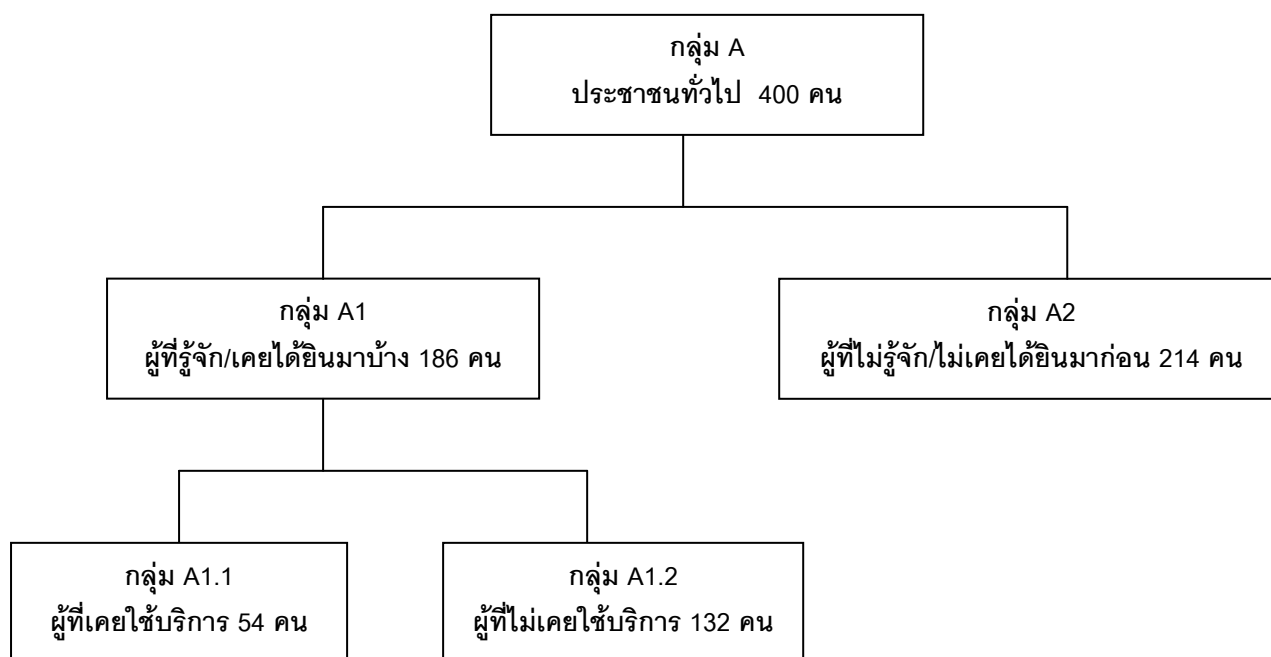
ตารางที่ 5.113 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ(ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	94	4.06	1.85	ปานกลาง
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	94	4.14	1.90	ปานกลาง
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	94	3.94	1.81	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	94	4.14	1.88	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	94	4.13	1.99	ปานกลาง
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	94	4.01	2.02	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	94	4.00	1.86	ปานกลาง

5.3.6 ผลการศึกษา จังหวัดสงขลา

กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม 400 ชุด (กลุ่ม A) ที่สุ่มจากประชาชนในจังหวัดสงขลา พบว่ามีผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยืมมาบ้าง (กลุ่ม A1) 186 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยืมมาก่อน (กลุ่ม A2) 214 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5

กลุ่มผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยืมมาบ้าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.1) 54 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 และผู้ที่ไม่เคยใช้บริการ (กลุ่ม A1.2) 132 คน คิดเป็นร้อยละ 70.97 ดังแสดงในรูปที่ 5.8



รูปที่ 5.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสอบถาม จังหวัดสงขลา

5.3.6.1 ประชาชนทั่วไป

ประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 มีช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 25.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.25 ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.25 และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.0 ประชาชนมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 44.25 ดังตารางที่ 5.114

ตารางที่ 5.114 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	234	58.5
ชาย	166	41.5

ตารางที่ 5.114 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	38	9.5
16-25 ปี	78	19.5
26-35 ปี	102	25.5
36-45 ปี	88	22.0
46-55 ปี	40	10.0
56 ปีขึ้นไป	54	13.5
สถานภาพ		
โสด	175	43.75
สมรส	221	55.25
หม้าย/หย่าร้าง	4	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	1.75
ประถมศึกษา	101	25.25
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	13.25
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	75	18.75
ปวส./อนุปริญญา	61	15.25
ปริญญาตรี	98	24.5
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.25
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	64	16.0
พนักงานบริษัทเอกชน	28	7.0
เกษตรกร	37	9.25
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	45	11.25
รับจ้างทั่วไป	116	29.0
นักเรียน/นักศึกษา	85	21.25
แม่บ้าน	25	6.25

ตารางที่ 5.114 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=400)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	177	44.25
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	144	36.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	46	11.5
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	10	2.5
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	23	5.75

กลุ่มประชาชนทั่วไป (กลุ่ม A) เห็นว่าสื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ อันดับแรก คือโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 32.0 รองลงมาคือ หอกระจายข่าวหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และป้ายประชาสัมพันธ์ 18.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.115

ตารางที่ 5.115 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
โทรทัศน์	128	32.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	112	16.67
ป้ายประชาสัมพันธ์	72	18.0
โรงพยาบาล	43	28.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	19	4.75
แผ่นพับ/ใบปลิว	16	4.0
วิทยุ	9	2.25
อื่นๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์	1	0.25

ผู้ที่รู้จัก/เคยได้ยินมาบ้าง (กลุ่ม A1) เห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ อันดับแรกคือ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 38.17 รองลงมาคือท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 35.48 และสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 14.52 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.116

ตารางที่ 5.116 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน (n=186)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	71	38.17
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	66	35.48
สถานีอนามัย	27	14.52
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	22	11.83

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.117

ตารางที่ 5.117 กลุ่มผู้ที่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=54)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	48	88.89
ตัวเอง	6	11.11

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 51.85 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 31.48 และติดต่อผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.118

ตารางที่ 5.118 ช่องทางในการเรียกใช้บริการระบบฯ

ช่องทาง	จำนวน(n=54)	ร้อยละ
โทร 1669	28	51.85
โทร 191	17	31.48
โรงพยาบาล	9	16.67

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่ทราบว่า รดตู้พยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 61.11 รองลงมาทราบว่ารถกระบะมารับ คิดเป็นร้อยละ 38.89 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.119

ตารางที่ 5.119 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=54)	ร้อยละ
รดตู้พยาบาล	33	61.11
รถกระบะ	21	38.89

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 70.37 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 25.93 และอุบัติเหตุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 3.70 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.120

ตารางที่ 5.120 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=54)	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	38	70.37
อุบัติเหตุบนท้องถนน	14	25.93
อุบัติเหตุอื่นๆ	2	3.70

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ (กลุ่ม A1.1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล มีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 64.81 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 29.63 และมีระยะเวลานานเกินไป ไม่ควรจะเกิน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 5.56 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.121

ตารางที่ 5.121 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

ระยะเวลาที่รอ	จำนวน(n=54)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	35	64.81
กำลังพอดี	16	29.63
นานเกินไป	3	5.56

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ (กลุ่ม A1.1) อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้าน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) รองลงมาคือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ได้แก่ด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รถอยู่ในสภาพดี และมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล และ 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.122

ตารางที่ 5.122 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	54	4.56	1.08	ปานกลาง
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพเรียบร้อย	54	4.41	1.14	ปานกลาง
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	54	4.30	1.41	ปานกลาง
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน	54	4.48	1.09	ปานกลาง
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล	54	4.67	1.05	มาก
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	54	4.44	1.08	ปานกลาง
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	54	4.44	0.96	ปานกลาง
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	54	4.30	1.41	ปานกลาง

ตารางที่ 5.122 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ(ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	54	4.37	1.19	ปานกลาง
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	54	4.63	1.35	มาก

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.21 รองลงมาคือไม่มั่นใจในการบริการ คิดเป็นร้อยละ 3.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.123

ตารางที่ 5.123 กลุ่มที่ไม่เคยเรียกใช้บริการระบบฯ

กลุ่ม	จำนวน(n=132)	ร้อยละ
เดินทางไปเอง/ญาติ/ผู้อยู่ในเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล	127	96.21
ไม่มั่นใจในการบริการ	5	3.79

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย/เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 67.42 รองลงมาคือรถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.76 และรถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.82 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.124

ตารางที่ 5.124 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่รู้จักแต่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ

การเดินทาง	จำนวน(n=132)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	89	67.42
รถรับจ้าง	34	25.76
รถเพื่อนบ้าน	9	6.82

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้บริการระบบฯ (กลุ่ม A1.2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีระบบฯ แล้วคิดจะใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 68.94 รองลงมาคือไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 25.0 และไม่ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 6.06 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.125

ตารางที่ 5.125 ความคิดเห็นของประชาชนในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ใช้บริการ	91	68.94
ไม่แน่ใจ	33	25.0
ไม่ใช้บริการ	8	6.06

ผู้ที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วย/เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเดินทางไปโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 55.61 รองลงมาคือ รถเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 29.44 และรถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.95 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.126

ตารางที่ 5.126 การเดินทางไปโรงพยาบาลของประชาชนที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน

การเดินทาง	จำนวน(n=214)	ร้อยละ
รถส่วนตัว	119	55.61
รถเพื่อนบ้าน	63	29.44
รถรับจ้าง	32	14.95

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีระบบฯ แล้วใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 48.13 รองลงมาคือไม่แน่ใจในการใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 43.93 และไม่ใช้บริการ คิดเป็นร้อยละ 7.94 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.127

ตารางที่ 5.127 ความคิดเห็นของประชาชนในการใช้บริการระบบฯ ในการใช้บริการระบบฯ

ความคิดเห็น	จำนวน (n=214)	ร้อยละ
ใช้บริการ	103	48.13
ไม่แน่ใจ	94	43.93
ไม่ใช้บริการ	17	7.94

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จัก/ไม่เคยได้ยินระบบฯ มาก่อน (กลุ่ม A2) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ คือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.52 รองลงมาคือ ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) คิดเป็นร้อยละ 41.59 และสถานีอนามัย ดังตารางที่ 5.128

ตารางที่ 5.128 หน่วยงานที่ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=214)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	91	42.52
ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	89	41.59
สถานีอนามัย	20	9.35
มูลนิธิ/องค์กรเอกชน	14	6.54

5.3.6.2 ประชาชนที่เคยใช้บริการ ที่มีการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 100 คน

ประชาชนที่เคยใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 มีช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 43.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.0 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.0 มีอาชีพผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 32.0 และมีรายได้ 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.0 ดังตารางที่ 5.128

ตารางที่ 5.128 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	46	46.0
ชาย	54	54.0
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	-	-
16-25 ปี	7	7.0
26-35 ปี	27	27.0
36-45 ปี	43	43.0
46-55 ปี	22	22.0
56 ปีขึ้นไป	1	1.0

ตารางที่ 5.128 ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่เคยใช้บริการ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=100)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	19	19.0
สมรส	73	73.0
หม้าย/หย่าร้าง	8	8.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษา	7	7.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	9.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	14.0
ปวส./อนุปริญญา	18	18.0
ปริญญาตรี	52	52.0
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	31.0
พนักงานบริษัทเอกชน	5	5.0
เกษตรกร	6	6.0
ผู้ประกอบการ/ธุรกิจส่วนตัว	32	32.0
รับจ้างทั่วไป	16	16.0
นักเรียน/นักศึกษา	2	2.0
แม่บ้าน	8	8.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	4	4.0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	32	32.0
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	35	35.0
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	20	20.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	9	9.0

กลุ่มประชาชนที่เคยใช้บริการ รู้จักระบบฯ จากสื่อป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาคือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34.0 และจากหน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย คิดเป็นร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.129

ตารางที่ 5.129 สื่อที่ทำให้รับรู้ระบบฯ

สื่อที่ทำให้รับรู้ระบบฯ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์	59	59.0
โรงพยาบาล	34	34.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	28	28.0
โทรทัศน์	18	18.0
วิทยุ	16	16.0
อื่นๆ ได้แก่ การอบรม	15	15.0
เพื่อนบ้าน	9	9.0
หอกระจายข่าวหมู่บ้าน	6	6.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	2	2.0

กลุ่มประชาชนตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมที่สุดในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือป้ายประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และหน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย คิดเป็นร้อยละ 13.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.130

ตารางที่ 5.130 สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ระบบฯ

สื่อที่เหมาะสม	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	40	40.0
ป้ายประชาสัมพันธ์	23	23.0
หน่วยงานบริการสาธารณสุข/อนามัย	13	13.0
โรงพยาบาล	12	12.0
วิทยุ	10	10.0
แผ่นพับ/ใบปลิว	2	2.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการให้กับญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ เรียกใช้บริการให้กับบุคคลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 33.0 และเรียกใช้บริการให้กับตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.131

ตารางที่ 5.131 กลุ่มผู้เคยเรียกใช้บริการระบบฯ เรียกใช้บริการให้กับใคร

เรียกใช้บริการให้กับ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง/คนใกล้ชิด/เพื่อน	57	57.0
บุคคลทั่วไป	33	33.0
ตัวเอง	10	10.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการระบบฯ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาคือ ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 คิดเป็นร้อยละ 24.0 และติดต่อผ่านหมายเลข 191 คิดเป็นร้อยละ 9.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.132

ตารางที่ 5.132 ช่องทางในการเรียกใช้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

หน่วยงาน	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
โทร 1669	24	24.0
ตัวเอง	10	10.0
โทร 191	9	9.0
อปต.	3	3.0
มูลนิธิ	1	1.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ทราบว่ารอดูพยาบาลมารับ ณ จุดเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 86.0 รองลงมาทราบว่ารถกระบะมารับ คิดเป็นร้อยละ 8.8 และอื่นๆ ได้แก่ รถดัดแปลง คิดเป็นร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.133

ตารางที่ 5.133 ลักษณะรถที่มารับ ณ จุดเกิดเหตุ

ลักษณะรถ	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รถดูพยาบาล	86	86.0
รถกระบะ	8	8.0
อื่นๆ รถดัดแปลง	6	6.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้ระบบฯ ด้วยอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.134

ตารางที่ 5.134 อาการเจ็บป่วยที่เรียกใช้บริการระบบฯ

ลักษณะการเจ็บป่วย	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
อุบัติเหตุบนท้องถนน	60	60.0
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	40	40.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถมาถึงจุดเกิดเหตุ จนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมีระยะเวลารวดเร็วทันใจ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือกำลังพอดี คิดเป็นร้อยละ 48.0 และมีระยะเวลานานเกินไป ไม่ควรจะเกิน 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.135

ตารางที่ 5.135 ความรู้สึกเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างรอรถบริการ มาถึง ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล

เวลา	จำนวน(n=100)	ร้อยละ
รวดเร็วทันใจ	50	50.0
กำลังพอดี	48	48.0
นานเกินไป	2	2.0

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบฯ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้าน 1) การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ 2) กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพ เรียบร้อย 3) การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย 4) รออยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการช่วยเหลือครบครัน 5) ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัวรถพยาบาล การให้คำแนะนำ 6) อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของเจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ 7) ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล และ 9) การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล รองลงมาคือ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ได้แก่ด้าน 10) การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5.136

ตารางที่ 5.136 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบฯ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับแจ้งเหตุที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์	5.35	.95	มาก
กิริยามารยาท การบริการของเจ้าหน้าที่ สุภาพ เรียบร้อย	4.99	.88	มาก
การมารับ-นำส่งโรงพยาบาลรวดเร็วปลอดภัย	5.22	1.12	มาก
รถอยู่ในสภาพดีและมีอุปกรณ์ที่พร้อมในการ ช่วยเหลือครบครัน	4.92	1.05	มาก
ความสะอาดเรียบร้อยของเจ้าหน้าที่/อุปกรณ์และตัว รถพยาบาล	5.03	1.04	มาก
การให้คำแนะนำ อธิบายและดูแลปฐมพยาบาลของ เจ้าหน้าที่ก่อนการช่วยเหลือ	4.72	1.04	มาก
ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือ	5.09	.94	มาก
การดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล	5.04	1.02	มาก
การบริการของเจ้าหน้าที่หลังการนำส่งโรงพยาบาล	4.75	1.06	มาก
การประสานงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสะดวก (เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล/สิทธิในการเข้ารับการรักษา)	3.90	1.80	ปานกลาง

บทที่ 6

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

6.1 สรุปผลการดำเนินงาน

การสรุปผลการดำเนินงานนี้ อ้างอิงจากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยที่ได้กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการวิจัยฯ ทั้งสิ้น 3 ข้อ โดยปรากฏในรายงานฉบับนี้ 2 ข้อ (ในรายงานฉบับที่ 1.2 จำนวน 1 ข้อ กล่าวคือ การพัฒนาตัวชี้วัดในระบบฯ)

6.1.1 วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษากลไกและรูปแบบการดำเนินงานในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของพื้นที่ศึกษา 6 แห่ง โดยครอบคลุมพื้นที่ที่มีความสำเร็จของการดำเนินงานในระดับดี ปานกลาง และยังบกพร่อง

การดำเนินงานของคณะวิจัยเริ่มต้นจากการเลือกพื้นที่ 6 จังหวัดที่จะทำการศึกษา ทั้งนี้เกณฑ์ในการจัดกลุ่มคือ “ความสำเร็จของการดำเนินงาน” คณะวิจัยได้อาศัยข้อมูลผลการดำเนินงานระบบฯ จากศูนย์สารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2550 เป็นเกณฑ์ และในการเลือกจังหวัดได้พิจารณาจากอีกหลายประเด็นดังแสดงไว้ในหัวข้อ 1.3 จากนั้นในขั้นตอนการศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบฯ ของแต่ละจังหวัด คณะวิจัยได้อาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูล จากนั้นคณะวิจัยได้นำ “รูปแบบการดำเนินงาน” ที่ได้สังเคราะห์กลับไปทวนสอบความครบถ้วนและถูกต้องกับหน่วยงานในจังหวัดอีกครั้ง

“รูปแบบการดำเนินงาน” ได้ถูกนำเสนอด้วยกรอบ (Modeling Framework) ของ MBNQA ซึ่งเป็นกรอบที่ใช้ในการวิเคราะห์การดำเนินงานขององค์กร ทั้งนี้ MBNQA ได้รับการยอมรับและมีการประยุกต์ใช้กับองค์กรหลายประเภทดังแสดงตัวอย่างในหัวข้อ 2.3

ประเด็นหนึ่งที่คณะวิจัยมองว่า MBNQA เป็นกรอบที่เหมาะสมในการนำเสนอกลไกและรูปแบบการดำเนินงานระบบฯ คือ การแสดงภาพรวมการเชื่อมโยงขององค์ประกอบย่อยในระบบฯ กล่าวคือการพัฒนา ระบบฯ ให้ยั่งยืนจะต้องอาศัยการประสานขององค์ประกอบย่อยทั้งหมด ดังนั้นรูปแบบการดำเนินงานระบบฯ ที่นำเสนอด้วยกรอบ MBNQA จะช่วยให้พื้นที่ศึกษา 6 แห่งและจังหวัดอื่นๆ ที่สนใจศึกษางานได้พิจารณาระบบฯ เป็นภาพรวม มากกว่าการมุ่งที่ประเด็นใด โดยอาจมองข้ามในประเด็นอื่นๆ (หัวข้อ 4.1 แสดงรายละเอียดของการวิเคราะห์ระบบฯ ด้วย MBNQA)

จากการศึกษาพื้นที่ทั้ง 6 แห่ง อาจกล่าวได้ว่า ทุกแห่งมีการรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลายและน่าสนใจ โดยไม่ได้ทำให้คณะวิจัยรู้สึกถึงความแตกต่างของระดับ “ความสำเร็จของการดำเนินงาน” กล่าวคือ จังหวัดในกลุ่มที่มีผลความสำเร็จของการดำเนินงานน้อย ต่างมีรูปแบบในการพัฒนางานระบบฯ ที่น่าสนใจ(ดังปรากฏหลายประเด็น ตัวอย่างการดำเนินงานของจังหวัดภูเก็ต และสงขลาในหัวข้อ 4.2) ประการหนึ่งที่คณะวิจัยมองเห็นคือ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานที่วัดด้วยตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) อาจไม่ได้มีนัยใดเท่ากับความมุ่งมั่นของทุกจังหวัดในการพัฒนาระบบฯ แม้ว่าผลความสำเร็จของการดำเนินงานอาจมาจากความพร้อมของแต่ละจังหวัดที่ต่างกัน หรือบริบทของแต่ละแห่ง แต่ทุกจังหวัดต่างให้ความสำคัญกับระบบฯ โดยมีกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและพัฒนางานที่ทำด้วยความมุ่งมั่นอย่างแท้จริง

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบฯ หรือถอดบทเรียนการดำเนินงานในงานวิจัยนี้ จึงมิได้จำกัดเฉพาะจังหวัดที่ผลความสำเร็จของการดำเนินงานสูง หากแต่ได้ศึกษาในพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัดอย่างเท่าเทียม ทำให้ได้เห็นรูปแบบการพัฒนา หรือดำเนินการที่หลากหลาย ดังสรุปไว้ในหัวข้อ 4.2

6.1.2 วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับความสำเร็จที่ต่างกัน

ในส่วนของปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ คณะวิจัยได้ทำการวิเคราะห์แยกเป็นภาพของจังหวัดและภาพรวมของทั้ง 6 จังหวัดแสดงไว้ในหัวข้อ 4.3 โดยการวิเคราะห์ดังกล่าวได้อาศัยหมวดของ MBNQA

เนื่องด้วยบริบทที่ต่างกันในแต่ละจังหวัด แนวทางที่แต่ละจังหวัดพัฒนาระบบฯ เพื่อให้เกิดการบริการในบริบทของจังหวัดตนจึงแตกต่างกันออกไป จึงเป็นการยากที่จะวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จแยกตามระดับความสำเร็จที่ต่างกัน หากแต่พิจารณาในภาพรวมจะพบว่า ประเด็นที่ทุกจังหวัดมีเหมือนกัน คือการนำองค์กร การมุ่งเน้นบุคลากร และการจัดการกระบวนการ ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันไป แต่สามารถกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

- การนำองค์กร แนวคิดและบทบาทของผู้นำในทุกจังหวัดจัดว่าเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญของระบบฯ โดยไม่สำคัญว่าผู้นำนั้นจะอยู่ในสถานะของโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งรูปแบบในการดำเนินงานอาจมีแตกต่างกันไป ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งเป็นทั้งการผลักดันแบบ Top-Down

และการเชิญชวนตามความสมัครใจแบบ Bottom-Up แต่ทั้งหมดล้วนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบฯ อย่างไรก็ตามน้ำหนักของความสำคัญทั้งหมดอยู่ที่การชักชวนเข้าสู่ระบบฯ แต่การสานต่อเพื่อความยั่งยืนซึ่งบางอย่างเป็นหน้าที่ของผู้นำ เช่น การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (ประเด็นในหมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์) เพื่อเป็นเข็มมุ่งให้กับการพัฒนาระบบฯ มีเพียงบางจังหวัดที่ดำเนินการในส่วนนี้ โดยเป็นประเด็นที่ผู้นำในหลายจังหวัดยังไม่ได้ให้ความสำคัญ

- การมุ่งเน้นบุคลากร การพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่องเป็นอีกประเด็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของงานระบบฯ ซึ่งจัดว่าเป็นงานที่ต้องอาศัยทักษะและความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าทุกจังหวัดต่างให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะของบุคลากรในรูปแบบที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามน้ำหนักที่เน้นไปคือการพัฒนาทักษะ แต่ในการสร้างขวัญและกำลังใจ มีเพียงสองจังหวัดที่ดำเนินการเป็นรูปธรรม และการสำรวจความพึงพอใจหรือรับฟังเสียงของผู้ปฏิบัติงานนั้นยังไม่มีจังหวัดใดดำเนินการ รวมทั้งการสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการทำงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานยึดเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันนั้นยังไม่มีจังหวัดใดกำหนดขึ้น
- การจัดกระบวนการ ในประเด็นนี้มีหัวข้อย่อยที่หลากหลาย แต่รูปแบบการจัดกระบวนการเพื่อสร้างเครือข่ายในการปฏิบัติงานนั้น พบว่าทุกจังหวัดต่างให้ความสำคัญซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของ สผจ. และทิศทางการพัฒนางานของระบบฯ อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่นับว่ามีบทบาทสำคัญคือ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่บูรณาการหลักสูตรกู้ชีพและกู้ภัย ภายใต้การอบรมของ OTOS พบว่ามีบทบาทในการผลักดันให้ท้องถิ่นที่อบรมในหลักสูตรดังกล่าว ก้าวเข้าสู่การเป็นเครือข่ายของหน่วยปฏิบัติงาน

ในขณะที่หมวดอื่นๆ มีเพียงบางจังหวัดที่มีปัจจัยเสริมความสำเร็จเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น จังหวัดขอนแก่นให้ความสำคัญกับระบบการวัด และการวิเคราะห์ด้วยตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นเพิ่มเติม เพื่อการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้นและการจัดการความรู้ที่มีรูปแบบเด่นชัด นั่นคือการส่งเสริมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน รวมทั้งการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ผู้บริหารระบบฯ ของจังหวัดขอนแก่นให้ความสำคัญอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้ที่พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีการ

ดำเนินงานที่เป็นระบบมากกว่าจังหวัดอื่น อาจเกิดจากการพัฒนาระบบฯ ที่มีมาอย่างยาวนาน การเรียนรู้ Trail and Error จนได้กลไกการพัฒนาระบบที่เหมาะสม

ในส่วนของปัญหาและอุปสรรค คณะวิจัยได้วิเคราะห์แยกตามจังหวัด และเป็นภาพรวมของทั้ง 6 จังหวัด โดยวิเคราะห์ตามหมวดของ MBNQA ดังแสดงไว้ในหัวข้อที่ 4.4 พบว่าปัญหาที่ทุกจังหวัดประสบเหมือนกันคือ หมวดของการมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติ การมุ่งเน้นบุคลากร และการจัดการกระบวนการ โดยแม้แต่จังหวัดขอนแก่นที่มีผลการดำเนินงานอันดับหนึ่งของประเทศ และมีการพัฒนาระบบฯ มาก่อนจังหวัดอื่นอย่างยาวนาน ก็ยังประสบกับปัญหาดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

- ปัญหาในเรื่องความไม่เข้าใจของประชาชน ทั้งความไม่เข้าใจในวิธีการแจ้งเหตุ และให้ข้อมูล รวมทั้งความไม่เข้าใจในบทบาทของหน่วยปฏิบัติการ กล่าวคือ มूलนิยามที่มิใช่เป็นเพียง “หน่วยเก็บศพ” เท่านั้น ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนผู้เคยใช้และไม่เคยใช้งานระบบฯ ในบทที่ 5 พบว่าแทบทุกจังหวัดต่างมองเรื่อง “การรับรู้และเข้าใจระบบฯ” ของประชาชนเป็นข้อเสนอแนะให้เร่งแก้ไข
- ปัญหาในเรื่องการขาดทักษะในการปฏิบัติงานของพนักงาน ด้วยการอบรมที่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา และอุปกรณ์ ส่งผลให้การอบรมไม่ได้เน้นการฝึกปฏิบัติ ประกอบกับในสถานการณ์จริงที่มีปัจจัยควบคุมไม่ได้มากมาย อาจส่งผลให้พนักงานกู้ชีพบางส่วนที่ผ่านการอบรม แต่ไม่ได้ผ่านประสบการณ์มากเพียงพอ อาจไม่สามารถปฏิบัติงานได้เท่าที่ควร และแม้กระทั่งพนักงานกู้ชีพที่ผ่านงานมากมายต่างต้องได้รับการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เพื่อทบทวนและ Update ความรู้ให้ทันสมัย แต่ทั้งนี้ก็ยังพบปัญหาผู้ปฏิบัติงานไม่ได้เข้ารับการฝึกอบรมฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด
- ปัญหาการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การเรียกร้องสวัสดิการและประกันชีวิต ปรากฏในแทบทุกพื้นที่ รวมทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการกำหนดรูปแบบหน่วยปฏิบัติการให้พนักงานได้รับเงินเดือน ซึ่งพบปัญหาในเรื่องการจ่ายเงินเดือนไม่ตรงกับอัตราที่กำหนดไว้ ในขณะที่หน่วยปฏิบัติงานอื่นๆ หรือในจังหวัดอื่นๆ ที่ไม่ได้กำหนดเงินเดือน ก็มักพบปัญหาจากระบบอาสาสมัคร โดยแม้ว่างานการแพทย์ฉุกเฉินจะเป็นงานที่เริ่มก่อตั้งด้วยระบบจิตอาสา แต่แรงจูงใจในการทำงานก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญตลอดมา

- ปัญหาการจัดการกระบวนการ พบว่ามีความหลากหลาย เช่น รถ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร หรือการออกเหตุ ตัวอย่างเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกจังหวัดไม่ว่าระดับความสำเร็จจะสูงสุดลำดับหนึ่งหรือสองของประเทศ โดยบางหน่วยปฏิบัติการ หรือบางจังหวัดอาจมีรูปแบบในการรับมือแตกต่างกันออกไป ดังยกตัวอย่างไว้ในหัวข้อ 4.2 แต่โดยภาพรวมยังเป็นปัญหาให้ทุกจังหวัดต้องแก้ไขต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยปรับใช้จริง

ผลการวิจัยสามารถสรุปเป็น 2 ส่วนหลักได้แก่ (1) กรอบแนวคิด MBNQA ที่ใช้กับงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (รายละเอียดในหัวข้อ 4.1) คณะวิจัยมองว่ากรอบ MBNQA ดังกล่าวจะช่วยให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบฯ ได้วิเคราะห์ในเชิงองค์รวม และเห็นองค์ประกอบย่อยที่อาจมองข้ามไป (2) ตัวอย่างแนวปฏิบัติที่โดดเด่นในพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 แห่ง (รายละเอียดในหัวข้อ 4.2) คณะวิจัยมองว่าจะเป็นประโยชน์ให้กับจังหวัดอื่นๆ ที่กำลังพัฒนาระบบฯ ได้นำไปเป็นแบบอย่างหรือขยายผลต่อไป อนึ่ง ในการนำผลการวิจัยทั้งสองส่วนไปใช้จริงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับได้แก่

6.2.1 ในระดับจังหวัด

ผลการวิจัยในส่วนที่หนึ่ง หรือกรอบแนวคิด MBNQA ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้จังหวัดอื่นๆ นำไปใช้ในการวิเคราะห์การดำเนินงานระบบฯ ในภาพของจังหวัดตน กล่าวคือประเด็นย่อย หรือหมวดย่อยทั้ง 7 และหมวดโครงร่างจะทำให้สามารถวิเคราะห์จุดเด่น และข้อควรปรับปรุงในการดำเนินงานของระบบฯ ในภาพระดับจังหวัด

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ด้วย MBNQA ในระดับจังหวัดนั้น ควรเป็นการวิเคราะห์ร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบฯ เพื่อหลีกเลี่ยงการวิเคราะห์ที่ไม่เป็นธรรม โดยต้องรับฟังข้อมูลจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในหมวดต่างๆ และวิเคราะห์ด้วยสภาพความเป็นจริง เพื่อให้เห็นข้อเท็จจริงที่ควรปรับปรุง นอกจากนี้ หากจังหวัดต่างๆ ต้องการศึกษานโยบายปฏิบัติที่น่าสนใจในแต่ละหมวด ก็สามารถศึกษาได้จากผลการวิจัยในส่วนที่สอง กล่าวคือตัวอย่างแนวปฏิบัติที่โดดเด่นในพื้นที่กรณีศึกษา 6 แห่ง อย่างไรก็ตามบริบทของจังหวัดที่ต่างกัน ย่อมมีผลต่อการดำเนินงานที่ต่างกัน ดังนั้น ตัวอย่างต่างๆ สามารถใช้ประกอบการเลือกหาแนวทางที่เหมาะสมได้ แต่ทั้งหมดต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทในจังหวัด

6.2.2 ในระดับหน่วยงานกำกับ

หน่วยงานกำกับในที่นี้ คณะวิจัยหมายถึงสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งกำกับและพัฒนากิจการดำเนินงานของระบบฯ ในทุกจังหวัด อาจนำผลการวิจัยในส่วนที่หนึ่ง (กรอบ MBNQA ที่ใช้ในการวิเคราะห์ระบบฯ) ให้จังหวัดต่างๆ ได้วิเคราะห์การดำเนินงานของจังหวัด ทั้งเพื่อการพัฒนาในระดับของจังหวัด และเพื่อการรวบรวมแนวปฏิบัติที่น่าสนใจไว้เป็นฐานข้อมูล (ขยายจากขอบเขตของงานวิจัยที่ศึกษาเพียงแค่ 6 จังหวัด) เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาต่อยอดต่อไป

อย่างไรก็ตามกรอบของ MBNQA ที่คณะวิจัยรวบรวมไว้ในหัวข้อ 4.1 อาจค่อนข้างกว้าง และมีประเด็นย่อยจำนวนมาก ทั้งนี้การนำไปใช้จริงควรปรับปรุงให้คำอธิบายง่ายแก่การเข้าใจ โดยปรับเป็นคำที่ใช้ในงานระบบฯ และควรเลือกเจาะลึกในประเด็นที่สำคัญก่อน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้ คณะวิจัยในฐานะกลุ่มคนภายนอกอาจไม่สามารถดำเนินการได้เหมาะสม

ทั้งนี้ผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วนได้สรุปไว้ใน “คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ระดับจังหวัด” เพื่อแจกจ่ายให้แก่หน่วยงานในจังหวัดที่ทำการศึกษาทั้ง 6 แห่ง และนำเสนอสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อการแจกจ่ายให้กับหน่วยงานในจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

6.3 บทเรียนจากการดำเนินงาน

คณะวิจัยซึ่งประกอบด้วยบุคคลจากหลากหลายพื้นฐานความรู้ และการทำงาน โดยทั้งหมดไม่มีพื้นฐานหรือความเข้าใจตั้งต้นใดๆ กับงานทางด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประเด็นดังกล่าวสร้างบทเรียนในการดำเนินงานได้มากมาย ดังสรุปเป็นประเด็นต่อไปนี้

- 6.3.1 การเรียนรู้งานในระบบฯ รวมทั้งรูปแบบงานด้านสาธารณสุข และการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็นโอกาสในการเรียนรู้ของคณะวิจัย และการเปิดมุมมองใหม่ๆ จากการแลกเปลี่ยนทัศนะกับบุคคลในหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดขึ้นจากความกรุณาของบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่ได้อธิบาย ให้ความรู้ และความเข้าใจกับคณะวิจัยเป็นอย่างดี
- 6.3.2 การนำบุคคลภายนอกมาวิเคราะห์ระบบงานต่างๆ จะทำให้การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์เป็นไปอย่างตรงไปตรงมา อันเนื่องมาจากการไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดกับงาน และการพิจารณาจะเป็นโดยภาพรวมจากภายนอก ทั้งนี้คนภายในซึ่งมีความคุ้นชินกับงานอาจจะมองข้ามไป

- 6.3.3 กระบวนการเก็บข้อมูลเชิงลึกเป็นเหมือนการต่อจิ๊กซอว์ทีละชิ้น กล่าวคือเมื่อสัมภาษณ์บุคคลหรือหน่วยงานหนึ่งๆ อาจเชื่อมโยงไปยังอีกหลายหน่วยงานที่คณะวิจัยต้องไปสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจนกว่าจะได้ภาพรวมที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ข้อมูลอาจมีความขัดแย้งกัน จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องหาข้อสรุปถึงข้อมูลที่แท้จริง และข้อมูลที่ได้จากบุคคลหนึ่งๆ อาจมีทั้งส่วนที่เป็นข้อเท็จจริงและความคิดเห็นผสมกัน จึงเป็นสิ่งที่ต้องคัดแยกออกให้ได้
- 6.3.4 งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินฯ เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน รวมทั้งเป็นหน่วยงานที่มาจากหน่วยงานกำกับที่หลากหลาย ส่งผลถึงนโยบายและการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุดังกล่าว บริบทของการศึกษาจึงค่อนข้างกว้างและซับซ้อน ทำให้ได้เห็นว่าทุกหน่วยงานในพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 จังหวัดต่างเห็นถึงความสำคัญของงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และมีความตั้งใจในการพัฒนา แต่ความพร้อมหรือนโยบายในแต่ละจังหวัดอาจแตกต่างกันซึ่งส่งผลถึงระดับการดำเนินงานที่อาจแตกต่างกัน ซึ่งทั้งหมดนี้ควรให้กำลังใจและสนับสนุนการทำงานแก่ทุกหน่วยงานในทุกจังหวัด

6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะวิจัยสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายออกเป็น 2 ส่วนกล่าวคือ

- 6.4.1 ในส่วนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ามุมมองจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกจนมาสู่การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคนั้น “การรับรู้และเข้าใจระบบฯ” ของภาคประชาชนยังเป็นปัญหาอยู่ กล่าวคือแม้ทุกจังหวัดจะทุ่มเทในรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย แต่ก็ยังเข้าถึงประชาชนไม่ได้ทั้งหมด รวมทั้งประชาชนก็อาจเพียงรับทราบหมายเลข 1669 แต่ยังไม่เข้าใจการให้บริการ ขอบเขต และวิธีการรับแจ้งเหตุของระบบฯ ซึ่งประเด็นดังกล่าวต้องการแนวทางที่เหมาะสมต่อไป นอกเหนือจากการมุ่งเน้น “การประชาสัมพันธ์” เพียงอย่างเดียว ซึ่ง “การให้ความรู้” ผ่านระบบการศึกษา เช่น การอบรมนักเรียน นักศึกษา หรือผู้นำชุมชน กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน รวมถึงการสอดแทรกในการอบรมของหน่วยงานภาครัฐ และภาคธุรกิจ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม โรงแรม จัดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถเสริมสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนได้

นอกจากนี้การวิเคราะห์ระบบฯ ใน 6 จังหวัดด้วยกรอบ MBNQA พบบางประเด็นควรผลักดันให้ทุกจังหวัดดำเนินการ ตัวอย่างเช่น “การรับฟังข้อมูล ความคิดเห็นและความพึงพอใจจากผู้ป่วยฉุกเฉิน ญาติ และผู้ปฏิบัติการ” ทั้งนี้งานระบบฯ เป็นงานบริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การรับฟังเสียงจากทั้งสองส่วนจะช่วยให้มองเห็นปัญหาในหน่วยงานได้ชัดเจนขึ้น “การวางแผนเชิงกลยุทธ์” มีเพียงบางจังหวัดที่จัดทำ แต่การขาดแผนเชิงกลยุทธ์จะทำให้ขาดทิศทางในการพัฒนาระบบฯ ที่ชัดเจน และ “การกำหนดค่านิยมและวัฒนธรรมของระบบฯ” ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวผู้ปฏิบัติงานให้มองเห็นเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน เป็นสิ่งที่ถูกมองข้ามไปในทุกจังหวัด ดังนั้นตัวอย่างประเด็นที่ถูกมองข้ามไปอาจต้องเริ่มจากการพิจารณาความสำคัญและผลักดันให้จังหวัดต่างๆ มีแนวทางการดำเนินงานต่อไป

6.4.2 ในส่วนของผลการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ระบบฯ ด้วยกรอบ MBNQA และตัวอย่างแนวปฏิบัติในพื้นที่ศึกษา 6 แห่ง คณะวิจัยมองว่าทุกจังหวัดในขณะนี้ต่างเห็นความสำคัญของงานการแพทย์ฉุกเฉิน แต่การพัฒนาระบบฯ อาจยังไม่มีกรอบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการพัฒนาที่อาจจะจัดกระจายและขาดทิศทางในการพัฒนา ดังนั้น MBNQA น่าจะเป็นตัวช่วยในการวิเคราะห์งานระบบฯ ทั้งภาพองค์กรรวม และองค์ประกอบย่อยให้แก่จังหวัดใดๆ ได้ จึงน่าจะมีการขยายผลไปใช้ต่อไป นอกจากนี้สามารถขยายผลเป็นการรวบรวมแนวปฏิบัติที่น่าสนใจไว้เป็นฐานข้อมูล (ขยายจากขอบเขตของงานวิจัยที่ศึกษาเพียงแค่ 6 จังหวัด) เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาต่อยอดต่อไป

6.5 ข้อเสนอแนะในการต่อยอดงานวิจัย

จากการศึกษาและการถกสนทนารองเพื่อเสนอแนะถึงงานวิจัยต่อยอด สรุปได้ดังนี้

6.5.1 วิจัยต่อยอดในประเด็นของระบบฯ

- จากการศึกษาพบปัญหาของหน่วยปฏิบัติการในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการฯ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีเกณฑ์การให้ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานอยู่แล้ว แต่เกณฑ์ดังกล่าวเป็นการกำหนดด้วยข้อมูลในอดีต จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่แท้จริงและเป็นปัจจุบันจากการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการ โดยอาศัยหลักทางวิชาการ เช่น Activity-based Costing ซึ่งเชื่อว่าข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และหน่วยปฏิบัติการต่อไป

- จากการศึกษาและพูดคุยถึงการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่ามีหลายประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ทั้งความเสี่ยงชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงชีวิตของผู้รับบริการ และความเสี่ยงต่อชีวิตของประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ควรมีการวิจัยถึงความเสี่ยงต่างๆ โดยอาจรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ต่างๆ และอาศัยเทคนิคในการวิเคราะห์เชิงวิชาการ เช่น Failure Mode and Effect Analysis ในการวิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขต่อไป
- จากประเด็นที่พบว่า หน่วยปฏิบัติการหลายแห่งที่ยังมีผลการดำเนินงานที่น้อย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยปฏิบัติการที่ไม่เหมาะสมต่อการออกปฏิบัติงาน ประเด็นนี้จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการให้บริการระบบที่นอกจากจะครอบคลุมแล้ว ควรพิจารณาความคุ้มค่าในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการด้วย

6.5.2 วิจัยต่อยอดในประเด็นของตัวชี้วัด

- ในส่วนของการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัด คณะวิจัยอาศัยการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ซึ่งเน้นทั้งในส่วนของการตอบสนองแผนยุทธศาสตร์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และการนำไปใช้ในระดับปฏิบัติการได้จริง ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นแบบ Top-Down Approach แต่ในทางปฏิบัติยังมีอีกหนึ่งแนวทางที่นิยมกันคือ Bottom-Up Approach นั่นคือการวิเคราะห์ 6 ขั้นตอนหลักของงานบริการระบบฯ เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ควรควบคุมในการปฏิบัติงาน โดยแนวทางดังกล่าวมีข้อดีคือความชัดเจนของตัวชี้วัดที่จะสะท้อนถึงผลการดำเนินงาน จุดแข็ง จุดอ่อนเพื่อการปรับปรุง และสร้างความเข้าใจในระดับปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยระยะเวลาที่จำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้ คณะวิจัยจึงเลือกพัฒนาเพียงแนวทางเดียวในภาพใหญ่แบบ Top-Down Approach แต่หากมีการวิจัยต่อยอดจึงควรเสนอให้พัฒนาเพิ่มเติมด้วย Bottom-Up Approach
- จากการศึกษาในเรื่องตัวชี้วัดพบว่า กลุ่มของ Response Time เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญสูง และจากงานวิจัยที่ค้นคว้าพบว่า “เวลามาตรฐาน” ที่กำหนดนั้นเป็นการกำหนดจากต่างประเทศ จึงมองว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการวิจัยต่อยอดในการจัดทำเวลามาตรฐานที่เป็นของประเทศไทย โดยอาจแยกตามบาง

ประเด็นสำคัญเช่น ลักษณะภูมิประเทศ ประเภทของการให้บริการ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวน่าจะเป็นประโยชน์ต่อไปในการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน

6.5.3 วิจัยต่อยอดในประเด็นของภาคประชาชน

จากงานวิจัยที่คณะวิจัยได้ศึกษานั้น ได้ผลประการหนึ่งว่า ภารกิจในการให้บริการระบบฯ ยังคงเป็นภารกิจที่หน่วยงานของรัฐในระดับต่างๆ แสดงบทบาทเป็น “Main Service Provider” แต่ยังมีคำถามต่อเนื่อง คือ

- การให้บริการระบบฯ นั้น ประชาชนในชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด
- บทบาทของภาคประชาชนควรเป็นอย่างไร ในการร่วมคิด เพื่อกำหนดทิศทางการให้บริการระบบฯ ในชุมชนของตนร่วมกับทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- บทบาทของภาคประชาชนในการเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาเป็น FR ในการช่วยดูแล และประสานงานกับหน่วยงานรับผิดชอบหลักในเบื้องต้น

ด้วยประเด็นตัวอย่างคำถามข้างต้น จึงเสนอแนะเป็นงานวิจัยต่อยอดในการศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการงานบริการระบบฯ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2552. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. http://www.thaiichr.org/index.php?option=com_content&view=article&id=121:2009-07-13-03-34-16&catid=43:report&Itemid=55 (23 กรกฎาคม 2552).
- กระทรวงสาธารณสุข. 2551. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. กระทรวงสาธารณสุข ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: เทพนิมิตการพิมพ์.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. 2547. ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศส ในรายงาน การดูงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศสระหว่างวันที่ 14 -23 ตุลาคม 2547. นนทบุรี : ศูนย์นเรศวร กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์ และจันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ. 2550. ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของ ประเทศฝรั่งเศส. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. <http://www.niems.go.th/userfiles/france.doc> (21 มิถุนายน 2552).
- วงศา เลหาศิริวงศ์และคณะ. 2549. รายงานผลการศึกษาดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน และ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล. ขอนแก่น. งานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาดา วัฒนนามกุล. 2551. แนวทางการพัฒนาบุคลากรและการยกระดับศักยภาพของบุคลากร ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ในหลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์. หน้า 102-126.
- วิทยา ชาศิขย์ปัญชาชัย. 2551. แนวทางการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และขับเคลื่อน กระบวนการ. ในหลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์. หน้า 68-74.
- สมชาย กาญจนสุด. 2551. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (Emergency Medical Services System for Thailand). ศูนย์กู้ชีพนเรศวร โรงพยาบาลราชวิถี. <http://sawangbamphen.com/ems.doc> (21 สิงหาคม 2552).
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2551. ประวัติองค์กร. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. http://www.niems.go.th/index.php?page=p1_0&menu=1-0 (1 ธันวาคม 2551).

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. Google Incorporation. <http://www.ha.or.th/DATAUPDOWN/HAHPHStandardF8.pdf> (15 ธันวาคม 2551).
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2551. ระบบประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (เกณฑ์และวิธีการประเมิน). สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. <http://www.sepo.go.th/files/SEPA/SEPA.pdf> (2 กุมภาพันธ์ 2552).
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2551. เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเพื่องค์กรที่เป็นเลิศ ปี 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จีวีพัฒน์ เอ็กซ์เพรส.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2552. กรอบแนวคิดของ TQA ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประจำปี 2552.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2552. Arroyo Fresco Community Health Center. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. <http://www.tqa.or.th/files/u1/Arroyo.pdf> (19 กุมภาพันธ์ 2552).
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2552. Share Food. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. <http://www.tqa.or.th/files/u1/ShareFood.pdf> (6 มีนาคม 2552).
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2552. Triview National. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. <http://www.tqa.or.th/files/Triview%20Case%20StudyThai.doc> (13 มีนาคม 2552).
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2552. ปัจจัยทางเศรษฐกิจของประเทศไทย. มุลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). <http://www.tdri.or.th/th/php/> (24 สิงหาคม 2552).
- สันต์ หัตถิรัตน์ และคณะ. 2544. ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สายงานระบบทอส่งก๊าซธรรมชาติ. 2551. สายงานระบบทอส่งก๊าซธรรมชาติ กับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2551. ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. Google Incorporation. <http://www.dld.go.th/manage/data/doc/stqa.pdf> (4 มีนาคม 2552).

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือเทคนิคการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร เวอร์ชัน 1.0. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: L.T.Press Co., LTD.,.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. 2549. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (พ.ศ.2549-2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ในเอกสารประกอบการสัมมนาในระดับชาติเรื่อง อุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 วันที่ 20-22 มิถุนายน 2549 ณ อิมแพคเมืองทองธานี.
- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย .2549. รายงานการศึกษา การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย. งานวิจัย. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .
- สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. 2551. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2551-2555. ใน หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์. หน้า 58-67.
- สุนิสา เศษะพานิช. ไม่ระบุปีที่พิมพ์. การศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาเอกชน เกี่ยวกับความเป็นเลิศด้านการศึกษา.(ม.ป.ท.), (ม.ป.ป.).
- สุเมธ พิรุณ และเรืองศักดิ์ ลิธนาภรณ์. 2551. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก.
- ศูนย์นเรนทร. 2550. หลักการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ศูนย์กู้ชีพ นเรนทร. <http://www.narenthorn.or.th/prehospital> (11 เมษายน 2551).
- อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร. 2551. แนวทางการพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการและระบบสื่อสาร ใน หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์. 186-205.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2552. เปรียบเทียบข้อกำหนดเพื่อการประเมินคุณภาพ. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. http://www.ftpi.or.th/kc/tqa/tqa_articles/tqa9.doc (4 เมษายน 2552)

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- อนุชา เศรษฐเสถียร. 2551. “บทบาทของโรงพยาบาลในการให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการกาแพทย์ฉุกเฉิน และการควบคุมทางการแพทย์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” ในหลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, 174-185.
 ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- อนุชา เศรษฐเสถียร. 2551. “ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย” ในหลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, 5-28. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- Bahman SR, Kaveh S. and Moosa Z. Sex and age distribution in transport-related injuries in Tehran. *Accid Anal Prev* 2004; 36:391–8.
- Baldrige National Quality Program. 2552. 2009-2010 Baldrige National Quality Program: Criteria for Performance Excellence. National Institute of Standard and Technology. http://www.baldrige.nist.gov/Business_Criteria.htm (10 ธันวาคม 2551).
- Beaufort County Emergency Medical Services edit by D. Melinda. 2552. Beaufort County Emergency Medical Services. Beaufort County. http://www.co.beaufort.sc.us/EMS/star_of_life.php (18 สิงหาคม 2552).
- Dai K. et al., 2546. Trauma care systems in China. *International journal Care Injured* 34: 664-668.
- O'Meara, F.P., 2545. Model of ambulances service delivery for rural Victoria Unpublished PhD. Dissertation, School of Public Health and Community Medicine the University of New South Wales.
- Pace A., 2546. Trauma care systems in Italy. *International journal Care Injured* 34: 693-698.
- Rainer T.H., 2543. Emergency Medicine: the specialty. *Hong Kong Medical Journal* 6 (3): p 270.
- Sandock J. et al., 2548. Emergency Medicine in Sweden Stockholm: Department of Emergency Medicine. Google Incorporation. [http:// www.stefangeens.com/](http://www.stefangeens.com/)

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

emergency_medicine_sweden.pdf (1 กรกฎาคม 2552).

Swedish Institute. 2546. Health care system in Sweden. The official Gateway to Sweden.

<http://www.sweden.se/eng/Home/Quick-facts/Facts/Swedish-health-care/> (20

พฤศจิกายน 2551)

Tanaka T. *et al.*, 2546. Trauma care systems in Japan. International journal Care Injured 34: 699-703.

Thai Swedish EMS collaboration (TSEMSC). 2548. Current status of EMS Thailand: Primary Assessment. Phuket Provincial Health Office, 34p.

Turner S. 2551. Tool for Success. แปลโดย ศุภีพร บุญบังการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล.

Westhoff J. *et al.*, 2546. Trauma care in Germany. International journal Care Injured 34: 674-683.

World Health Organization. 2547. Prehospital trauma care system. Geneva, World Health Organization.