

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอเอกสารและสาระสำคัญของพัฒนางานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและทฤษฎี แนวคิด ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในและต่างประเทศตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรอันจะนำไปสู่การกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัญหาที่พบมากในสถานการณ์ปัจจุบัน คือ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป อันเนื่องมาจากการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมก่อให้เกิดอันตรายซ้ำให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่าการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียแก่ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากด้วย ความพยายามที่จะจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว นอกจากนี้หากผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและถูกต้องตามหลักวิชาแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมต่อตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจเสียชีวิต พิการ ทูพพลภาพ รวมไปถึงการต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนไปทำงานอื่นที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยนั้น ส่วนญาติพี่น้องหรือครอบครัวก็ย่อมได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย หรือแม้แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางจิตใจก็ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลเหล่านั้นอย่างปฏิเสธไม่ได้

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Systems, EMS) ของประเทศไทย มีประวัติความเป็นมาค่อนข้างยาวนาน ตั้งแต่การก่อกำเนิดของมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง เพื่อบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ด้วยการเก็บศพไร้ญาติ ในปี พ.ศ. 2480 แต่กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบจริงจัง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สามารถบริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ครอบคลุมพื้นที่

ทั่วประเทศเพิ่งจะดำเนินการในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา แม้เวลาจะผ่านมาระยะหนึ่งก็ยังถือว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นที่ต้องการปรับปรุงดูแลแก้ไขอยู่ตลอดเวลา

1.1 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ

1.1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลโดยพนักงานกู้ชีพมีรูปแบบในการดำเนินงานให้บริการทางด้านอุบัติเหตุ ดังนี้ เมื่อมีผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินยังศูนย์รับแจ้งเหตุโดยหมายเลข 911 ศูนย์รับแจ้งเหตุจะแจ้งมายังหน่วยรถพยาบาลและหน่วยกู้ชีพ/ดับเพลิงที่ใกล้ที่เกิดเหตุมากที่สุด พนักงานกู้ชีพหรือ/และเจ้าหน้าที่กู้ชีพหรือดับเพลิงจะรีบไปที่เกิดเหตุโดยเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัยและให้การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยก่อนนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย โดยแจ้งสถานพยาบาลแห่งนั้นให้ทราบล่วงหน้าในระหว่างที่กำลังนำส่ง รายที่มีอาการหนักจะพิจารณาส่งที่ศูนย์คนไข้นัก (Shock Center ,STC) ถ้า STC อยู่ไกลจากที่เกิดเหตุมาก พนักงานกู้ชีพจะติดต่อเรียกเฮลิคอปเตอร์ให้มารับผู้ป่วยไป STC แทน หากในที่เกิดเหตุหรือขณะเดินทางผู้ป่วยมีปัญหาที่สมควรปรึกษาแพทย์เวชกรฉุกเฉินอาจติดต่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ในสถานพยาบาลได้ทางวิทยุสื่อสารผ่าน Emergency Medical Resources (EMRC) (ไพจิตร หิรัญวานิชย์โพธา. 2537 : 42)

1.1.2 ประเทศออสเตรเลีย

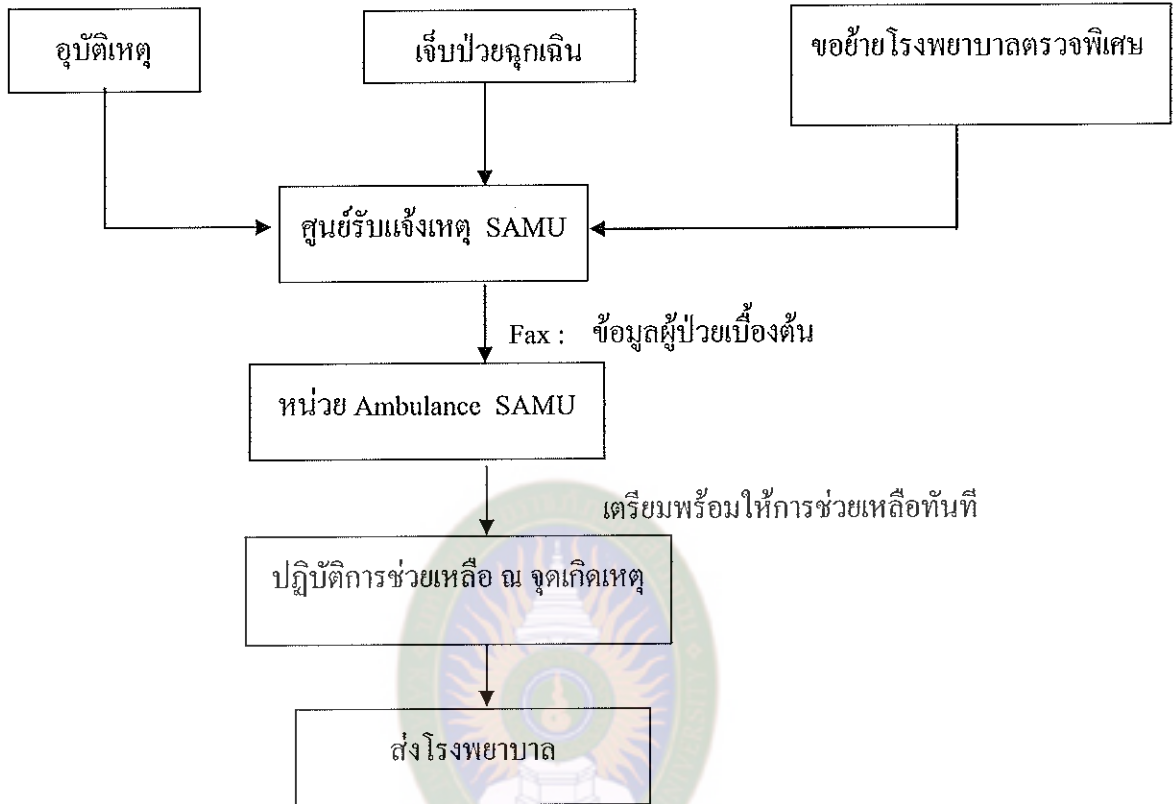
การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล ในออสเตรเลียส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการโดยรัฐและจะมีบางส่วนที่ดำเนินการโดยองค์กรสาธารณกุศลซึ่งการให้บริการนี้จะจัดเป็นระบบรวมศูนย์ (Central Ambulance Service) และมีหน่วยย่อยกระจายอยู่ทั่วไปตามจุดต่าง ๆ เมื่อมีผู้ประสบเหตุฉุกเฉินประชาชนทั่วไปจะเข้าถึงบริการโดยแจ้งเหตุฉุกเฉินที่หมายเลขโทรศัพท์ 000 หลังจากที่ได้รับแจ้งเหตุจะมีการตอบสนองการให้รถพยาบาลฉุกเฉินจะสามารถไปถึงที่จุดเกิดเหตุไม่เกินเวลา 10 นาที บุคลากรที่มาปฏิบัติงานจะต้องผ่านการฝึกเป็นเจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานในรถฉุกเฉิน (Ambulance Officer) ก่อน จึงจะปฏิบัติงานได้ ปัจจุบันมีการให้บริการครอบคลุมทั้งทางบก ทางเรือและทางอากาศ (สันย์ชัย เตชะโสภณมณี. 2540 : 48)

1.1.3 ประเทศฮ่องกง

การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล ในฮ่องกงส่วนใหญ่ดำเนินการโดยมูลนิธิ เซนต์ จอห์น ออฟ เจนสเลม (St John of Jenselem) ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาล นอกจากนี้แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ พยาบาลรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลที่เรียกว่า ทีมอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Accident & Emergency Team) เมื่อมีเหตุฉุกเฉินประชาชนจะใช้ หมายเลขโทรศัพท์ 999 แจ้งเข้ามาที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน โดยจะมีผู้ให้คำแนะนำในการ รักษาพยาบาลเบื้องต้น การคัดแยกผู้ป่วย และศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินจะประสานงานไปยัง หน่วยที่ให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อไปให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิด เหตุ แล้วนำส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ พร้อมทั้งได้มีการแจ้งไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลที่จะนำผู้บาดเจ็บไปส่งอีกด้วย ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีทั้งที่เป็น อาสาสมัครซึ่งมีความรู้ขั้นต่ำเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา มีทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งรัฐบาล เป็นผู้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบุคลากรที่ปฏิบัติงานไว้โดยผู้ที่ปฏิบัติงานต้องได้รับ ใบอนุญาต (License) มีกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม มีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง (โชคชัย ขวัญ พิษิต. 2540 : 52)

1.1.4 ประเทศฝรั่งเศส

มีการจัดตั้งหน่วย SAMU (Service Ambulance Medical Urgency) ขึ้น เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา โดยให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่ประชาชนในการช่วยชีวิตขั้นสูง ตลอด 24 ชั่วโมง ดำเนินการโดยคณะวิสัญญีแพทย์ และอาสาสมัคร (องค์กรเอกชน) ปัจจุบันมี การขยายครอบคลุมทุกประเทศ เป็นองค์กรเอกชนและมีส่วนสนับสนุนจากรัฐบาลฝรั่งเศส มี ระบบการให้บริการที่เป็นองค์กรที่อยู่ภายนอกโรงพยาบาล ใช้เวลาในการให้บริการ 4 - 5 นาที โดยมีรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศฝรั่งเศส

ที่มา : พิงส์คำ พงศ์นภารักษ์, 2547 : 27

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

1.1.5 ประเทศญี่ปุ่น

ปี 1948 งาน Emergency Service เป็นส่วนหนึ่งของกรมดับเพลิงมีหน้าที่
 กำกับดูแลผู้ประสบเหตุอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุส่งโรงพยาบาล ปี 1991 มีการจัดตั้งระบบเจ้าหน้าที่
 กู้ชีพ โดยสามารถปฏิบัติการเรื่อง Hospital Care ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สังกัดอยู่กรม
 ดับเพลิง มีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศญี่ปุ่น ใช้รูปแบบของเมืองมิสึโอะกะเป็น
 ต้นแบบ

1. ตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ 7 คน ประกอบด้วยสมาคมทางการแพทย์ สมาคม
 ทันตแพทย์ สมาคมเภสัชกร และสมาคมโรงพยาบาลรัฐบาล 4 แห่ง
2. ตัวแทนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ 4 คน ประกอบด้วยกลุ่มประชาชน สวัสดิการ
 สังคมผู้ประกอบอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ

3. ตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ 4 คน ประกอบด้วย ประกันสังคมและสุขภาพ, หัวหน้าสาธารณสุข, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมลิโอะกะ และผู้อำนวยการกองดับเพลิง โดยรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศญี่ปุ่น แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศญี่ปุ่น (เมืองมลิโอะกะ)

ที่มา : ฟิงส์คำ พงศ์นภารักษ์. 2547 : 28

ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินประเทศญี่ปุ่น

สำนักงานใหญ่ดับเพลิงใหญ่ภายใต้การดูแลของนายกเทศมนตรี และผู้อำนวยการดับเพลิง (องค์กรเทศบาลเมือง) มีสถานีดับเพลิง 3 แห่ง แต่ละสถานีดับเพลิงมี 10 สถานีย่อย ทีมกู้ชีพจะถูกจัดส่งไปประจำแต่ละสถานีดับเพลิง

ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน โทรศัพท์หมายเลข 119 (สถานีดับเพลิง) 110 (สถานีตำรวจ) และแจ้งฝ่ายสื่อสารและสั่งการว่าเป็นอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือป่วยฉุกเฉิน โดยฝ่ายสื่อสารจะแจ้งไปยังสถานีย่อยที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุฉุกเฉินออกปฏิบัติงาน เวลาที่ทีมกู้ชีพออกเหตุนับจากได้รับแจ้งเหตุจนถึงสถานีที่เกิดเหตุ (Reacfire Time) 6 นาทีทั่วประเทศ

รูปแบบ C เป็นบริการที่ประกอบไปด้วยหน่วยบริการพื้นฐาน ซึ่งเป็นรถขนส่งผู้บาดเจ็บและหน่วยบริการขั้นสูง เมื่อมีการแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังศูนย์บริการฉุกเฉิน ศูนย์บริการฉุกเฉินจะส่งหน่วยบริการขั้นพื้นฐานและหน่วยบริการขั้นสูงไปยังที่เกิดเหตุ หากพบว่าผู้บาดเจ็บอาการไม่รุนแรง หน่วยบริการขั้นสูงจะเดินทางกลับไปยังศูนย์บริการฉุกเฉิน และให้หน่วยบริการขั้นพื้นฐานให้การช่วยเหลือนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล แต่หากพบว่าผู้บาดเจ็บอาการรุนแรง หน่วยบริการขั้นสูงร่วมกับหน่วยบริการขั้นพื้นฐานจะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล โดยรถของหน่วยบริการขั้นพื้นฐาน ปัญหาของการให้บริการรูปแบบนี้คือ จะต้องใช้ทั้งบุคลากรจากหน่วยบริการขั้นสูง และหน่วยบริการขั้นพื้นฐานทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทรัพยากรบุคคล

จากการศึกษาผลการวิจัยหลายงานพบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้วระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะถูกกำหนดขึ้นเป็นนโยบายแห่งชาติซึ่งรัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อให้เกิดระบบบริการต่อประชาชนให้ได้ประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุด โดยผู้กำหนดนโยบายสนับสนุนทั้งการออกกฎหมายรองรับ การสนับสนุนงบประมาณการมอบอำนาจต่อผู้ปฏิบัติ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมขององค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน (ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น อเมริกา)

การจัดตั้งองค์กรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีการวิเคราะห์ การวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างองค์กร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การหารูปแบบเพื่อการพัฒนา การวางระบบที่เป็นสากลนิยม การหาวัสดุ อุปกรณ์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน การวางระบบที่เป็นมาตรฐาน (ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย)

การให้ผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการวิเคราะห์ความคุ้มทุนต่อการให้บริการซึ่งทำเป็นระบบ มีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องอย่างกว้างขวาง ทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว สามารถให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

เมื่อศึกษาข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส ฮังการี ซึ่งให้เห็นว่าแต่ละประเทศมีการวางแผนการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ กำหนดนโยบายที่ชัดเจนจากภาครัฐ การสนับสนุนงบประมาณ การงานแผนทั้งด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน การจัดโครงสร้างองค์กร โครงสร้างการบริหารจัดการ การประสานงาน การจัดระบบบริการสื่อสารโทรคมนาคมที่มีประสิทธิภาพ การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการดำเนินการต่าง

ๆ มีระบบการบริหารที่ชัดเจน ส่งผลให้การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับอุบัติเหตุ ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วปลอดภัย จากข้อมูลการวิจัยขององค์การหรือผู้เชี่ยวชาญในระบบบริการ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถชี้ให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันขององค์กรที่รับผิดชอบ หลายหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมกัน และได้มีการกำหนดหน้าที่ กำหนดการประสานงานกัน อย่างชัดเจน มีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการติดต่อประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งองค์กรภาครัฐ และเอกชน ต่างมีความร่วมมือกำหนดหน้าที่และนโยบายปฏิบัติงาน

1.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย กระบวนการพัฒนาประเทศ ในเรื่องสาธารณสุขรับธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 ได้กำหนดสิทธิและหน้าที่ของประชาชนกระแสนี้ไว้ในมาตรา 52 และมาตรา 82 ดังนี้

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิที่ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยต้องส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนที่มีส่วนร่วมทำที่จะให้ได้

การป้องกัน และขจัดโรคติดต่ออันตราย โรคไม่ติดต่อ รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติไว้

มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ประชาชนต้องไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น ประชาชนต้องไม่พิการโดยไม่จำเป็น หมายความว่า ความพิการ หากจะเกิดขึ้นต้องเป็นเรื่องสุดวิสัย เรื่องใดที่สามารถป้องกันได้ ต้องได้รับการจัดการเพื่อการป้องกันเสมอ อันได้แก่ การบริการกรณีฉุกเฉิน (ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในและนอก

โรงพยาบาล) เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว
ทันทั้งที่ ซึ่งเป็นการป้องกันความพิการและการตายโดยไม่
จำเป็น

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีการบรรจุ
แผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุขให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน
ทุกจังหวัดโดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้น
แผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนกว่า 90 แห่ง ได้จัดให้มีหน่วย
ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการ
ที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ

จากการรวบรวมข้อมูลของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศ (TDRI) ของกระทรวง
สาธารณสุข พบว่าทุก ๆ 1 ชั่วโมง (อายุเฉลี่ยของผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 15-40 ปี) โดยจะเสียชีวิต
จากอุบัติเหตุจราจร 2 คน บาดเจ็บสาหัส 6 คน และนำส่งโรงพยาบาลกว่า 100 คน (ปี
พ.ศ.2536) จำนวนความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า ประเทศไทย
ต้องเสียหายทางเศรษฐกิจประมาณ 61,079 ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 7-10 ล้านบาท
กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่า ปี 2550 หากไม่มีการดำเนินการป้องกันหรือพัฒนาในด้าน
การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร ประเทศไทยต้องสูญเสียบุคลากรในวัยทำงานมากกว่า
25,000 คนต่อปี สูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 3 แสนล้านบาทต่อปี นับเป็นการสูญเสียอย่าง
มหาศาล (สุदारันท์ เกษราพันธ์. 2546 : 27) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตาม
นโยบายรัฐบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ต้องรับภาระการดูแล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินประมาณ 12 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด (วิทยา
ชาติบัญชาชัย. 2548 : 36) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 ล้านคนและผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ
3 ล้านคน

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี พ.ศ. 2540 ยอดผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 20,000 ราย
ต่อปี องค์การอนามัยโลกนับประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร
อันดับต้น ๆ ของโลก ขณะเดียวกันข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ สำนักกระบาดวิทยา
กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2542 พบว่ามีการนำส่งผู้ป่วยโดยญาติหรือผู้พบเห็นมากที่สุดถึง
กว่าร้อยละ 80.3 – 99.7 ขณะที่การนำส่งโดยอาสาสมัครและบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินมีเพียง

ร้อยละ 0.1 – 18.4 และร้อยละ 0.1 – 7.4 ตามลำดับ จึงเป็นสัญญาณเตือนให้เกิดกลไกผลักดันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ

จากการสำรวจจากผู้เชี่ยวชาญของ SIDA ประเทศสวีเดน เดือนตุลาคม 2539 พบว่า สถานการณ์สถานภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ก่อนสำรวจประเทศไทย) พบว่า

1. ประชาชนชาวไทยคาดหวังการช่วยเหลือจากรัฐเมื่อได้รับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ควรได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล แต่ต้องดิ้นรนช่วยตนเอง

2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบรถพยาบาล ไม่ได้ถูกจัดระดับความสำคัญในลำดับต้น ๆ มีขีดความสามารถในการบริการอย่างจำกัด

3. รถพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐ เกือบไม่เคยถูกเรียกใช้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ

4. ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถและอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุข

5. การนำส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นขององค์กรเอกชนและประชาชน รถพยาบาลของรัฐส่วนมากใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย ไม่ค่อยมีบทบาทในการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

6. มีการประสานงานที่ดี ระหว่างมูลนิธิเอกชน ดำรวจ โรงพยาบาลของรัฐ – เอกชน แต่ขาดการประสานงานกับหน่วยดับเพลิง

7. ขาดแคลนบุคลากรมืออาชีพ อุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ

8. ยังไม่มีระบบการรับแจ้งข่าวสื่อสาร และสั่งการที่มีคุณภาพ

9. ปัจจุบันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลยังไม่เหมาะสม

พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหนึ่งในสี่ประการของกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาจัดงบประมาณส่วนงบลงทุนจากกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้จำนวน 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี จากนั้นจัดมีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบโดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากแหล่งเงินทุนต่างๆ ตามความเหมาะสมในอัตรา 18 บาท ต่อหัวประชากรทั้งประเทศ แต่ละปีจะมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้

ปีละ 1,200 ล้านบาท (อัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรได้มาจากการศึกษาของคณะวิจัยในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2543) และพ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีก็มีมติเห็นชอบแผนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งในด้านมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์เรนทรกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการ และการบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกัน ทำให้งบประมาณในด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปี

ด้านนโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง อุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2546 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายรัฐบาล โดยนางสุภารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้น ได้มอบนโยบาย ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นปัญหาเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ มีความจำเป็นต้องเร่งพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ โดยต้องครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และการรักษาพยาบาล

3. กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนโครงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อนุมัติงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยปีงบประมาณ 2546 ดำเนินการในพื้นที่ 31 จังหวัดและขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในปีงบประมาณ 2549

นอกจากจากนโยบายจากรัฐบาล ยังมีประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการจัดตั้งบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพราะหากระบบนี้สามารถพัฒนาจนมีประสิทธิภาพที่ได้มาตรฐานจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ ลดได้ถึง 30% ลดความพิการ การแทรกซ้อนของผู้ป่วยลงได้ในอัตราเดียวกันกับอัตราการตายอย่างไม่เหมาะสม ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที สามารถนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็ว ถูกหลักการพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์ปัจจุบันทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจรพลเมืองที่ผ่านมาประสบพบเหตุจะมีอีกเท่าไรที่หวังดี สามารถให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะเวลาวิกฤต เพราะนอกจากต้องเสียเวลานำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ต้องเป็นพยานให้ตำรวจ บางครั้งถูกผู้บาดเจ็บกล่าวหา ตลอดจน อาสาสมัครจากมูลนิธิเอกชนไม่ได้รับการอบรมช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2553 ประกอบด้วย

1. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
2. การพัฒนาการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบการเงินการคลัง
3. การพัฒนาบุคลากร
4. การสร้างและการจัดการความรู้
5. การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี

ทั้งนี้ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า เมื่อถึง ปี พ.ศ. 2553

1. ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับการช่วยเหลือหรือนำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน
2. อัตราเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี 2549 อย่างน้อยร้อยละ 15
3. มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีระบบและกลไกการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม
4. มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ กล่าวคือ มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อยจังหวัดละ 2 คน มีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอตามมาตรฐาน มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและที่มิใช่การเงิน
5. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการจัดการ การสร้างและการกระจายความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลัก (1 ใน 4 ประการ) ของกระทรวงฯ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่

ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ จนสามารถผลักดันให้เกิดกฎหมาย “พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551” พร้อมกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป้าหมายไว้ในปี พ.ศ. 2553 เพื่อให้เกิดหน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทยภายใต้คำขวัญที่ว่า “1 ตำบล 1 ทีมกู้ชีพ”

1.2.1 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2551 โดยให้เหตุผลในการประกาศใช้ว่าการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น โดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว สมควรกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น

การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กิจกรรมการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไป แบ่งออกเป็นระยะ ๆ ได้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นเกินอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การส่งเสริมหรือจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะว่าจะสามารถทำให้

กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้าหน้าที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วย จะหมดไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

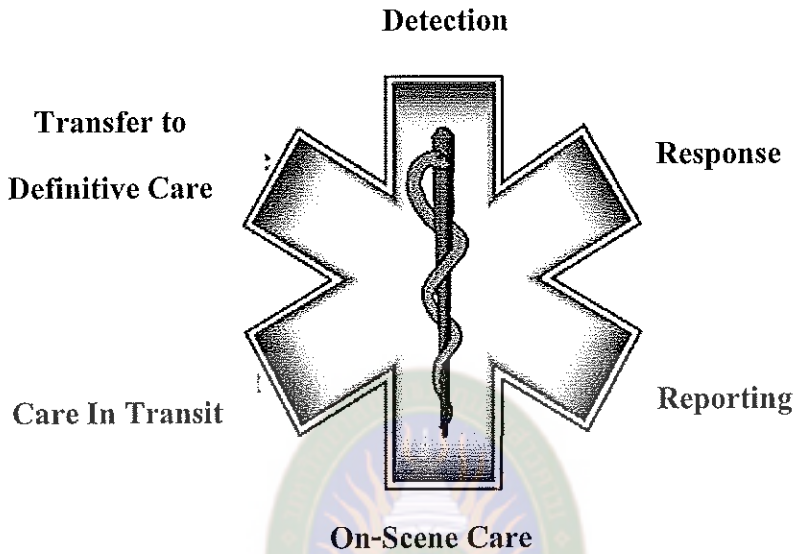
3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced Life Support (ALS) กับระดับ Basic Life Support (BLS) จะต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุ นานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ปฏิบัติการบางอย่างอาจอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การคานส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive Care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยวิจฉวว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ มิฉะนั้นแล้ว เวลาที่เสียไป กับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสีย พิจารหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

กิจกรรมกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่กล่าวมาข้างต้นเป็นที่มาของสัญลักษณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เรียกว่า Star of Life



ภาพที่ 1 สัญลักษณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Star of Life)

ที่มา : http://www.co.beaufort.sc.us/EMS/images/sol_history.jpg

การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยในประเทศไทย มี 2 ทาง ได้แก่

1. ทางภาคพื้นดิน ในประเทศไทยส่วนใหญ่โดยจะใช้รถพยาบาลฉุกเฉินในการเคลื่อนย้าย

2. ผู้บาดเจ็บมารถพยาบาลหรือผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งรถพยาบาลฉุกเฉินจะผ่านการตรวจสอบจากกรมตำรวจเกี่ยวกับสัญญาณไฟ และอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต่าง ๆ ซึ่งในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ บางครั้งที่บาดเจ็บยังได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครกู้ภัยขององค์กรเอกชน ต่าง ๆ ซึ่งจะตัดแปลงรถปิกอัพ มาใช้ในการนำส่งผู้บาดเจ็บ ซึ่งภายในรถจะมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ เช่น เครื่องมือในการปฐมพยาบาล แอมบูแบ็ก(Ambu – Bag) และเครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่แล้วจะสามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้ไม่เกิน 15 นาที

3. ทางอากาศ ในประเทศไทยการใช้เฮลิคอปเตอร์ ในการนำส่งผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้เกี่ยวกับการขนส่งผู้บาดเจ็บใน

หน่วยงานของข้าราชการทหารตำรวจที่ปฏิบัติงานตามแนวชายแดนซึ่งเป็นพื้นที่ที่ห่างไกล เพื่อที่จะนำมารักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

ประเภทการให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล

1. การบริการขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) ดำเนินการโดยพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพขององค์กรเอกชนต่าง ๆ เช่นมูลนิธิร่วมกตัญญู มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง เป็นต้น ซึ่งมีความสามารถในการให้บริการระดับพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การตามกระดูกที่หัก การทำแผลเบื้องต้น การผายปอดและนวดหัวใจ เป็นต้น (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. 2539 : 34)

2. การบริการขั้นสูง (Advanced Life Support) ดำเนินการโดยแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการให้การช่วยเหลือขั้นสูง ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การลดความดันปอด การให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำและการให้ยาที่จำเป็นต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าในการให้บริการขั้นสูง บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ โดยเฉพาะยังไม่มี ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของแพทย์และพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลที่ได้ปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ (ศิริเวทย์ ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. 2545 : 19 และ สมชาย กาญจนสุต. 2539 : 32) ในการให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะแบ่งระดับบริการออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

ระดับที่ 1 สำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยหนัก จะมีแพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คนและ พนักงานกู้ชีพอย่างน้อย 2 คนต่อรถพยาบาล 1 คัน

ระดับที่ 2 สำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง จะมีพยาบาล 1 คนและพนักงานกู้ชีพ 2 คน

ระดับที่ 3 สำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่มีอาการเบา จะมีพนักงานกู้ชีพ 2 คนการติดต่อสื่อสาร

เมื่อเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้งโดยส่วนใหญ่ผู้แจ้งเหตุจะแจ้งไปยังศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินของตำรวจ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 191 หลังจากนั้นศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินของตำรวจจึงจะวิทยุแจ้งขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้แล้วยังมีหมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินอื่น ๆ แต่จะเป็นหมายเลข 4-7 หลัก ทำให้เกิดความลำบากในการจดจำ ในระหว่างการปฏิบัติงานในการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลจะมีการติดต่อโดยใช้วิทยุสื่อสาร

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาทางนี้โดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเพื่อที่จะเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งออกเป็น

1. พนักงานกู้ชีพ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน้าที่ของหน่วยบริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลของโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่สำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บเล็กน้อย โดยมีความสามารถในการให้การช่วยเหลือในขั้นพื้นฐาน เช่นเดียวกัน

2 . อาสาสมัครกู้ภัยขององค์กรเอกชนต่าง ๆ ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลค่อนข้างมาก ที่มีชื่อเสียงได้แก่ มูลนิธิร่วมกตัญญู และมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ซึ่งอาสาสมัครกู้ภัยปฏิบัติงานสำหรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บเล็กน้อยโดยมีความสามารถในการช่วยเหลือในขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การดามกระดูกที่หัก เป็นต้น



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY

โครงสร้างการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของ ประเทศไทย

ระดับกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการอำนวยการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาโครงสร้างและมาตรฐาน 3. พัฒนาวิชาการ 5. กฎหมายสนับสนุน | <ol style="list-style-type: none"> 2. การผลิตและพัฒนาบุคลากร 4. เครือข่ายสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 6. การเงินการคลัง |
|--|---|

ระดับจังหวัด

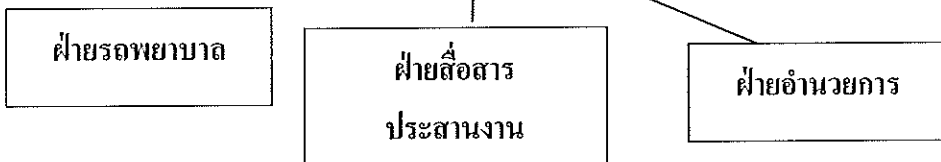
คณะกรรมการอำนวยการระดับจังหวัด

1. การควบคุม

ฝ่ายอำนวยการ

ระดับโรงพยาบาล

- | | | |
|----------------|------------|-----------------|
| 1. การอำนวยการ | 2. การเงิน | 3. การประเมินผล |
|----------------|------------|-----------------|



- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานี 2. รถและอุปกรณ์ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับรับ 2. การประชาสัมพันธ์ 3. การประสานงาน | <ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาบุคลากร 2. ระบบการปฏิบัติงานของบุคลากร |
|---|---|--|

แผนภาพที่ 3 โครงสร้างการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
ที่มา : พิงส์คำ พงศ์นภารักษ์ 2547 : 56

คณะกรรมการอำนวยการระดับจังหวัด

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ทำหน้าที่ในการ ออกแบบกำหนดระบบปฏิบัติการของจังหวัด ซึ่งหน่วยปฏิบัติทุกหน่วยต้องยึดถือเป็น แนวทางในการดำเนินการ

กิจกรรมในแผนปฏิบัติการของจังหวัด

1. การจัดทำระเบียบของจังหวัดว่าด้วยการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุและผู้ป่วยด้วย โรคปัจจุบันก่อนถึงโรงพยาบาลของแต่ละจังหวัด

2. การดำเนินการศูนย์รับข่าว แจ้งข่าว สั่งการ ดังนี้

2.1 แจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย ใช้หมายเลข 191

2.2 แจ้งเหตุการณ้บาดเจ็บ - ป่วยฉุกเฉิน ใช้หมายเลข 1669

3. การสร้างระบบเครือข่ายการสื่อสารเพื่อเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย

4. การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย และผู้ป่วยด้วยโรคปัจจุบันก่อนถึง โรงพยาบาลของแต่ละเขตพื้นที่

5. การออกระเบียบการปฏิบัติการร่วมของหน่วยกู้ชีพในแต่ละจังหวัด

6. การลงทะเบียนรถกู้ชีพ และบุคลากรกู้ชีพในแต่ละจังหวัด

7. การจัดทำแผนซ้อมรับอุบัติเหตุกลุ่มชนของเครือข่ายบรรเทาสาธารณภัย ตลอดจน การซ้อมแผนร่วมกันเป็นประจำทุกปี

กิจกรรมในอนาคต

1. ขยายและบูรณาการงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้าไปในชุมชน

2. การออกระเบียบการเรียกเก็บเงินค่าธรรมเนียมการออกปฏิบัติการ

3. การกำหนดระบบการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงาน

4. การป้องกันการเรียกใช้บริการที่ไม่ถูกต้อง

1.2.2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย

1) จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการให้บริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการให้บริการผู้บาดเจ็บในเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี โดยหมายเลขโทรศัพท์ 191 เป็นศูนย์กลางในการแจ้งเหตุในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุและเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยมีระบบสื่อสารจากการระดับตำบลหรืออำเภอถึงจังหวัด โดยทางโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ และมีการประสานงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ ตำรวจ สาธารณสุข และชมรมวิทยุสมัครเล่น ซึ่งก่อนที่จะเรียกขานจะมีการเก็บข้อมูล ณ จุดเกิดเหตุแล้วแจ้งเหตุเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การช่วยเหลือในส่วนต่าง ๆ เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลจะเข้าเวรหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง และออกปฏิบัติงานทันทีเมื่อได้รับแจ้งเหตุจะไปถึงที่เกิดเหตุได้ไม่เกิน 15 นาที การออกไปช่วยเหลือจะส่งรายงานกลับโรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยหลังปฐมพยาบาลเรียบร้อยแล้ว หากเกินขีดความสามารถจะขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมมายังศูนย์ (สำนักงานสาธารณสุข จ.อุบลราชธานี. 2537 : 6)

2) จังหวัดนครราชสีมา

คณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย จังหวัดนครราชสีมา จัดทำโครงการประสานงานเครือข่ายวิทยุเพื่อแจ้งอุบัติเหตุ อุบัติภัย จังหวัดนครราชสีมาขึ้น เพื่อประสานงานระหว่างเครือข่ายวิทยุสื่อสารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของภาครัฐและเอกชนแจ้งข่าว และรับข่าวการเกิดอุบัติเหตุได้ตลอดเวลา ยังผลให้ผู้ได้รับอุบัติเหตุ อุบัติภัย ได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์การพยาบาล ตลอดจนอุปกรณ์กู้ภัยที่จำเป็นต่าง ๆ อย่างถูกวิธีและรวดเร็วที่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการจัดสร้างห้องวิทยุเพื่อใช้ในการประสานงานเครือข่ายวิทยุที่มีอุปกรณ์พร้อมทั้งวิทยุ โทรศัพท์ มีการอบรมเจ้าหน้าที่เวรยามให้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ให้เข้าใจในการใช้วิทยุสื่อสาร การใช้รหัสเรียกขานหน่วยงานต่าง ๆ ภายในศูนย์จะมีผังควบคุมจำกัด แจ้งบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ศูนย์ แจ้งสถานที่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้บริหารที่จะต้องแจ้งข่าวกรณีเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัยเกิดขึ้น ตลอดทั้งมีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของทีมประเมินสถานการณ์ ทีมปฐมพยาบาล และทีมสนับสนุนด้านเงินงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เมื่อมีอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุถูกข่ายวิทยุสื่อสารจะแจ้งข่าวไปยังแม่ข่าย

วิทยุสื่อสารของคนในกรณีที่มีคนเจ็บ แม้อย่างจะแจ้งข่าวไปยังโรงพยาบาลมหาราชนและหน่วยงานที่จะสามารถให้การช่วยเหลือได้หรืออาจจะเป็นผู้ช่วยแจ้งโดยตรง (วิชย ชาติติยวิทยา กุล. 2547 : 58)

3) จังหวัดขอนแก่น

หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นจัดเป็นศูนย์บริการการรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลแห่งแรกในต่างจังหวัด เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 การปฏิบัติงานมีการประสานการปฏิบัติกับหน่วยงานต่าง ๆ คือสถานีตำรวจของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจังหวัดขอนแก่นและมูลนิธิขอนแก่นสามัคคีอุทิศ บุคลากรที่ปฏิบัติงานประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล พนักงานกู้ชีพ พนักงานเปล และพนักงานรับวิทยุ การออกปฏิบัติการมีการตระเวนเยี่ยมชมตรวจพื้นที่และการปฏิบัติการเมื่อได้รับแจ้งข่าวหรือร้องขอจากผู้ประสบเหตุ หรือได้รับข่าวสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านทางระบบสื่อสารต่าง ๆ มีการซักถามรายละเอียดผู้ป่วยและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแล้วมาประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ และสั่งการให้รถพยาบาลออกปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุด

1.3 แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง ราชการส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนในท้องถิ่นนั้น มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการบริการสาธารณะตามกฎหมาย เพื่อประโยชน์สุขของชุมชนในท้องถิ่นนั้น ปัจจุบันราชการส่วนท้องถิ่นมีอยู่ 5 รูปแบบ คือ กรุงเทพมหานคร (กทม.) เมืองพัทยา เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผลมาจากการกระจายอำนาจจากรัฐบาลกลาง (Decentralization) ให้กับท้องถิ่นในการปกครองตนเอง ชวงศ์ ฉายะบุตร (2539 : 12-13) ให้ความหมายของการปกครองส่วนท้องถิ่นว่า การปกครองท้องถิ่น หมายถึง การปกครองของชุมชนหนึ่ง ซึ่งชุมชนเหล่านั้นอาจมีความแตกต่างกันในด้านความเจริญ จำนวนประชากรหรือขนาดของพื้นที่ หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีอำนาจอิสระ (Autonomy) ในการปฏิบัติหน้าที่ ตามความเหมาะสม และจะต้องมีสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) ที่จะดำเนินการ

ปกครองตนเองใน 2 ประเภทคือ สิทธิที่จะตรากฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ขององค์การปกครองท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการบริหารตามหน้าที่และ เพื่อใช้บังคับประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ เช่น เทศบัญญัติ ข้อบังคับ สุขาภิบาล เป็นต้น และสิทธิที่เป็นหลักในการดำเนินการบริหารท้องถิ่น คือ อำนาจในการกำหนดงบประมาณ เพื่อบริหารกิจการตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยการปกครอง ท้องถิ่นนั้น ๆ นอกจากนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังต้องมีองค์กรที่จำเป็นในการบริหารและการปกครองตนเอง ประกอบด้วย องค์กรฝ่ายบริหาร และ องค์กรฝ่ายนิติบัญญัติ รวมถึงจำเป็นต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นด้วย

จากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า การปกครองท้องถิ่นเป็นการปกครองที่เกิดจากการกระจายอำนาจการปกครองของรัฐบาลกลางให้กับท้องถิ่นเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีอำนาจปกครองและบริหารงานของตนเอง โดยมีความอิสระในการบริหารงาน บริหารคนและงบประมาณของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในท้องถิ่นภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ

1.3.2 อำนาจหน้าที่ของเทศบาล

ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 กำหนดให้เทศบาลมีอำนาจหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติหรือหน้าที่บังคับให้ปฏิบัติ เช่น การรักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน การให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ การรักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การป้องกันและระงับโรคติดต่อ เป็นต้น และมีอำนาจหน้าที่ที่จะเลือกปฏิบัติ เช่น การให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา การให้มีโรงฆ่าสัตว์ การให้มีตลาด ท่าเทียบเรือและท่าข้าม การให้มีสุสานและฌาปนสถาน การบำรุงและส่งเสริมการทำมาหากินของราษฎร การให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคนเจ็บไข้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ตามกฎหมายอื่น ๆ อีก เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2499 พระราชบัญญัติควบคุมอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 พระราชบัญญัติภาษีโรงเรือนและที่ดิน เป็นต้น

1.3.3 อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (มาตรา 66) และ องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ที่ต้องทำ (มาตรา 67) เช่น การรักษาความสะอาด ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย การคุ้มครอง ดูแลและบำรุงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจทำ

กิจการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (มาตรา 68) ได้อีก เช่น การให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและการเกษตร การให้มีและการบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น การส่งเสริม ให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์ เป็นต้น

การออกข้อบังคับตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (มาตรา 71) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถออกข้อบังคับตำบลได้ เท่าที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรืออำนาจหน้าที่ของ องค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้องค์การบริหารส่วนตำบลอาจทำกิจการนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (มาตรา 73) หรือร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลอื่น องค์การบริหารส่วน จังหวัด หรือหน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอื่น เพื่อทำกิจการร่วมกันได้ โดยได้รับความ ยินยอมจากสภาตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือหน่วยงาน บริหารราชการส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง และกิจการนั้นเป็นกิจการที่จำเป็นต้องทำ และเป็น การเกี่ยวเนื่องกับกิจการที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของตน

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนเป็นสิ่งที่จำเป็นในกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือได้รับอุบัติเหตุ ประชาชนในพื้นที่จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในการช่วยเหลือหรือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น รู้จักการติดต่อประสานงานช่องทางที่จะขอความช่วยเหลือ และสามารถ นำส่งผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงที่สุด ได้อย่าง เหมาะสมภายในเวลาอันรวดเร็ว และนำส่งอย่างถูกวิธีโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมด้วยการ ช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน และผ่านการทดสอบความรู้อย่างมีมาตรฐานเพื่อลดความพิการและการ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยชุมชนและเพื่อชุมชนหากต้องรอหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จาก โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลอำเภอ ออกไปรับอาจสายเกินไปที่จะช่วยชีวิตได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนขึ้น ซึ่งต้องประกอบด้วย แนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1. มีอาสาสมัคร 3 คน/1 ทีม โดยแต่ละคนผ่านการอบรมอาสาสมัครกู้ชีพใ้ชุมชน (First Responder) (ทฤษฎี 8 ชั่วโมงและปฏิบัติ 12 ชั่วโมง) และขึ้นทะเบียนกับสำนักงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด

2. มีรถพยาบาลชนิดคัดแปลง (รตระดับ 1) เน้นให้มีหลังคาและอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ไม้คาน แขน-ขา ชุดอุปกรณ์ปฐมพยาบาล ฯลฯ ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากสำนักงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด

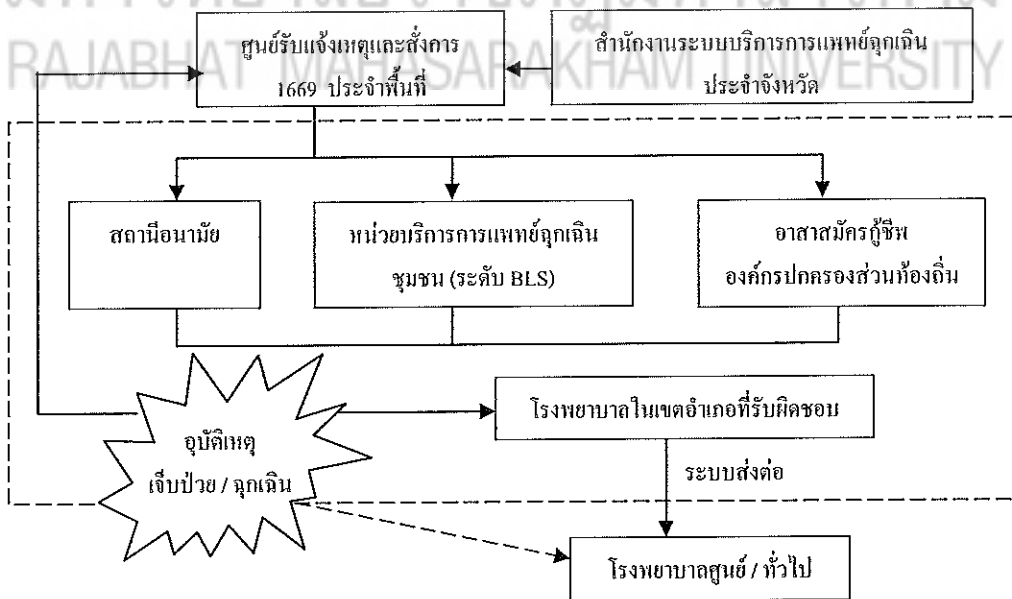
3. มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อสื่อสารได้รวดเร็ว

4. มีสถานที่ตั้งของหน่วย (ซึ่งรับรองโดยผู้นำชุมชน) และขึ้นทะเบียน

5. เป็นเครือข่ายการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) หรือ BLS ของโรงพยาบาลชุมชนนั้นๆ

6. มีท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลในเขตอำเภอที่รับผิดชอบมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้งระบบ ตั้งแต่การจัดการด้านอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ที่จะขึ้นทะเบียนอบรมอาสาสมัคร และอบรมประชาชนในพื้นที่ด้านการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมทดสอบความรู้แก่บุคลากร เพื่อให้ได้มาตรฐานทำการส่งรายชื่อผู้ผ่านการทดสอบแล้ว เพื่อขึ้นทะเบียนบริการกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ประจำจังหวัดและขอรับการสนับสนุน เครื่องมือ/อุปกรณ์ ที่จำเป็นแก่หน่วยบริการชุมชน จากสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นจัดการพยาบาลในชุมชน อาจใช้รถของ อบต./อาสาสมัครก็ได้ถ้าเป็นหน่วยของสถานีนามัย เข้าเครือข่ายก็อาจใช้รถของสถานีนามัย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาล เช่น ไม้คานแขน-ขา, ผ้าก๊อซ, ถุงมือ, เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการปฐมพยาบาล ฯลฯ ในส่วนของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดนั้นในส่วนของการทำงานออกไปตรวจสอบมาตรฐานบุคลากร/รถพยาบาล/อุปกรณ์ประจำรถพยาบาลและขอขึ้นทะเบียนบริการเป็นเครือข่ายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ติดตามผลการปฏิบัติโดยสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน



แผนภาพที่ 4 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

ที่มา : สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. 2551 : 40

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสำเร็จของการดำเนินงานขององค์กร

2.1 ประสิทธิภาพขององค์กร (Efficiency)

ประสิทธิภาพ (Efficiency) ตาม พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Merriam-Webster, 2001 : 509) ให้ความหมายของคำว่า ประสิทธิภาพ ว่าหมายถึง (1) คุณภาพหรือระดับความสามารถ (2) ประสิทธิภาพของการดำเนินการที่วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผลผลิตกับต้นทุนการผลิต (พลังงาน เวลา เงิน ฯลฯ) (3) อัตราส่วนของการใช้พลังงานเพื่อให้ระบบขับเคลื่อนอย่างคุ้มค่า หากพิจารณาอย่างง่าย ๆ ประสิทธิภาพก็คือ การดำเนินงานให้สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายให้มากที่สุด ขณะที่ใช้ทรัพยากรต่อหน่วยในการลงทุน (ค่าใช้จ่ายต่อหัวหรือต่อการบริการน้อยที่สุด)

กล่าวโดยสรุป ประสิทธิภาพขององค์กร หมายถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรอย่างคุ้มค่าเหมาะสม โดยไม่ได้เป็นการบังคับหรือตีกรอบให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติ สมาชิกขององค์กรมีความรู้สึกที่ดี และองค์กรสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานขององค์กร

เบนสัน, ซาราฟ และชโรเดอร์ (Benson, Saraph and Schroeder 1991 : 1107 – 1123) ทำการสังเคราะห์ทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กร โดยอาศัยกรอบแนวคิดแบบโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) และแนวคิดเชิงระบบ (System Approach) และนำเสนอเป็นโมเดลสำหรับการอธิบายที่ชื่อว่า A System-Structural View of Quality Management Model (SQM) ซึ่งวางอยู่บนพื้นฐานของการวัดปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) โมเดลดังกล่าวให้ความสนใจต่อบริบททางด้านสิ่งแวดล้อมขององค์กรด้วย รูปแบบการจัดการคุณภาพในเชิงระบบและโครงสร้างโดยการอธิบาย 3 ขั้นตอน คือ (1) บริบทเกี่ยวกับคุณภาพขององค์กร โดยอาศัยผลการดำเนินงานที่ผ่านมาขององค์กร ความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อองค์กร นโยบายของรัฐและการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร (2) การพิจารณาเพื่อดำเนินการหรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินการขององค์กรของผู้บริหาร ประกอบด้วย การจัดการตามความคาดหวังและการจัดการที่เป็นจริง และ (3) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการดำเนินงานขององค์กรของผู้บริหาร โดยอาศัยผลการพิจารณาจากการจัดการตามความคาดหวังเปรียบเทียบกับจัดการที่เป็นจริง ถ้าทั้งสองสิ่งมีความแตกต่างกันมาก ผู้บริหารจะดำเนินการปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น ซึ่งผลของการดำเนินการที่เกิดขึ้นก็จะเป็นข้อมูล

ย้อนกลับ (Feedback) ต่อผู้บริหารและต่อองค์กร แต่ถ้าทั้งสองประการไม่แตกต่างกันมาก ก็แสดงว่าการดำเนินการขององค์กรที่เป็นอยู่นั้นมีประสิทธิภาพผลดีที่พอ

การศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในการพัฒนาขององค์กรมักมีคำว่า โมเดล (model) เข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากผลสำเร็จของการดำเนินงานขององค์กรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการประเมินองค์กรในด้านต่าง ๆ การประเมินองค์กรมักนำเอาแนวคิดมาวิเคราะห์และพัฒนามาเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “โมเดล” ขณะเดียวกัน รอบบินส์ (Robbins 1997 : 94) ก็ให้ความหมายของ โมเดล ว่าหมายถึง รูปแบบทางความคิดที่ช่วยให้มองเห็นภาพของสิ่งที่ต้องการทำความเข้าใจให้มีลักษณะใกล้เคียงความเป็นรูปธรรมมากที่สุด โดยต้องประกอบด้วยองค์ประกอบสามประการ คือ วัตถุประสงค์ ตัวแปรและโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กล่าวโดยสรุป โมเดล หมายถึง รูปแบบที่มีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายแนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด ให้อยู่ในลักษณะที่บุคคลทั่วไปสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ๆ สั้น ๆ แต่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ทางแนวคิดที่กำหนดไว้ครบถ้วน โดยสามารถนำมาตรวจสอบโดยวิธีการทางการศึกษาได้

นักวิชาการสมัยใหม่ที่ศึกษาความสำเร็จในการพัฒนาขององค์กร อย่าง ทิโอบเดียซ และฟาวิลลา (Thibodeaux and Favilla 1996 : 1-2) รวบรวม โมเดลสำหรับการศึกษาความสำเร็จในการพัฒนาผลการดำเนินงานขององค์กรไว้ 5 โมเดล ดังนี้คือ

1. โมเดลที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย (Goal Model) ให้ความสำคัญกับความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ โมเดลนี้เป็นการประเมินความสำเร็จในการพัฒนาขององค์กรในยุคแรก ๆ ของการศึกษา คือ ในช่วงทศวรรษ 1930 แต่ยังคงใช้กันแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน โมเดลนี้เน้นการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ให้ความสำคัญกับเป้าหมายมากกว่าวิธีการ ดังนั้นจึงมีการกำหนดเป้าหมายที่ผู้บริหารจะต้องมีการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร จะต้องกำหนดเป้าหมายไว้หลายประการและให้น้ำหนักความสำคัญของแต่ละเป้าหมาย การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรจะประเมินเป้าหมายในเชิงปฏิบัติมากกว่าเป้าหมายที่เป็นทางการซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมและวัดได้ยาก โมเดลนี้เหมาะสำหรับองค์กรที่มีเป้าหมายชัดเจน

2. โมเดลที่ให้ความสำคัญกับระเบียบ (Legitimacy Model) ให้ความสำคัญกับเนื้อหาในส่วนการวัดส่วนประกอบของงานและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการปฏิบัติงานขององค์กร

3. โมเดลที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการ (Process Model) ให้ความสำคัญกับกระบวนการดำเนินการขององค์กร ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลากิจกรรมการดำเนินการ ระยะเวลา กำหนดกิจกรรม ระยะเวลาความจำเป็นที่ต้องประเมิน ระยะเวลาสำรวจเป้าหมาย ระยะเวลาพัฒนา

เกณฑ์การประเมิน ระยะเวลาออกแบบประเมินผล และระยะเวลาใช้เครื่องมือประเมินและการวิเคราะห์ข้อมูล

4. โมเดลที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มอิทธิพล (Constituency Model) ให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินองค์กร ให้ความสำคัญกับเกณฑ์การประเมินมาก

5. โมเดลที่ให้ความสำคัญกับทรัพยากรเชิงระบบ (System Resource Model) โมเดลนี้พัฒนาขึ้นมาในยุคที่สองของการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลขององค์กรและถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับองค์กรอย่างแพร่หลายในช่วงทศวรรษ 1960 – 1970 พื้นฐานของโมเดลนี้วางอยู่บนทฤษฎีแบบระบบเปิด (Open System) คือ องค์กรถือเป็นระบบเปิดที่จะต้องมีการบวนการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรเพื่อให้ได้ผลผลิต โดยที่องค์กรต้องรักษาสมดุลและความมั่นคงขององค์กร โมเดลนี้เน้นเกณฑ์ใด ๆ ที่จะช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร มองความสำคัญของตัวทรัพยากรและความสามารถขององค์กรที่จะนำมาซึ่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อองค์กร

นอกจากนี้การศึกษาของ อนุชา เสรยฐเสถียรและคณะ (2547) พบว่าความสำเร็จของหน่วยกู้ชีพของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยด้านภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วยกู้ชีพ ปัจจัยด้านการประสานกับกลุ่มต่าง ๆ ปัจจัยด้านงบประมาณและสิ่งจูงใจ มีความสัมพันธ์สูงมากต่อความสำเร็จ และการศึกษาของโจเซฟ (1998) พบว่าหากจะให้เกิดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยเงื่อนไขหลายประการตั้งแต่การกำหนดนโยบายของรัฐ กระบวนการสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนํานโยบายไปปฏิบัติได้สำเร็จ โดยต้องยึดถือรูปแบบที่เป็นสากล เช่น ของประเทศอเมริกา อังกฤษ และต้องมีผู้เชี่ยวชาญระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นที่ปรึกษา พร้อมกับประเทศที่ต้องการพัฒนาจริงต้องมีการปรับเปลี่ยนนวัตกรรมต่าง ๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป โมเดลที่ใช้ศึกษาประสิทธิภาพขององค์กรที่สำคัญ ๆ มีอยู่ 5 โมเดล ได้แก่ โมเดลที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย โมเดลที่ให้ความสำคัญกับระเบียบ โมเดลที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการ โมเดลที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มอิทธิพล และ โมเดลที่ให้ความสำคัญกับทรัพยากรเชิงระบบ ซึ่งแต่ละ โมเดลมีจุดเน้นให้ความสำคัญของตนเองต่างกันออกไป

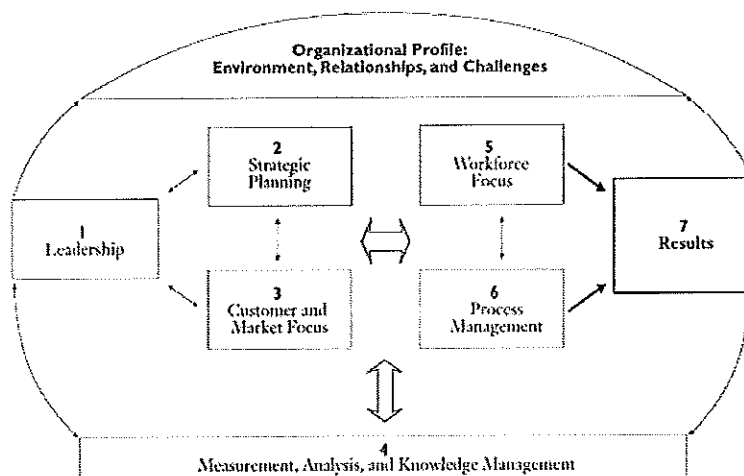
2.3 การวัดความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร

การศึกษาเกี่ยวกับการวัดความสำเร็จขององค์กรมีการพัฒนารูปแบบการวัดขึ้นมาจำนวนมากเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะขององค์กรและเนื้อหาของการประเมิน เมื่อพิจารณาพื้นฐานความคิดของการวัดความสำเร็จขององค์กรมักพบว่ามีแนวทางการวัดประสิทธิผลขององค์กรอยู่สองแนวทางคือ (1) การวัดความสำเร็จขององค์กรโดยใช้เป้าหมาย (Goal Approach) โดยพิจารณาจากความสามารถขององค์กรจากผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรกำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การวัดแบบนี้ยังมีจุดอ่อนอยู่ตรงที่บางครั้งผลการดำเนินงานก็ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพว่าอยู่ในระดับใดได้ และ (2) การวัดเชิงระบบ (System Approach) ที่พยายามลดจุดอ่อนที่เกิดจากการวัดภายใต้แนวคิดแบบแรก โดยการวัดความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรเชิงระบบเน้นความสามารถขององค์กรในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร การปรับสภาพของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบองค์กร เช่น ปัจจัยนำเข้า (คน เงิน เทคโนโลยี) โดยพื้นฐานแล้วแนวคิดนี้มองว่าทุกระบบจะต้องมีการปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาคือพื้นฐาน 4 ประการ (Hall, 1996 : 263 – 264) คือ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม (Adaptation) การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) การบูรณาการ (Integration) และการรักษารูปแบบหรือการดำรงรูปแบบหรือสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Latency)

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือการประเมินองค์กรในลักษณะของแบบวิเคราะห์ประสิทธิภาพขององค์กร (Organizational Effectiveness Questionnaire : OEQ) ดังเห็นได้ในงานของ ล็อกและ ครอว์ฟอร์ด (Lok and Crawford 2000 : 1-7) และดีน (Dean 1997 : 1-8) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบการบริหารแบบทีม (Team-Based Management System) ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กร โดยการวัดประสิทธิผลใน 4 องค์ประกอบ คือ ผลผลิต (Productivity) คุณภาพของงาน (Quality) ความพึงพอใจ (Satisfaction) และการปฏิบัติการ (Performance) แบบสอบถามดังกล่าวมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับในแบบของลิเคิร์ทโดยแบบวัดดังกล่าวมีความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Dean 1997 : 4) และได้รับการนำไปใช้เป็นตัวแบบในการพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในการศึกษาจำนวนมาก

อีกแนวคิดหนึ่งซึ่งว่าด้วยโมเดลการประเมินองค์กรที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ (โรงพยาบาล) โดยเฉพาะ พัฒนามาจากโมเดลของการประเมินองค์กรโดยทั่วไป ๆ ไปอีกชั้นหนึ่ง เป็นแนวคิดของหน่วยงานที่มีชื่อว่า สถาบันเทคโนโลยีและมาตรฐานแห่งสหรัฐอเมริกา

(National Institute of Standard and Technology) ในโครงการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (The Malcolm Baldrige National Quality Award) หน่วยงานดังกล่าวเป็นหน่วยงานกลางที่ดำเนินการประเมินคุณภาพองค์กรและประสิทธิผลขององค์กรในองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 1987 จนถึงปัจจุบัน พื้นฐานแนวคิดของทฤษฎีนี้มาจากการนำเอาทฤษฎีพหุปัญญา (Multiple Intelligences Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำเสนอความสามารถด้านต่าง ๆ ของมนุษย์มาประยุกต์ใช้ ย้อนหลังไปเมื่อปี 1978 (Weller, 1999 : 1-3) เมื่อ การ์ดเนอร์และฮัทช์ (Gardner and Hatch, 1989 : 8) นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาดของบุคคลมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรในองค์กร โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาทักษะการทำงาน การประสานงาน และการทำงานเป็นทีมงานของบุคลากรในองค์กร เพื่อทำให้เกิดองค์กรที่มีคุณภาพ (Quality Organization) ฐานคิดในการประเมินจึงมาจากการนำเอาจุดแข็ง จุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลมาค้นหาแนวทางในการประเมินองค์กรในที่สุด (Weller, 1999 : 1-7) ซึ่งในปี 2001 องค์กรดังกล่าวก็ได้นำเสนอการประเมินประสิทธิผลขององค์กร โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มองค์กร คือ องค์กรธุรกิจทั่วไป องค์กรด้านการศึกษา และองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพ ในส่วนของแนวคิดว่าด้วยประสิทธิผลขององค์กรด้านสุขภาพ ได้นำเสนอแนวคิดของการประเมินภายใต้ชื่อ “Health Care Criteria Performance Excellence” (Hertz, 2003 : 5-11) โดยแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยการพิจารณาองค์ประกอบการประเมิน 7 ประการ คือ (1) ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร (Leadership) (2) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning) (3) การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้มารับบริการทั่วไป ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายขององค์กรหรือกลุ่มคนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Focus on Patients, other Customers and Markets) (4) ข้อมูลข่าวสารสนเทศและการวิเคราะห์ข้อมูล (Information and Analysis) (5) การให้ความสำคัญกับคณะทำงาน (Staff Focus) (6) การบริหารกระบวนการผลิตหรือการบริหารขององค์กร เพื่อประกันคุณภาพและความพึงพอใจ (Process Management) และ (7) ผลการดำเนินงานขององค์กร (Organizational Performance Results) โดยมีโครงสร้างขององค์ประกอบทั้ง 7 ตามกรอบแนวคิด ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดของความเป็นเลิศด้านพฤติกรรมบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

(Baldrige Health Care Criteria for Performance Excellence Framework

: A Systems Perspective)

ที่มา : เฮิร์ต (Hertz, 2003 : 5)

3. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ภาวะผู้นำ

ภาวะผู้นำ (Leadership) หรือความเป็นผู้นำ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการนำ (The American Heritage Dictionary, 1985 : 719) จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับความสำเร็จของผู้นำ ภาวะผู้นำได้รับความสนใจ และมีการศึกษามาเป็นเวลานานแล้ว เพื่อให้รู้ว่าอะไรเป็นองค์ประกอบที่ จะช่วยให้ผู้นำมีความสามารถในการนำ หรือมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ การศึกษานั้นได้ศึกษาตั้งแต่คุณลักษณะ (Traits) ของผู้นำ อำนาจ (Power) ของผู้นำ พฤติกรรม (Behavior) ของผู้นำแบบต่าง ๆ และอื่น ๆ ในปัจจุบันนี้ ก็ยังมีการศึกษาภาวะผู้นำอยู่ตลอดเวลา และพยายามจะหาภาวะผู้นำที่มี ประสิทธิภาพในแต่ละองค์กรและในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน

ความหมายของภาวะผู้นำ ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะผู้นำไว้หลากหลายและแตกต่างกัน ซึ่งยูก์ (Yukl, 1989 : 3) กล่าวถึงสาเหตุที่ความหมายของภาวะผู้นำมีหลากหลาย

และแตกต่างกัน ก็เนื่องจากขอบเขตเนื้อหาและความสนใจในภาวะผู้นำ ในการศึกษาของนักวิจัยแตกต่างกัน ในที่นี้จึงขอนำเสนอให้ศึกษาดังต่อไปนี้

ภาวะผู้นำคือความริเริ่มและชี้แจงไว้ซึ่งโครงสร้างของความคาดหวังและความสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกของกลุ่ม (Stogdill, 1974:411)

ภาวะผู้นำคือความสามารถที่จะชี้แนะ สั่งการ หรืออำนวยความสะดวก หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้อื่นเพื่อให้มุ่งไปสู่จุดหมายที่กำหนดไว้ (McFarland, 1979:303)

ภาวะผู้นำเป็นเรื่องของศิลปะของการใช้อิทธิพลหรือกระบวนการใช้อิทธิพลต่อบุคคลอื่น เพื่อให้เขามีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จตามจุดหมายของกลุ่ม (Koontz and Wehrich, 1988:437)

ภาวะผู้นำเป็นความสามารถในการใช้อิทธิพลต่อกลุ่ม เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Robbins, 1989:302)

ภาวะผู้นำเป็นกระบวนการของการชี้แนะและอิทธิพลต่อกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกของกลุ่ม (Stoner and Freeman, 1989:459)

จาก การวิเคราะห์ความหมายของภาวะผู้นำข้างต้น จะเห็นได้ว่า แนวคิดส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับกลุ่มคน และสมาชิกของกลุ่มมีความสัมพันธ์กันต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ในการนี้จะมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่าถูกกำหนดหรือยอมรับให้เป็นผู้นำ (Leader) เนื่องจากมีความแตกต่างในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ๆ ของกลุ่ม ซึ่งถือว่าเป็นผู้ตาม (Followers) หรือผู้ใต้บังคับบัญชา หรือลูกน้อง (Subordinates) หรือผู้ปฏิบัติ

สำหรับ ความหมายของภาวะผู้นำเกือบทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับการใช้อิทธิพล ซึ่งส่วนมากจะเป็นผู้นำ (Leader) พยายามจะมีอิทธิพลต่อผู้ตาม (Followers) ในกลุ่มหรือบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้มีทัศนคติ พฤติกรรม และอื่น ๆ ไปในทิศทางที่ทำให้จุดหมายของกลุ่มหรือองค์การประสบความสำเร็จ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ภาวะผู้นำ (Leadership) คือกระบวนการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า พยายามใช้อิทธิพลของตนหรือกลุ่มตน กระตุ้น ชี้นำ ผลักดัน ให้บุคคลอื่น หรือกลุ่ม บุคคลอื่น มีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ ตามต้องการ โดยมีความสำเร็จของกลุ่ม หรือองค์การเป็นเป้าหมาย

3.1.1 ลักษณะของผู้นำ

มิทเชล และ ลาร์สัน จูเนียร์ (Michell and Larson, Jr. 1987 : 435-436) ได้ชี้ให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ในการพิจารณาว่าผู้นำใดมีภาวะผู้นำหรือไม่ ได้แก่

1) ภาวะผู้นำ เป็นกระบวนการของการใช้อิทธิพล ที่ผู้นำพยายามจะมี อิทธิพลเหนือผู้ตาม เพื่อให้มีพฤติกรรมการทำงานตามต้องการ โดยมีจุดมุ่งหมายของ องค์การเป็นเป้าหมาย ไม่ใช่เรื่องของบุคคลที่จะพึงมีภาวะผู้นำได้โดยที่ไม่ได้มีการกระทำใด ๆ เป็นกระบวนการ (Process) ให้เกิดอิทธิพลต่อผู้อื่น ดังนั้น ผู้นำทางจากการแต่งตั้ง เช่น ผู้อำนวยการ ผู้บัญชาการ อาจจะมีภาวะหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ามีลักษณะทั้ง 3 ประการหรือ เปล่า ในทางตรงข้าม ผู้ที่แสดงภาวะผู้นำอาจจะไม่เป็นผู้นำที่แบบทางการ แต่มีองค์ประกอบ 3 ประการนั้น

2) ภาวะผู้นำ นอกจากเป็นกระบวนการแล้ว ภาวะผู้นำจะเกิดขึ้นได้ก็ ต่อเมื่อผู้ตามยอมให้ผู้นำใช้อิทธิพลต่อตัวเขา ซึ่งโดยทั่วไปก็ต้องพิจารณาถึงระดับความ ถูกต้องของอิทธิพลที่ใช้ด้วยว่าไม่ใช่เป็นการใช้อำนาจเข้าขู่เข็ญ หรือบีบบังคับให้ทำตาม เพราะ ถ้าเป็นการเช่นนั้นก็ไม่ถือว่าผู้นำมีภาวะผู้นำได้

3) ภาวะผู้นำ จะถูกอ้างถึงเมื่อจุดมุ่งหมายของกลุ่ม หรือองค์การประสบความสำเร็จ ดังนั้นถ้าหากผู้นำ ไม่สามารถนำกลุ่มไปสู่ความสำเร็จดังกล่าวได้ ก็ย่อมหมายถึงว่า ผู้นำ ไม่ได้แสดงภาวะผู้นำหรือไม่มีความสามารถในการนำนั่นเอง

3.1.2 ประสิทธิภาพของภาวะผู้นำ

ความหมายของประสิทธิภาพของภาวะผู้นำก็เหมือนกับความหมายของ ภาวะผู้นำ ที่มีมากและแตกต่างกันไปตามความสนใจ และขอบเขตการศึกษาของนักวิจัย นอกจากนั้นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เกณฑ์ (Criteria) ที่จะใช้วัดหรือประเมินประสิทธิภาพ ของภาวะผู้นำ จากการ ศึกษางานวิจัย พบว่า เกณฑ์ (Criteria) ที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพ ผู้นำ พอแยกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

1) ผลที่เกิดขึ้นของกลุ่ม (Outcome) คือผลที่เกิดขึ้นของกลุ่ม เนื่องจาก ความสามารถในการนำ หรือภายใต้การนำของผู้นำ เช่นผลสำเร็จของการปฏิบัติงานของกลุ่ม การสามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การอยู่รอดของกลุ่มความก้าวหน้าของกลุ่ม ความพร้อมของกลุ่ม ความสามารถในการแก้ปัญหาของกลุ่ม ความพึงพอใจของสมาชิกของกลุ่มที่มี ต่อผู้นำ และฐานะที่ ได้รับการยอมรับไม่เปลี่ยนแปลงของผู้นำ สำหรับผลสำเร็จของการ ปฏิบัติงานในองค์การธุรกิจ อาจจะได้เห็นได้ชัดจากผลกำไร ที่เพิ่มขึ้น ยอดขายที่เพิ่มขึ้น ครอบ ส่วนแบ่งของตลาดมากขึ้น เงินหมุนเวียนลงทุนมากขึ้น รวมทั้ง การยอมรับในผู้นำจาก ผู้บังคับบัญชา เพื่อน และผู้ตามมากขึ้น ส่วนองค์การของรัฐมักจะเน้นไปที่ ปริมาณและคุณภาพ ของผลผลิตและการบริการขององค์การ

2) เจตคติของผู้ตาม (Attitude of Followers) ทศนคติของผู้ตามหรือผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้นำ นิยมใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินประสิทธิภาพของผู้นำอีกเกณฑ์หนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะทราบได้ โดยการใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ผู้ตาม ดังตัวอย่างคำถามต่อไปนี้ -ผู้นำสามารถตอบสนองความต้องการและคาดหวังของผู้ตามได้ดีเพียงใด -ผู้ตามชอบยกย่องและยอมรับผู้นำเพียงใด -ผู้ตามมีความยินดีในการปฏิบัติงานตามคำสั่งหรือคำขอร้องของผู้นำแค่ไหน -ผู้ตามต่อต้าน เพิกเฉย ที่จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำขอร้องของผู้นำหรือเปล่า นอกจากนั้น อาจดูได้จากการมีคำร้องทุกข์และบัตรสนเท่ห์ต่าง ๆ ส่งถึงผู้นำในระดับสูงกว่า รวมทั้งการขอย้าย การขาดงาน การหน่วงเหนี่ยวงาน และการหยุดงานมากขึ้น เป็นต้น

3) คุณภาพของกระบวนการกลุ่ม (Quality of Group Process) คุณภาพของกระบวนการกลุ่มก็เป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพของผู้นำ โดยประเมินจากความสนับสนุนด้านต่าง ๆ และความตั้งใจที่จะทำให้คุณภาพของกระบวนการกลุ่มของลูกน้องมีคุณภาพดีขึ้นใน ด้านความ สามัคคี ความร่วมมือ แรงจูงใจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การแก้ไขความขัดแย้ง ประสิทธิภาพ ของงานเฉพาะด้าน กิจกรรมขององค์กร การมีทรัพยากรอย่างพอเพียง และความพร้อมของกลุ่มที่จะรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง และเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของการทำงาน การสร้างความมั่นใจให้สมาชิก การเพิ่มพูนทักษะในงาน และการพัฒนาสุขภาพจิตของสมาชิกให้ดีขึ้น

3.1.3 การศึกษาภาวะผู้นำ

การศึกษภาวะผู้นำได้กระทำกันมานานแล้ว และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำจำนวนมาก อย่างไรก็ตามในการศึกษาเหล่านั้น จะมีแนวทางการศึกษาไม่แตกต่างกันนักดังที่ ยูคส์ (Yukl, 1989 : 7-8) ได้สรุปแนวทางการศึกษาภาวะผู้นำของงานวิจัยได้เป็น 4 แนวทาง ดังต่อไปนี้คือ

1) อำนาจ-อิทธิพล (Power-influence Approach) การศึกษาประสิทธิภาพของ ภาวะผู้นำจากอำนาจ-อิทธิพลของผู้นำ ส่วนใหญ่จะเน้นหรือพิจารณาที่ขนาด ชนิดและการใช้อำนาจ ของผู้นำ ดังที่ยอมรับกันแล้วว่าอำนาจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้นำ เพราะนอกจากจะทำให้มีอิทธิพลต่อ ลูกน้องแล้ว ยังสามารถมีอิทธิพลต่อเพื่อนผู้นำในระดับเดียวกันต่อผู้บังคับบัญชาในระดับ สูง รวมทั้ง บุคคลภายนอกหน่วยงานและองค์กรได้ ในการศึกษาวิจัยชนิดนี้ นักวิจัยจะมีคำถามที่ต้องการ คำตอบอยู่หลายคำถาม ได้แก่

1.1) อะไรคือแหล่งของอำนาจผู้นำ ลักษณะเฉพาะใดของผู้นำ และในสถานการณ์เช่นไรที่ทำให้ผู้นำมีอำนาจ

1.2) ทิศทางการเพิ่มและลดอำนาจของผู้นำจากกระบวนการแลกเปลี่ยนอิทธิพลเป็นอย่างไร นอกจากนั้น การที่ต้องวิเคราะห์อำนาจของผู้นำพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์อำนาจของหน่วยงานและกลุ่มคน ทำให้การประเมินประสิทธิภาพของภาวะผู้นำมุ่ง เน้นไปที่ความสามารถในการปรับตัวขององค์การต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป อันเนื่องมาจากใช้ กลยุทธ์อิทธิพลของผู้นำ

2) พฤติกรรม (Behavior Approach) การศึกษาประสิทธิภาพของภาวะผู้นำจากพฤติกรรมหรือแบบของผู้นำนั้นมักจะมุ่งไปที่พฤติกรรมอะไรบ้างของผู้นำที่ใช้ ในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆหรือผู้นำทำอะไรบ้างในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้นำจะแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ โดยกลุ่มแรกจะทำการศึกษากิจกรรมต่าง ๆ ของงานบริหารของผู้นำและเวลาที่ผู้นำใช้ในแต่ละกิจกรรมในระยะต้น ส่วนในปัจจุบันจะมุ่งเน้นศึกษาภาระหน้าที่หรืองานของผู้นำแต่ละชนิด เพื่อค้นหาพฤติกรรมของผู้นำที่เหมาะสมหรือทำให้แต่ละภารกิจประสบความสำเร็จ สำหรับงานวิจัยกลุ่มที่สองจะศึกษามุ่งเน้นไปที่ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรม ที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพของผู้นำ โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้นำ กับความพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานของผู้ตามพฤติกรรมของผู้นำที่นำมาพิจารณา มักเป็นพฤติกรรมที่สำคัญๆ (Critical Incident) ของการบริหาร

3) คุณลักษณะ (Trait Approach) การศึกษาวิจัยแบบนี้จะมุ่งเน้นไปที่คุณลักษณะเฉพาะ ของผู้นำซึ่งในอดีตที่ผ่านมาเชื่อว่าผู้นำที่ประสบความสำเร็จจะมีคุณสมบัติพิเศษเหนือกว่าผู้ตาม เช่น การทำงานไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย การสามารถหยั่งรู้ใจคนได้ การคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ แม่นยำอย่างน่ามหัศจรรย์ และมีพรสวรรค์ในการชักจูงคนได้อย่างเหลือเชื่อ การศึกษาคุณลักษณะ ของผู้นำได้มีมากในระหว่าง ค.ศ.1930 - 1940 แต่ก็ไม่มีงานวิจัยใดยืนยันได้ว่าคุณลักษณะของ ผู้นำแต่ละคุณลักษณะมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของผู้นำได้อย่างไร จึงทำให้นักวิจัยให้ความสนใจในคุณลักษณะของผู้นำน้อยลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามที่จะศึกษาว่าคุณลักษณะ ของผู้นำชนิดที่จำเป็นสำหรับงานของผู้นำแต่ละประเภทอย่างไร และในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน คุณลักษณะใดที่จะช่วยให้ผู้นำประสบความสำเร็จได้

4) สถานการณ์ (Situation Approach) การศึกษาวิจัยสถานการณ์ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของภาวะผู้นำนั้น จะมุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์ที่สำคัญ ๆ เช่น อำนาจหน้าที่ และความ มั่นคงของผู้นำ ลักษณะงานของผู้นำ ความสามารถและแรงจูงใจของผู้ตาม สภาพแวดล้อมภายนอก ความคาดหวังและข้อเรียกร้องต่าง ๆ เกี่ยวกับงานของลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน และบุคคลภายนอก องค์กร การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์นี้ แยกออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ โดยกลุ่มแรกจะมุ่ง เน้นว่าสถานการณ์ใดที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรมของผู้นำอย่างไร ดังนั้น การวิจัย ประเภทนี้จึงต้องศึกษาว่าพฤติกรรมการบริหารงานของผู้นำต่างองค์กร ต่างระดับเหมือนหรือ แตกต่างกันอย่างไร สำหรับกลุ่มที่สอง มุ่งที่จะศึกษาว่า สถานการณ์ลักษณะใดจะมีส่วนทำให้พฤติกรรมหรือแบบของผู้นำ รวมทั้งคุณลักษณะของผู้นำมีผลต่อประสิทธิภาพของภาวะผู้นำ เพราะนักวิจัยกลุ่มนี้มี พื้นฐานความคิดที่ว่า พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ไม่เหมาะสำหรับทุกสถานการณ์ หรือประสิทธิภาพ ของผู้นำ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับพฤติกรรมให้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์ หรือเหมาะสมกับสถานการณ์

กล่าวโดยสรุป ภาวะผู้นำ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า พยายามใช้อิทธิพลของตนหรือกลุ่มตน กระตุ้น ชี้นำ ผลักดัน ให้บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น มีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ ตามต้องการ โดยมีความสำเร็จของกลุ่ม หรือองค์กรเป็นเป้าหมาย ซึ่งประสิทธิภาพของผู้นำขึ้นอยู่กับปัจจัยสามประการ คือ ผลเกิดขึ้นกับกลุ่ม ทักษะจิตของผู้นำ และคุณภาพของกระบวนการกลุ่ม โดยมีแนวทางการศึกษาภาวะผู้นำ ได้แก่ อำนาจ-อิทธิพล พฤติกรรม คุณลักษณะ และสถานการณ์ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำ ยังเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำไปประเมินประสิทธิผลขององค์กรร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ได้

3.1.4 การวัด

Hertz (2003 : 3-6 อ้างใน รังสรรค์ โภมยา, 2546 : 45-47) กล่าวถึงการวัดภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร (Leadership) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 2 ประการ คือ ภาวะผู้นำองค์กร การมีความรับผิดชอบต่อสาธารณชนและการตอบสนองต่อสังคมของผู้นำองค์กร

การวัดตัวแปรภาวะผู้นำของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือการวัดของ เอิร์ทซ์ มาปรับใช้ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัด ถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับ

ข้อคำถามสูง แสดงว่าองค์กรมีภาวะผู้นำสูงและตัวแปรตัวนี้มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานขององค์กรในทางบวก

3.2 การวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Planning)

คำว่า ยุทธศาสตร์ หรือ Strategy ในภาษาอังกฤษ มีผู้ให้ความหมายว่าหมายถึง การมุ่งเน้นหรือทุ่มเททรัพยากรไปในเรื่องใดแล้วสามารถนำพาหุ้คณะไปสู่ความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (บุญเกียรติ ชีวะตระกูลกิจ 2547 : 1)

จากนิยามของคำว่า ยุทธศาสตร์ ที่กล่าวถึงข้างต้นทำให้หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการสร้างยุทธศาสตร์มากขึ้น เพื่อเอาชนะคู่แข่ง มี การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนยุทธศาสตร์ กล่าวคือ เป็นการกำหนดร่วมกันว่า โครงสร้างองค์กรช่วงหนึ่ง ระยะเวลาหนึ่งควรเป็นอย่างไร โครงสร้างที่ดีจะต้องเกื้อหนุนให้ดำเนินยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กล่าวคือ ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งบุคลากร เงินงบประมาณ และเวลาน้อยที่สุด การนำเสนอฐานคิดในส่วนนี้นำไปสู่วิธีการเพิ่มคุณภาพการทำงานเพื่อให้เหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง หน้าที่และภารกิจใหม่ ๆ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อใช้เป็นกรอบในการบริหารและการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ

การวางแผนยุทธศาสตร์ หมายถึง การที่องค์กรพัฒนาเป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการด้วยการตรวจสอบการเลือกเป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการว่ามีลักษณะอย่างไร (Hertz 2002 : 16) ยุทธศาสตร์และนโยบายมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นสิ่งที่บ่งบอกทิศทางของโครงสร้างงานสำหรับใช้เป็นแผนสำหรับการปฏิบัติงาน แผนยุทธศาสตร์เป็นวิธีการของการบริหารที่ได้รับการนำมาใช้ในองค์กรธุรกิจนับตั้งแต่ปี 1960 เป็นต้นมา (Paskewicz 2000 : 1-15) การวางแผนยุทธศาสตร์ช่วยให้องค์กรเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการองค์กร การตัดสินใจที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น การชี้ให้เห็นแนวทางในการดำเนินการที่จำเป็นซึ่งจะนำไปสู่การหากลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการขององค์กร จากการศึกษาของเอลมูตีและแคทาวาลา (Elmuti and Kathawala 2000 : 112-128) พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างผลกระทบของยุทธศาสตร์ภายนอกต่อประสิทธิผลขององค์กร เป้าประสงค์ที่สำคัญของการที่องค์กรจำเป็นต้องมีแผนยุทธศาสตร์ คือ เพื่อกำหนดบทบาทภารกิจ (Mission) ขององค์กร เพื่อกำหนดกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ

3.2.1 การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์

วัฒนา พัฒนพงศ์ (2546 : 30-32) กล่าวว่าขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบใหม่ (New Strategic Plan Process) มีขั้นตอนวิธีการดำเนินงานพอสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) เป็นขั้นตอนของการกำหนดจุดมุ่งหมายที่ยาวไกลที่สุดขององค์กร โดยทั่วไปนิยมใช้เป็นจุดมุ่งหมายหลักขององค์กรไม่ควรเปลี่ยนแปลงบ่อยนัก วิสัยทัศน์เป็นจุดมุ่งหมายที่มีอยู่แล้วในแผนแม่บทขององค์กร เมื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ องค์กรส่วนใหญ่จะนำเอาวิสัยทัศน์ของแผนแม่บทมาใช้หรือนำมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การกำหนดวิสัยทัศน์ คือ การหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “เราต้องการจะเป็นอะไร” (What do we want to be?)

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดพันธกิจ (Mission) เป็นขั้นตอนของการกำหนดวิธีการดำเนินงานเบื้องต้นเพื่อเป็นหลักประกันว่าสิ่งที่ต้องการจะเป็นนั้นมีโอกาสที่จะบรรลุถึงได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง พันธกิจ คือ การหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “ทำไมเราจึงต้องจัดตั้งองค์กรของเราขึ้นมา” (Why do we exist?)

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดค่านิยมร่วม (Shared Value) เป็นขั้นตอนของการกำหนดค่านิยมหลักขององค์กรที่จะสามารถช่วยทำหน้าที่เป็นเบ้าหลอมพฤติกรรมและความเชื่อของบุคลากรในองค์กรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง การกำหนดค่านิยมร่วมเป็นการหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “อะไรคือสิ่งที่เราเชื่อ” (What do we believe in?)

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดความสามารถหลัก (Core Competency) เป็นขั้นตอนของการกำหนดความสามารถหลักขององค์กรที่จะสามารถทำหน้าที่เป็นเบ้าหลอมพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรขององค์กรให้มีทักษะและความสามารถพิเศษในทิศทางตามที่ต้องการ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การกำหนดความสามารถหลักเป็นการหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “อะไรคือความสามารถหลักที่บุคลากรของเราควรมี” (What kind of core competency should we have?)

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดวัตถุประสงค์หลัก (Long-term Objective) เป็นขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ระยะยาวขององค์กรหรือวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในเมื่อตอนเริ่มจัดตั้งหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 6 การกำหนดจุดมุ่งหมายเชิงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ (Strategic Goal) เป็นขั้นตอนการกำหนดจุดมุ่งหมายในรอบ 3 ปี หรือ 5 ปี ขององค์กร ตามปกติองค์กร

จะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในรอบดังกล่าวว่ามีกี่ด้าน แต่ละด้านมีอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 7 การกำหนดดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล (Balanced Scorecard: BSC) เป็นขั้นตอนการพิจารณาว่าจากจุดมุ่งหมายเชิงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้นั้นสามารถนำมากำหนดเป็นดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล ได้กี่ด้าน หรือก็มีมติ ตามทัศนะของ เคมแพลเลนและนอร์ตัน (อ้างถึงใน วัฒนา พัฒนพงศ์. 2546 : 23) กำหนดมิติไว้ 4 ด้าน คือ (1) มิติด้านการเงิน (Financial Perspective) (2) มิติด้านกระบวนการภายใน (Internal Business Process Perspective) (3) มิติด้านการเรียนรู้และการเติบโต (Learning and Growth Perspective) และ(4) มิติด้านลูกค้า (Customer Perspective)

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดกลุ่มผลสัมฤทธิ์หลัก (Key Result Area : KRA) เป็นขั้นตอนการกำหนดกลุ่มผลสัมฤทธิ์หลักขององค์กร ซึ่งจะต้องกำหนดให้ได้ว่าจะอะไรคือผลสัมฤทธิ์หลักที่ต้องการ โดยปกติผลสัมฤทธิ์หลักจะมีลักษณะเหมือนเหรียญคนละด้านกับดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล กล่าวคือ ผลสัมฤทธิ์หลักเป็นการมองเป้าจากด้านของผลสัมฤทธิ์หลักออกมาหรือจากด้านปลายทางไม่ใช่ด้านของวัตถุประสงค์หรือจากด้านของต้นทางอย่างดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การกำหนดกลุ่มผลสัมฤทธิ์หลักก็คือ การกำหนดแนวทางในการนำกลยุทธ์ไปใช้และการจำเพาะเจาะจง

ขั้นตอนที่ 9 การแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดรายชื่อแผนงานและโครงการ ขั้นตอนนี้คือ ขั้นตอนหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างแผนกลยุทธ์กับการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นการกำหนดคำตอบให้กับคำถามที่ว่า “เราต้องการจะทำอะไรบ้าง” ในทางปฏิบัติ กิจกรรมในขั้นตอนนี้มีอยู่ 2 ขั้นตอนหลัก คือ

1. ขั้นกำหนดรายชื่อแผนงาน (Program) วิธีการกำหนดรายชื่อแผนงาน นิยมกำหนดโดยการระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหาหลักขององค์กรว่าในรอบ 3 ปี หรือ 5 ปีที่ผ่านมาองค์กรน่าจะมีปัญหาหลักอะไรบ้าง คำตอบที่ได้คือรายชื่อของแผนงาน นั่นเอง

2. ขั้นกำหนดรายชื่อโครงการ (Project) วิธีการกำหนดรายชื่อโครงการ นิยมกำหนดโดยการค้นหาสาเหตุของปัญหาหลักภายใต้แต่ละแผนงานว่ามีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง สาเหตุแต่ละสาเหตุก็คือ รายชื่อโครงการแต่ละโครงการ นั่นเอง

ผลการศึกษาของริชาร์ดสัน จูเนียร์ (1998) พบว่าเนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายระดับชาติ การทำนโยบายแห่งชาติสู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน โดยก่อนนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องมีการศึกษากรอบแนวคิดที่อ้างอิงจากงานวิจัยหลายเรื่อง ขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจที่สำคัญ ๆ และเป็นลำดับขั้น และรูปแบบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่กว้างขวางและเป็นที่ยอมรับก่อนนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายเรื่องงบประมาณ การออกกฎหมายสำคัญรองรับ

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเบื้องต้นได้ว่า ยุทธศาสตร์ คือ การมุ่งเน้นหรือทุ่มเททรัพยากรไปในเรื่องใดแล้วสามารถนำพาหุ้คณะไปสู่ความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อหาแนวทางการใช้ความสามารถขององค์กรกับโอกาสและภาวะคุกคาม ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอก การวางแผนยุทธศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือขององค์กร ในการกำหนดแนวทางการบริหารงานให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมองค์กร ทั้งภายในและภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยกำหนดร่วมกันว่าโครงสร้างองค์กรช่วงหนึ่ง ระยะเวลาหนึ่งควรเป็นอย่างไร โครงสร้างที่ดีจะต้องเกื้อหนุนให้ดำเนินยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กล่าวคือ ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งบุคลากร เงินงบประมาณ และเวลาน้อยที่สุด ขั้นตอนในการสร้างแผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดพันธกิจ การกำหนดค่านิยมร่วม การกำหนดความสามารถหลัก การกำหนดวัตถุประสงค์หลัก การกำหนดจุดมุ่งหมายเชิงยุทธศาสตร์ การกำหนดดัชนีวัดความสำเร็จแบบสมดุล การกำหนดกลุ่มผลสัมฤทธิ์หลัก และการแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดรายชื่อแผนงานและ โครงการ และการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินประสิทธิผลขององค์กรร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ได้

3.2.2 การวัด

Hertz (2002 : 3-6) กล่าวถึงการวัดการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 2 ประการ คือ การพัฒนาแผนเชิงกลยุทธ์ขององค์กร และการแปรแผนกลยุทธ์ขององค์กรเพื่อนำไปใช้

ในการวัดตัวแปรการวางแผนยุทธศาสตร์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือการวัดของ เฮอร์ทซ์ มาปรับใช้ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัด ถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับข้อคำถามสูง แสดงว่าองค์กรนี้มีการวางแผนยุทธศาสตร์ดี ซึ่งตัวแปรนี้มีอิทธิพลในทางบวก

3.3 การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชน และ เครือข่าย (Focus on Patients, Communities and Networks)

การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่าย หมายถึง การที่องค์กรเห็นความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง รวมถึงข้อเสนอต่าง ๆ ของผู้ป่วย ผู้รับบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มขององค์กร พิจารณาจากการที่องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยการกำหนดวิธีการและปัจจัยที่นำไปสู่การตอบสนองความพึงพอใจ กลุ่มเป้าหมายถือเป็นศูนย์กลางของการดำเนินกิจกรรมขององค์กร ผลผลิตหรือการให้บริการขององค์กรจะต้องก่อให้เกิดความพึงพอใจ (Satisfaction) และความประทับใจ (Appreciation) ต่อกลุ่มเป้าหมายขององค์กร ศูนย์กลางของการดำเนินการจึงไม่ได้อยู่ที่ผลผลิตหรือผลการบริการขององค์กรอีกต่อไป การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายขององค์กรหรือกลุ่มคนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Focus on Patients, Other Customers and Markets) แบ่งเป็นตัวแปรย่อย 2 ตัวแปร คือ

3.3.1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพผู้ป่วย (Patients Knowledge) หมายถึง การที่องค์กรให้ความสำคัญและจะต้องมีแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับความต้องการ ความคาดหวัง รวมถึงข้อเสนอต่าง ๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายขององค์กร ซึ่งทำให้ผู้มารับบริการเกิดความรู้สึกรับรู้ดี และเป็น โอกาสที่จะนำไปสู่การให้บริการอื่น ๆ ขององค์กรต่อไป ผู้มารับบริการในแนวคิดนี้มีได้หมายถึงเฉพาะผู้มีปัญหาด้านสุขภาพเสมอไป แต่หมายถึงบุคคลทั่วไป เช่น นักศึกษาที่ต้องการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์กรในลักษณะอื่น เช่น การติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การประกันสุขภาพ การติดต่อหรือขอคำปรึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับองค์กร เป็นต้น ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์กรได้

3.3.2 ความพึงพอใจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย (Patient Relationship and Satisfaction) หมายถึง การที่องค์กรเสริมสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และกลุ่มเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งโอกาสที่จะให้บริการด้านอื่น ๆ ต่อไป ความพึงพอใจของบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ปราศจากความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกิดจากการที่บุคคลปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีและเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและการได้รับการตอบสนอง (Powell 1983 : 17-18) ความพึงพอใจจากการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอธิบายได้ด้วยข้อกำหนดหรือแนว

ทางการดำเนินเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะได้มาจากการสำรวจข้อมูลย้อนกลับ ทั้งแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (formal and informal feedback) เรื่องราวร้องทุกข์ต่าง ๆ (Complaints) ข้อมูลข่าวสารที่พบเห็นในระหว่างการให้บริการ รวมถึงความคิดเห็นต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับองค์กรในสื่อต่าง ๆ รวมถึงในอินเทอร์เน็ตซึ่งถือเป็นแหล่งระบายความคับข้องใจที่เกิดจากการบริการ ได้อย่างหนึ่งในปัจจุบัน (Hertz 2002 : 19) การศึกษาของเฮยส์ (Heys. 2000 อ้างถึงใน รังสรรค์ โคมยา. 2546 : 57) พบว่าการให้ความสำคัญในเรื่องการประกันคุณภาพการบริการมีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพของการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ การกลับมาใช้บริการอีก และส่งผลต่อการดำเนินการทางธุรกิจขององค์กร

นอกจากนี้ผลการศึกษาของนาราด (Narad. 1998) พบว่าเนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการปฏิบัติงานขององค์กรมีการเชื่อมโยง ประสาน บูรณาการกันระหว่างองค์กรต่อองค์กรหรือหลายองค์กร ได้รับการยอมรับจากสังคมอย่างกว้างขวาง เช่น ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ประกอบด้วยหลายองค์กรที่ร่วมปฏิบัติ ได้แก่ บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน หน่วยดับเพลิง หน่วยกัญหมายดับเพลิง และโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานร่วมกัน พบว่า การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหลายองค์กรเป็นแนวคิดการมีส่วนร่วมที่สามารถให้บริการ ได้อย่างดี มีคุณภาพ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าความพึงพอใจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์กรได้

3.3.2 การวัด

Hertz (2003 : 3-6) กล่าวถึงการวัดการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้มารับบริการ ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายขององค์กรหรือกลุ่มคนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Focus on Patients, other Customers and Markets)) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 2 ประการ คือ ความเข้าใจความต้องการด้านสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการขององค์กร และความพึงพอใจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและผู้มารับบริการขององค์กร

การวัดตัวแปรการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่ายในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวัดของ เฮิร์ทซ์ มาปรับใช้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัดถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับข้อคำถามนี้สูง แสดงว่าองค์กรให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่ายสูง ซึ่งตัวแปรนี้มีอิทธิพลทางบวก

3.4 ข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี (Information Communication and Technology)

ข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยีเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ การบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารขององค์กรและระบบการประเมินผลการดำเนินการ รวมถึง การที่องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินการขององค์กรอย่างไร (Hertz. 2002 : 20 อ้างถึงใน รังสรรค์ โคมยา. 2546 : 57) ข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี แบ่งเป็นตัวแปรย่อย 2 ตัวแปร คือ

3.4.1 ความสามารถในการวิเคราะห์และการวัดการดำเนินงานขององค์กร (Measurement and Analysis of Organizational Performance) หมายถึง การที่องค์กรให้ความสำคัญและจัดระบบการบริหารประสิทธิภาพผลการดำเนินการขององค์กร สำหรับการประเมิน การวิเคราะห์ การวางแผนและการส่งเสริมให้การดำเนินการขององค์กรดีขึ้น ในฐานะผู้ดูแลด้านสุขภาพ การวัดการดำเนินงานขององค์กรเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง เพื่อกำหนดและวางแผนขององค์กร เพื่อเป็นข้อชี้แนะและแนวทางสำหรับแผนกงานย่อย (Work Unit) ในองค์กร นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบข้อมูลต่าง ๆ กับองค์กรที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ส่วนการวิเคราะห์ คือ การตรวจสอบแนวโน้มในเรื่องบริบทองค์กร ธุรกิจการให้บริการด้านสุขภาพ แผนงานด้านเทคโนโลยี และอื่น ๆ ความสามารถในการวิเคราะห์และการวัดการดำเนินงานขององค์กรถือว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อองค์กร การประเมินองค์กรอย่างต่อเนื่องทำให้องค์กรเกิดความกระตือรือร้น การพัฒนา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดและลจุดอ่อนต่าง ๆ ขององค์กรที่พบเห็น ในระหว่างการประเมินองค์กร

3.4.2 การบริหารจัดการข้อมูลขององค์กร (Information Management) หมายถึง การที่องค์กรสามารถแน่ใจได้ในคุณภาพและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่จำเป็น รวมถึงสารสนเทศสำหรับทีมงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร ผู้ร่วมงานทั้งบุคคลและองค์กร ตลอดจนผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ชุมชนและเครือข่าย ทั้งในเรื่องของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่องค์กรมีอยู่ และคุณภาพของข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการเก็บ บันทึก ตลอดจนซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการใช้งาน ความสำคัญของการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศขององค์กรพบได้ในองค์กรทางธุรกิจใหม่ ๆ ในปัจจุบัน การทุ่มเทงบประมาณขององค์กรหลายแห่งที่ให้น้ำหนักและความสำคัญในเรื่องของข้อมูล และการบริหารจัดการข้อมูล ช่วยให้เรารูปร่างได้ว่า ผลของการบริหารจัดการข้อมูลสัมพันธ์กับ

การอธิบายผลการดำเนินการขององค์กร ตลอดจนประสิทธิภาพขององค์กร โดยรวม เช่น การศึกษาของฮอง (Hong, 2000) ที่แสดงถึงความสำคัญของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีต่อองค์กร นอกจากนี้งานศึกษาของวีระ เผ่าพันธุ์ (Paopun, 2001) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับผลการดำเนินการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ แม้ว่าจะไม่สามารถชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการบริหารจัดการข้อมูลกับประสิทธิภาพขององค์กรในลักษณะที่บอกได้ว่าตัวแปรเรื่องการบริหารจัดการข้อมูลสามารถนำมาใช้แทนการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรในทางตรงได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลและผลของตัวแปรดังกล่าว ก็ทำให้สามารถเทียบเคียงได้ว่า การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ สื่อสารและเทคโนโลยีเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรได้

3.4.3 ระบบการสื่อสารสั่งการ การสื่อสารสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการพัฒนาเริ่มต้นตั้งแต่การใช้เครือข่ายรับแจ้งเหตุของตำรวจ โดยอาสาสมัครใช้ระบบวิทยุสื่อสารที่ปรับสัญญาณความถี่ที่ตำรวจใช้กรณีประสานงานภายใน เมื่อรับทราบก็ออกปฏิบัติงานร่วมกัน บางพื้นที่หรือบางจังหวัดมีระบบวิทยุสื่อสารที่มีสัญญาณความถี่ของตนเองใช้โดยไม่ถูกกฎหมาย ต่อมาได้มีการใช้หมายเลขโทรศัพท์รับแจ้งเหตุและประชาสัมพันธ์สู่ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายในแต่ละท้องถิ่น ประชาชนจึงสามารถเรียกขอใช้บริการตรงที่หน่วยปฏิบัติการ สำหรับหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ได้รับการกำหนดให้เป็นหมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์สื่อสารสั่งการของแต่ละจังหวัดตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 : 199) การดำเนินการที่ผ่านมาประสบปัญหา อุปสรรคทั้งภายในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและความยอมรับจากหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการประสานงานหรือร่วมปฏิบัติงาน

3.4.4 ความสำคัญของศูนย์สื่อสารสั่งการ การทำงานของหน่วยปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนนำส่งรักษาต่อในสถานพยาบาล ต้องมีศูนย์สื่อสารสั่งการเป็นศูนย์กลางตั้งแต่รับแจ้งเหตุ โดยรับข้อมูลผู้ป่วยจากผู้แจ้งซึ่งอาจเป็นผู้ประสบเหตุ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่อยู่กับผู้ป่วย ศูนย์สื่อสารสั่งการจะรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์ อาการเจ็บป่วย ระดับขั้นความรุนแรง ตำแหน่งหรือสถานที่ที่อยู่ของผู้ป่วย จากนั้นจะตรวจสอบค้นหาหน่วยปฏิบัติการหรือทีมที่มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะการดูแลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง และอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยอาศัยเพื่อมอบภารกิจให้ เมื่อทีมบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติงานมีปัญหา ไม่ว่าจะ

จะเป็นการค้นหาผู้ป่วย หรือไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ก็สามารถติดต่อเพื่อขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ศูนย์สื่อสารสั่งการ เพื่อประสานงานและให้คำแนะนำได้ ศูนย์สื่อสารสั่งการยังติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการตั้งแต่การออกเดินทางจากที่ตั้งหน่วย จนกระทั่งการนำส่งผู้ป่วยจนถึงสถานพยาบาล ศูนย์สื่อสารสั่งการจึงมีความสำคัญเป็นศูนย์กลางของระบบรับส่งข้อมูล ดูแลประสานงานกับหน่วยปฏิบัติการ เพื่อทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยจะเห็นได้ว่ายังเกี่ยวข้องกับ โรงพยาบาลอยู่เกือบทุกชั้นตอน ตั้งแต่รับโทรศัพท์ HOT LINE 1669 โดยศูนย์รับแจ้งและสั่งการที่เกือบทั้งหมด (พ.ศ. 2551) ตั้งขึ้นและกำกับดูแลโดยโรงพยาบาล การสั่งการไปยังหน่วยกู้ชีพที่อยู่ใกล้ที่สุด ซึ่งแทบทุกโรงพยาบาลจัดตั้งและดำเนินการหน่วยดังกล่าว เมื่อหน่วยกู้ชีพนำผู้ป่วยฉุกเฉินออกจากจุดเกิดเหตุ ย่อมต้องนำส่งโรงพยาบาลที่พร้อมรับดูแลภาวะฉุกเฉิน และถ้าเกินกำลังของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ย่อมต้องนำเข้าสู่กระบวนการนำส่งโรงพยาบาลในระดับที่เป็นศูนย์กลางด้านต่าง ๆ ต่อไป

3.4.5 โครงสร้างศูนย์สื่อสารสั่งการ ศูนย์สื่อสารสั่งการเป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้วยการสื่อสารกับหน่วยงานหรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยเครื่องมือสื่อสารทั้งที่มีสายและไร้สายทุกระบบ ดังนั้น สถานที่ตั้งจึงไม่จำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ แต่สามารถติดตั้งเครื่องมือสื่อสารที่ต้องใช้ในการทำงานได้ ศูนย์สื่อสารสั่งการควรมีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่สามารถตัดสินใจและทราบตำแหน่งของผู้ขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยปฏิบัติการในเครือข่าย หรือสถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้การประสานงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำให้ศูนย์สื่อสารสั่งการได้รับการยอมรับจากหน่วยปฏิบัติการในเครือข่าย โครงสร้างศูนย์สื่อสารสั่งการประกอบด้วยฝ่ายต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ฝ่ายบริหารหรือบัญชาการ ทำหน้าที่ควบคุมดูแล กำกับกราดำเนินงาน การประสานงานทั้งหมดในศูนย์สื่อสารสั่งการ
- 2) ฝ่ายปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการให้การรักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นการปฏิบัติการดูแลรักษา ก่อนถึงโรงพยาบาล การให้คำแนะนำแก่ประชาชนหรือบุคลากรของทีมปฏิบัติการตามที่คู่มือปฏิบัติงานกำหนดไว้ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบการประสานงานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ทั้งระหว่างการ

ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือการเตรียมการ การวางแผน การจัดทำคู่มือปฏิบัติการทางการแพทย์ (Criteria-based Dispatching) เพื่อพร้อมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

3) ฝ่ายปฏิบัติการด้านการสื่อสาร ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการสื่อสารของเครื่องมือหรืออุปกรณ์การสื่อสารทุกระบบในศูนย์สื่อสารสั่งการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติรู้ทั้งเรื่องการสื่อสารและการแพทย์ด้านภาวะฉุกเฉิน ทำหน้าที่รับโทรศัพท์โดยสามารถทำหน้าที่สื่อสารกับผู้อยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำการคัดกรองเบื้องต้น และปฏิบัติการตามที่คู่มือปฏิบัติงานกำหนดไว้ บุคลากรของฝ่ายปฏิบัติการด้านการสื่อสารควรมีความรู้ทางเทคนิคการบำรุงรักษาหรือแก้ไขอุปกรณ์การสื่อสารขั้นพื้นฐานด้วย

3.4.6 ระบบปฏิบัติการและการประสานงาน ปัจจุบันศูนย์สื่อสารสั่งการประจำจังหวัดส่วนใหญ่มีแนวทางการปฏิบัติคล้ายกัน ดังนี้ ผู้รับโทรศัพท์หมายเลข 1669 จากผู้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสอบถามข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บและประเมินความรุนแรง หลังจากนั้นจะมอบภารกิจให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมหรือเจ้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบ กรณีที่มีปัญหาในการประเมินอาการหรือแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ จะปรึกษาผู้รับผิดชอบที่สูงขึ้นไปคือพยาบาลหรือแพทย์ และมีคู่มือที่จะช่วยให้ทราบถึงขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบ ขั้นตอนการปฏิบัติงานของผู้รับ โทรศัพท์ที่สามารถตัดสินใจได้ เพื่อป้องกันปัญหาความผิดพลาดหรือการมอบภารกิจที่ไม่เหมาะสม และต้องมีคุณสมบัติที่สามารถแก้ไขและประเมินสถานะฉุกเฉินขั้นพื้นฐานในเรื่องทั่วไป กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการมีอำนาจสั่งการ หรือให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ตามคู่มือที่กำหนดร่วมกันของทุกหน่วยงาน แต่ถ้าเป็นเรื่องเฉพาะที่ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ เพื่อประเมินสถานการณ์หรืออาการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น เรื่องอาชญากรรมต้องติดต่อตำรวจ เรื่องเพลิงไหม้ต้องติดต่อพนักงานดับเพลิง เรื่องการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ต้องการการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วนต้องติดต่อบุคลากรสั่งการฉุกเฉินทางการแพทย์ เป็นต้น

ส่วนการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้กระบวนการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลตั้งแต่หน่วยปฏิบัติการเดินทางไปถึงจุดเกิดเหตุหรือที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การดูแลและการเคลื่อนย้ายนำส่งสถานพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็วและคล่องตัว ศูนย์สื่อสารสั่งการทางการแพทย์จะประสานงานตรงกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องหรืออาจประสานผ่านศูนย์สื่อสารสั่งการระดับชาติหมายเลขเดียว

3.4.7 หลักการและขั้นตอนการสื่อสารสั่งการ การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ ต้องทำให้ผู้รับเข้าใจได้เสมือนเป็นผู้เห็นเหตุการณ์หรือรับทราบและเข้าใจเช่นที่

ผู้ส่งข้อความต้องการ ข้อมูลที่จะส่งควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ แต่ครบถ้วนทุกสาระสำคัญ หรือที่จำเป็น โดยช่องทางหรือวิธีสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ซึ่งควรมีทางเลือกอย่าง หลากหลาย การรับข้อมูลจากผู้เห็นเหตุการณ์เป็นขั้นตอนเริ่มแรกในกระบวนการบริหารจัดการ หรือการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย

1) การรับแจ้งเหตุ

1.1) ตอรับทุกสายที่เรียกเข้ามา ทุกเวลาเป็นการสร้างความ
เชื่อมั่นต่อศูนย์สื่อสารสั่งการ

1.2) ชื่อผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นที่ให้ข้อมูลและช่องทางหรือ
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้

1.3) เกิดเหตุการณ์อะไร อย่างไร

1.4) ที่ไหน

1.5) เวลาใด

1.6) ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บกี่คน อาการเท่าที่สามารถบอกหรือ
ซักถามได้ รวมทั้งผู้เสียชีวิต (ถ้ามี) กี่ราย

2) การสั่งการหรือมอบภารกิจ จากข้อมูลการรับแจ้งเหตุ ประเมิน
อาการและความรุนแรง พิจารณาเลือกหน่วยปฏิบัติการที่มีระดับความสามารถที่เหมาะสมกับ
อาการและความรุนแรง มีความพร้อมหรืออยู่ใกล้ และมอบภารกิจ

3) การแนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้พบเห็นเพื่อการดูแลหรือปฐมพยาบาล
เบื้องต้น เน้นในกระบวนการที่จำเป็นและปฏิบัติอย่างง่าย เรื่องทางเดินหายใจ การหายใจ การ
ห้ามเลือด ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้หรือทักษะของผู้ป่วยหรือผู้พบเห็น ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ใน
คู่มือปฏิบัติงาน

4) การสื่อสารและประสานงานตลอดเวลาที่หน่วยปฏิบัติการนำผู้ป่วย
ส่งสถานพยาบาล

ในสถานการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ทีมบุคลากร
ของหน่วยปฏิบัติการหน่วยแรกthatไปถึงที่จุดเกิดเหตุต้องทำหน้าที่เป็นผู้รายงานข้อมูลที่มี
รายละเอียดอย่างครบถ้วน เพื่อให้ศูนย์สื่อสารสั่งการระดับชาติหมายเลขเดียวหรือศูนย์สื่อสาร
สั่งการทางการแพทย์สามารถประเมินระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนและความต้องการการ
ช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ตัวอย่างวิธีรายงานกรณีภัยพิบัติหรือสาธารณภัยขนาดใหญ่ที่

นิยมในหลายประเทศในทวีปยุโรป คือ METHANE protocol ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 : 203)

Major Incident หมายถึง เกิดสถานการณ์ภัยพิบัติหรือสาธารณภัยขนาดใหญ่ หรือกำลังจะเกิดสถานการณ์อะไร

Exact Location หมายถึง สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์อยู่ที่ไหน ต้องระบุอย่างชัดเจน

Type of Incident หมายถึง ประเภทของภัยพิบัติหรือสาธารณภัยที่กำลังเผชิญ **Hazards** หมายถึง มีหรือกำลังจะมีความเสียหายหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บแก่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์

Access and Egress หมายถึง ข้อมูลเรื่องทิศทางการเดินทางเข้าไปและทางออก จากจุดที่เกิดเหตุ

Number and Severity of Casualties หมายถึง จำนวนผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บมีกี่คน และแต่ละคนมีความรุนแรงเท่าใด

Emergency Services หมายถึง หน่วยปฏิบัติการหรือหน่วยบริการฉุกเฉินทุกประเภทที่มีอยู่ที่จุดเกิดเหตุ และความต้องการเพิ่มของหน่วยปฏิบัติการหรือหน่วยบริการฉุกเฉินประเภทต่าง ๆ จำนวนเท่าใด

3.4.8 ระบบสื่อสาร เครื่องมือและอุปกรณ์ ศูนย์สื่อสารสั่งการมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์การสื่อสารในการปฏิบัติงาน ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลการให้บริการคลื่นความถี่เพื่อการสื่อสาร ควรให้ความสำคัญ ควบคุมและจัดสรรคลื่นความถี่ให้ใช้สำหรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้มีระบบสื่อสาร เครื่องมือและอุปกรณ์การสื่อสารหลายประเภทสามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม และใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ทันเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งปัจจุบันได้รับการนำมาใช้เพื่อช่วยประเมินผลข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มของการให้บริการ มีความพยายามที่จะนำเครื่องคอมพิวเตอร์มาช่วยในการปฏิบัติการของศูนย์สื่อสารสั่งการ ดังนี้

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลการรับแจ้งเหตุของศูนย์สื่อสารสั่งการ
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ

หน่วยปฏิบัติการ

3) จัดทำคู่มือชุดคำถาม (Criteria-based Dispatching) เพื่อเป็นแนวทางการซักถามอาการหรือประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

4) จัดทำแนวทางสำหรับการจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อการส่งการมอบภารกิจให้แก่หน่วยปฏิบัติการอย่างเหมาะสม

5) จัดทำแผนที่เพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่ศูนย์สื่อสารสั่งการใช้ในกาค้นหาตำแหน่งผู้ป่วย อาจใช้ร่วมกับระบบข้อมูลการจดทะเบียนผู้ใช้โทรศัพท์ ระบบแผนที่ดาวเทียม เพื่อให้การค้นหาเป็นไปอย่างถูกต้องรวดเร็ว

6) จัดทำระบบประมวลผลอาการผู้ป่วย เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยจากอาการหรืออาการที่ตรวจพบที่ได้จากทีมบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการที่จุดเกิดเหตุ

7) จัดทำระบบบันทึกเสียง เพื่อจัดระบบตรวจสอบภายในของผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สื่อสารสั่งการเป็นการควบคุมผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความระมัดระวังในการปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดเวลา

8) จัดระบบค้นหาตำแหน่งจากดาวเทียม (GPS : Global Positioning System) เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ที่รถพยาบาลหรือบุคลากรในทีมของหน่วยปฏิบัติการ เป็นค้นหาให้ศูนย์สื่อสารสั่งการสามารถค้นหาและทราบตำแหน่งรถพยาบาลหรือบุคลากรในทีมที่ออกปฏิบัติงานเพื่อประเมินว่าอยู่ในตำแหน่งไกลหรือใกล้จากจุดเกิดเหตุหรือห่างจากโรงพยาบาลเท่าไร และอาจประสานงานกับหน่วยงานที่จะอำนวยความสะดวกในการจัดการจราจรได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปบทบาทของศูนย์สื่อสารสั่งการ ได้ดังนี้

1. รับแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือเหตุฉุกเฉินทุกประเภทกรณีเป็นศูนย์สื่อสารสั่งการระดับชาติหมายเลขเดียว

2. ให้คำแนะนำอย่างง่าย ๆ การดูแลหรือแก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินที่ไม่วิกฤต หรือไม่จำเป็นต้องส่งการมอบภารกิจแก่หน่วยปฏิบัติการ โดยต้องเป็นไปตามคู่มือปฏิบัติงานทางการแพทย์ที่กำหนดไว้

3. สั่งการหรือมอบภารกิจแก่หน่วยปฏิบัติการ เพื่อออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุ การรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่เหมาะสม

4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถานพยาบาล เพื่อให้การดำเนินการหรือการปฏิบัติการของทีมบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการเป็นไปอย่างรวดเร็ว สะดวก และคล่องตัว

3.4.9 การวัด

Hertz (2003 : 3-6) กล่าวถึงการวัดข้อมูลข่าวสารสารสนเทศและการวิเคราะห์ข้อมูล (Information and Analysis) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 2 ประการ คือ ความสามารถในการวิเคราะห์และการวัดการดำเนินงานขององค์กร และการบริหารจัดการข้อมูล

ในการวัดตัวแปรข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยีในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือการวัดของ เฮิร์ตซ์ มาปรับใช้ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัด ถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับข้อคำถามสูง แสดงว่าองค์กรมีข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี ซึ่งตัวแปรตัวนี้มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กรในทางบวก

3.5 การให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน (Staff Focus)

การให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน หมายถึง การที่องค์กรให้พลังใจในการทำงาน การมอบอำนาจต่อทีมงานทุกคนเพื่อพัฒนาและใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มความสามารถ การวางแนวทางเป้าประสงค์และแผนปฏิบัติการทั้งหมดขององค์กร การสร้างและการรักษาสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน บรรยากาศที่ส่งเสริมการดำเนินการ เพื่อความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรและองค์กร

การให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงานเกี่ยวข้องกับเรื่องของแรงจูงใจ ทั้งนี้คำว่าแรงจูงใจ (Motive) เป็นคำที่ได้ความหมายมาจากคำภาษาละตินที่ว่า Movere ซึ่งหมายถึง "เคลื่อนไหว (Move)" ดังนั้น คำว่าแรงจูงใจจึงมีการให้ความหมายไว้ต่างๆ กันดังนี้

1. แรงจูงใจ หมายถึง "บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายในตัวของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลต้องกระทำ หรือเคลื่อนไหว หรือมีพฤติกรรมในลักษณะที่มีเป้าหมาย" (Walters.1978 :218) กล่าวอีกนัยหนึ่ง ก็คือ แรงจูงใจเป็นเหตุผลของการกระทำนั่นเอง

2. แรงจูงใจ หมายถึง "สถานะที่อยู่ภายในตัวของผู้นับถือที่เป็นพลังทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งมักจะเป็นเป้าหมายที่มีอยู่ภาวะสิ่งแวดล้อม" (Loundon and Bitta.1988:368) จากความหมายนี้จะเห็นได้ว่า แรงจูงใจจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ

2.1 เป็นกลไกที่ไปกระตุ้นพลังของร่างกายให้เกิดการกระทำ

2.2 เป็นแรงบังคับให้กับพลังของร่างกายที่จะกระทำอย่างมีทิศทาง

อับราฮัม มาสโลว์ (Maslow, 1970) อธิบายความต้องการของบุคคลไว้ 5 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่งเป็นความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เช่น ความต้องการ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ ระดับที่สองเป็นความต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (Safety Needs) ระดับที่สามเป็นความต้องการด้านความรักและการยอมรับ (Love and Belonging Needs) ระดับที่สี่เป็นความต้องการด้านการยอมรับนับถือ การได้รับการให้เกียรติ ชื่อเสียง (Self Esteem Needs) และระดับที่ห้าเป็นความต้องการในความสามารถถึงความสามารถแห่งตนเอง (Self-Actualization Needs) มาสโลว์กล่าวว่าความต้องการเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ควรได้รับการตอบสนอง เพราะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความตั้งใจในการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของบุคคล

Herzberg (อ้างถึงใน สุนทร อนนตศิริพร, 2532 : 13-16) ได้เสนอทฤษฎี องค์ประกอบคู่ของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two Factor Theory) ซึ่งสรุปว่ามีปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่สัมพันธ์กับความชอบหรือไม่ชอบในงานของแต่ละบุคคล กล่าวคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) และปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor)

3.5.1 ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรงเพื่อจูงใจให้คนชอบ และรักงานปฏิบัติ เป็นการกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจให้แก่บุคคลในองค์การ ให้ปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะปัจจัยที่สามารถสนองตอบความต้องการภายในบุคคลได้ด้วยกัน ได้แก่

1) ความสำเร็จในการทำงานของบุคคล หมายถึง การที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบความสำเร็จอย่างดี เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เมื่อผลงานสำเร็จจึงเกิดความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จของงานนั้น ๆ

2) การได้รับการยอมรับนับถือ หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือ ไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา การยอมรับนี้อาจจะอยู่ในการยกย่องชมเชยแสดงความยินดี การให้กำลังใจหรือการแสดงออกอื่นใดที่สื่อให้เห็นถึงการยอมรับในความสามารถ เมื่อได้ทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดบรรลุผลสำเร็จ การยอมรับนับถือจะแฝงอยู่กับความสำเร็จในงานด้วย

3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ หมายถึง งานที่น่าสนใจ งานที่ต้องอาศัยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ทำทนายให้ต้องลงมือทำ หรือเป็นงานที่มีลักษณะสามารถกระทำได้ตั้งแต่ต้นจนจบ โดยลำพังแต่ผู้เดียว

4) ความรับผิดชอบ หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ และมีอำนาจในการรับผิดชอบได้อย่างดี ไม่มีการตรวจหรือควบคุมอย่างใกล้ชิด

5) ความก้าวหน้า หมายถึง ได้รับการเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นของบุคคลในองค์กร การมีโอกาสได้ศึกษาเพื่อหาความรู้เพิ่มเติมหรือได้รับการฝึกอบรม

3.5.2 ปัจจัยค้ำจุน หรืออาจเรียกว่า ปัจจัยสุขอนามัย หมายถึง ปัจจัยที่จะค้ำจุนให้แรงจูงใจในการทำงานของบุคคลมีอยู่ตลอดเวลา ถ้าไม่มีหรือมีในลักษณะไม่สอดคล้องกับบุคคลในองค์กร บุคคลในองค์กรจะเกิดความไม่ชอบงานขึ้น และปัจจัยที่มาจากภายนอกบุคคล ได้แก่

1) เงินเดือน หมายถึง เงินเดือนและการเลื่อนขั้นเงินเดือนในหน่วยงาน นั้น ๆ เป็นที่พอใจของบุคลากรในการทำงาน

2) โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต นอกจากจะหมายถึง การที่บุคคล ได้รับการแต่งตั้งเลื่อนตำแหน่งภายในหน่วยงานแล้ว ยังหมายถึงสถานการณ์ที่บุคคลสามารถได้รับความก้าวหน้าในทักษะวิชาชีพด้วย

3) ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน หมายถึง การติดต่อไปไม่ว่าเป็นกิริยา หรือวาจาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกันมีความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างดี

4) สถานะของอาชีพ อาชีพหมายถึง อาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคมที่มีเกียรติ และศักดิ์ศรี

5) นโยบายและการบริหารงาน หมายถึง การจัดการและการบริหารองค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร

6) สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพทางกายภาพของงาน เช่น แสง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงาน รวมทั้งลักษณะของสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อุกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ อีกด้วย

7) ความเป็นอยู่ส่วนตัว หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีอันเป็นผลที่ได้รับจากงานในหน้าที่ของเขาไม่มีความสุข และพอใจกับการทำงานในแห่งใหม่

8) ความมั่นคงในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงในการทำงาน ความยั่งยืนของอาชีพ หรือความมั่นคงขององค์กร

9) วิธีการปกครองของผู้บังคับบัญชา หมายถึง ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานหรือความยุติธรรมในการบริหาร

นอกจากนี้ Herzberg ได้อธิบายเพิ่มเติมอีกว่า องค์ประกอบทางด้านจูงใจจะต้องมีค่าเป็นบวกเท่านั้น จึงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในงานขึ้นมาได้ แต่ถ้าเป็นลบก็จะทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในงานอย่างใด ส่วนองค์ประกอบทางด้านค่าจูงหรือสุขอนามัยถ้ามีค่าเป็นลบ บุคคลจะมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในงานแต่อย่างใด เนื่องจากองค์ประกอบทางด้านปัจจัยค่าจูงหรือสุขอนามัยมีหน้าที่ค่าจูง หรือบำรุงรักษาบุคคลให้มีความพึงพอใจในงานอยู่แล้ว สรุปได้ว่าทั้งสองปัจจัยต้องมีในเชิงบวกเท่านั้น จึงจะทำให้ความพึงพอใจในงานของบุคคลเพิ่มมากขึ้น

ส่วน แวงโลวิก (อ้างถึงใน ดิน ปรัชญพฤทธิ , 2534 : 431) ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ และพบว่าผลการวิจัยไม่ตรงกับทฤษฎีดังกล่าว คือการตอบสนองความต้องการของบุคคลไม่ได้เป็นไปในลักษณะตามลำดับขั้นดังที่มาสโลว์อ้าง จึงมีผู้เสนอทฤษฎีแรงจูงใจ ERG Theory ของเคลตัน แอลเดอร์เฟอร์ (อ้างถึงใน ดิน ปรัชญพฤทธิ , 2534 : 433) ว่าคนเรามีความต้องการอยู่ 3 ประการ คือ

1. ความต้องการมีชีวิตอยู่ (Existence Needs) ซึ่งเป็นความต้องการทั้งหลายที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตต่อไป ได้แก่ ความต้องการทางสรีระและความต้องการความปลอดภัย
2. ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness Needs) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กับคนรอบข้างอย่างมีความหมาย
3. ความต้องการที่จะเจริญงอกงาม (Growth Needs) ได้แก่ ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องและความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2551 : 82) กล่าวว่าเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิภาพต้องมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดบริการที่ดีมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ แรงจูงใจอาจอยู่ในรูปของเงิน สวัสดิการ การให้การศึกษา อบรมและดูงาน การจัดหาอุปกรณ์และยานพาหนะสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมและมีคุณภาพ การสร้างความมั่นใจในการประกอบอาชีพ ตลอดจนการดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น แรงจูงใจและสิ่งสนับสนุนจึงมีความสำคัญ

และเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำมาใช้บ่งชี้ถึงระดับความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรได้เป็นอย่างดี

การให้ความสำคัญต่อบุคลากรและทีมงานกับประสิทธิผลขององค์กรจะสะท้อนออกมาในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น งานวิจัยของเอฮีเม (Aheame. 2000 อ้างถึงใน รังสรรค์ โฉมยา 2546 : 59) ที่พบว่ามียุทธศาสตร์ทางสถิติระหว่างพฤติกรรมกรรมการสร้างพลังงใจของผู้นำและพฤติกรรมการเป็นพลเมืองขององค์กรกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในระดับปฏิบัติงาน การศึกษาของไวท์ (White. 2001 : 3741) พบว่า ระดับการรับรู้ประสิทธิผลขององค์กรสามารถอธิบายได้ด้วยวัฒนธรรมองค์กรและความเชื่อมั่นของบุคลากรในองค์กรได้เป็นอย่างดี การศึกษาของอีสเตอร์และเบ็ตตี้ (Esther and Betty. 2002 : 129-138) พบว่าตัวแปรที่ทำนายการรับรู้พลังงใจในการทำงานได้ดีที่สุด 2 ตัวแปรจาก 6 ตัวแปรย่อยในบรรยากาศขององค์กร คือ ตัวแปรภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม การศึกษาของจาค็อบส์และเบนเน็ตต์ (Jacobs and Bennet.1993 : 169-170) พบว่าผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บทางด้านอุบัติเหตุจำเป็นจะต้องมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การห้ามเลือด การป้องกันการเคลื่อนไหวกของกระดูกสันหลังที่หัก และการช่วยฟื้นคืนชีพในรายที่หยุดการหายใจและหัวใจหยุดเต้น นอกจากนี้ยังพบว่า หลังจากการอบรมแต่ละครั้งจะมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ที่ให้กับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากพบว่าระยะเวลาที่มีผลต่อระดับความรู้ที่เคยได้รับการอบรมตลอดจนทักษะในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผลการศึกษาของเบียร์เคนและคณะ (1998) พบว่าหลังจากการทดสอบการช่วยฟื้นคืนชีพโดยอาศัยข้อกำหนดพื้นฐาน 6 ข้อเป็นตัววัด ได้แก่ การวางมือบนหน้าอก ความถี่ของการกด ความแรงของการกด อัตราส่วนของการกดต่อการผ่อนคลาย ปริมาณลมที่ช่วยหายใจ และช่วงระยะเวลาที่ช่วยในการหายใจแต่ละครั้ง จากจำนวนผู้ทดสอบ 151 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่ผ่านการทดสอบโดยพบว่า ผู้ที่เพิ่งผ่านการอบรมมาในช่วง 12 เดือนทำได้ดี การให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงานในการศึกษาวิจัยนี้แบ่งเป็นตัวแปรย่อย 3 ตัวแปร คือ

1. ระบบงานขององค์กร (Work System) หมายถึง การบริหารจัดการเกี่ยวกับงานต่าง ๆ ค่าจ้าง ค่าชดเชย ความก้าวหน้าในอาชีพ การสร้างแรงงใจในการปฏิบัติงานการให้อำนาจการตัดสินใจ ตลอดจนการยอมรับในความสำเร็จของบุคลากรในองค์กร การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากทีมงานขององค์กร การเสริมแรงต่าง ๆ ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามที่องค์กรต้องการได้ดี ระบบงานขององค์กรจะต้องบริหารในเรื่องของการส่งเสริมสภาพลักษณะ

ขององค์กร นวัตกรรม วัฒนธรรมองค์กรที่จะช่วยสนับสนุนงานขององค์กร (ในที่นี้ หมายถึง การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) การวางระบบงานที่ดีย่อมเป็น สิ่งชี้วัดว่าองค์กรมีโอกาสประสบความสำเร็จในการดำเนินงานมากขึ้นเพียงใด นั่นเอง การศึกษาของดิกสัน (Dixon 2002 : 266) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการจัดการ ทรัพยากรบุคคลกับประสิทธิภาพขององค์กร ส่วนการศึกษาของ โอกูรินด์ (Ogunrinde 2001 : 671) พบว่าองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนด้านทรัพยากรบุคคลดีกว่าจะมีประสิทธิผล ขององค์กรโดยรวมสูงกว่า จึงสามารถสรุปได้ว่าระบบงานขององค์กรเป็นตัวแปรที่สามารถ นำมาใช้ในการประเมินประสิทธิผลขององค์กรได้

2. การให้การศึกษา การฝึกอบรมและการพัฒนาคณะทำงานหรือทีมงานใน องค์กร (Staff Education, Training and Development) หมายถึง องค์กรจะต้องมีการพัฒนาใน เรื่องการศึกษาของบุคลากรในองค์กร การให้การฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนความสำเร็จตาม เป้าประสงค์ และการสร้างและพัฒนาความรู้ให้แก่ทีมงานขององค์กร ทักษะในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาความสามารถของบุคลากรที่จะช่วยให้การดำเนินงานขององค์กรมีระดับสูงขึ้น ตัวแปรเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดให้เห็นถึงประสิทธิผลขององค์กร และในการบริหารจัดการองค์กร สมัยใหม่ต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพราะถือว่ามนุษย์เป็นทรัพยากรที่มี ค่าที่สุดสำหรับองค์กร องค์กรใดมีบุคลากรที่ขาดการพัฒนาและมีขีดความสามารถต่ำอาจจะ ทำนายได้ว่าองค์กรนั้นต้องเกิดสถานะตกต่ำขึ้นในอนาคตก็เป็นได้ ดังนั้น องค์กรจึงต้องมี แผนงานเชิงปฏิบัติการ (Action Plan) ในเรื่องการพัฒนาบุคลากรทั้งระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับและหลากหลาย ต้องมีการใช้การเสริมแรงด้วยการ พัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับงาน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจต่อเป้าหมายและ เป้าประสงค์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กร และมีผลต่อการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิผลขององค์กรได้ (Latham and Locke 1991 : 212 – 247) ผล การศึกษาของแวนเดอร์เบิร์ก ริชาร์ดสัน และอีสต์แมน (Vanderberg, Richardson and Eastman 2000 : 98) พบว่าตัวแปรในลำดับแรก คือ การออกแบบงาน การส่งเสริมการปฏิบัติงาน ความ ยืดหยุ่น โอกาสได้รับการฝึกอบรม ทิศทางการบังคับบัญชา ตัวแปรในลำดับที่สอง คือ อำนาจ ข้อมูลข่าวสาร รางวัลหรือค่าจ้างและความรู้ ตัวแปรลำดับที่สาม คือ ตัวแปรด้านจริยธรรมของ พนักงานหรือบุคลากรในองค์กร การศึกษาเบกเกอร์ (Baker 2001 : 1642) พบว่าคุณภาพของครู มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่าการให้การศึกษา การ

ฝึกรวมและการพัฒนาคณะทำงานหรือทีมงานในองค์กร เป็นตัวแปรที่สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรได้

3. การดูแลสุขภาพ ความเป็นอยู่และความพึงพอใจของบุคลากร (Staff Well-being and Satisfaction) หมายถึง การที่องค์กรต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน บรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของทีมงานในองค์กร ส่งผลให้บุคลากรมีสุขภาพะที่ดีในการทำงาน มีความพึงพอใจในองค์กรและเกิดพลังใจในการทำงานให้กับองค์กร สภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน หมายถึง การมีสุขภาพที่ดีของบุคลากร ความปลอดภัยในการทำงาน และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร ตลอดจนพฤติกรรมการทำงานที่ต้องปฏิบัติตามหลักวิชาการว่าด้วยการทำงานกับเครื่องจักรและเครื่องมือเครื่องใช้ (Ergonomics) สเตียร์ (Steers 1991) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของบุคคลซึ่งผ่านการประเมินโดยงานหรือประสบการณ์ในการการทำงานของคน เป็น การรับรู้ว่างานที่ทำในองค์กรให้ประโยชน์ต่อเขา ส่วนมาสโลว์ (Maslow 1970) อธิบายความต้องการของบุคคลไว้ 5 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่งเป็นความต้องการด้านกายภาพ (Physiological Needs) เช่น ความต้องการ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ ระดับที่สองเป็นความต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (Safety Needs) ระดับที่สามเป็นความต้องการด้านความรักและการยอมรับ (Love and Belonging Needs) ระดับที่สี่เป็นความต้องการด้านการยอมรับนับถือ การได้รับการให้เกียรติ ชื่อเสียง (Self Esteem Needs) และระดับที่ห้าเป็นความต้องการในความตระหนักถึงความสามารถแห่งตนเอง (Self-actualization Needs) มาสโลว์กล่าวว่าความต้องการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรได้รับการตอบสนอง เพราะเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรเกิดความตั้งใจในการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของบุคคล ผลการศึกษาของคอยส์ (Koys 2001 : 101 – 115) พบว่าความรู้สึกพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรมีความสัมพันธ์กับระดับของประสิทธิผลขององค์กร นอกจากนี้ในการศึกษาของฟาวเดอร์ (2002 : 458 – 474) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันระหว่างการบริหารจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ในฐานะที่เป็นสิ่งบ่งชี้การประเมินประสิทธิผลขององค์กร จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพ ความเป็นอยู่และความพึงพอใจของบุคลากร มีความสำคัญต่อประสิทธิผลขององค์กร เพราะการสร้างพลังใจให้เกิดการทำงานมีผลต่อบุคลากรทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การผลิตผลงานที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพให้กับองค์กร นอกจากนี้ยังมีผลต่อความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ดังนั้น การเสริมสร้างปัจจัยเรื่องการดูแลสุขภาพ ความเป็นอยู่และความพึงพอใจของบุคลากร จึงเป็น

ตัวแปรหนึ่งที่สามารถนำมาใช้บ่งชี้ถึงระดับความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรได้เป็นอย่างดี

3.5.3 การวัด

Hertz (2003 : 3-6) กล่าวถึงการวัดการให้ความสำคัญกับคณะทำงาน (Staff Focus) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 3 ประการ คือ ระบบงานขององค์กร การให้การศึกษา การฝึกอบรมและการพัฒนาคณะทำงานหรือทีมงานในองค์กร และการดูแลสภาพความเป็นอยู่และความพึงพอใจของบุคลากร

การวัดตัวแปรการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงานในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวัดของ **เฮิร์ตซ์** มาปรับใช้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัดถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับข้อคำถามนี้สูง แสดงว่าองค์กรมีการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงานสูง ซึ่งตัวแปรตัวนี้มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรในทางบวก

3.6 การบริหารจัดการกระบวนการหรือระบบงาน (Process Management)

การจัดระบบงานเป็นตัวแปรเกี่ยวกับตรวจสอบความคาดหวังต่อกระบวนการบริหารงานขององค์กร ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนแผนที่มุ่งในเรื่องผู้ป่วย การส่งมอบการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เจ็บป่วยและกระบวนการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กร การบริหารกระบวนการผลิตหรือการบริหารขององค์กร เพื่อประกันคุณภาพและความพึงพอใจ กระบวนการจัดการระบบงานมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิผลขององค์กร จากการศึกษาของ **กิลเบิร์ตและพาธิซงารี** (Gilbert and Parhizgari 2000 : 46-52) พบความแตกต่างในคุณภาพของสินค้าและบริการในองค์กรที่มีโครงสร้างภายในองค์กรและการบริหารจัดการขององค์กรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในการศึกษาของ **อูทซ์ ลันดิสกูล** (2539 อ้างถึงใน รังสรรค์ โจมยา 2546 : 64) พบว่ากระบวนการบริหาร หมายถึง คุณภาพของกระบวนการบริหารองค์กร ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร คือ การสื่อสารในองค์กร การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม การพัฒนาองค์กรและการติดตามประเมินผล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรย่อยสำหรับการศึกษาการบริหารจัดการระบบงาน ออกเป็น 3 ตัวแปร ดังนี้

3.6.1 กระบวนการบริหารด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Process) หมายถึง กระบวนการจัดการบริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและชุมชน ซึ่งคุณภาพของกระบวนการบริหารการจัดการดังกล่าวจะหมายถึงคุณภาพของการออกแบบการบริการ การ

วางแผนการให้บริการ และการนำเสนอบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและชุมชน การให้ความสำคัญในเรื่องขององค์กรและกิจกรรมขององค์กรเป็นเงื่อนไขในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตวิทยาการตลาดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและชุมชน (Wickham. 2000)

3.6.2 กระบวนการดำเนินการทางธุรกิจขององค์กร (Business Process) หมายถึง ความเจริญเติบโตขององค์กรและความสำเร็จ ความก้าวหน้าขององค์กร ตัวแปรนี้เป็นการพิจารณาในแง่เป้าหมายความสำเร็จและความก้าวหน้าขององค์กร โดยพิจารณาจากการที่องค์กรมีการนำเข้าหรือมีการพัฒนาในด้านนวัตกรรมใหม่ๆ เทคโนโลยีต่างๆ การบริหารวงจรของอุปทาน (Supply Chain Management) การบริหารโครงการ และการส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อชุมชน โดยการดำเนินการทางธุรกิจจะต้องมีลักษณะทั้งการดำเนินการเชิงรุกและเชิงรับไปพร้อมกัน การศึกษาของริชาร์ด (Richard 2000 อ้างถึงใน รังสรรค์ โภมยา 2546 : 64) พบว่าการผสมผสานระหว่างหรือปรับระบบกระบวนการทางธุรกิจ การเปลี่ยนแปลงองค์กร ซึ่งสามารถนำมาเทียบเคียงกับแนวคิดได้ว่าการที่องค์กรมีการนำเข้าหรือ มีการพัฒนาในด้านนวัตกรรมใหม่ๆ เทคโนโลยีต่างๆ การบริหารในเรื่องการสนับสนุนงานขององค์กร การบริหารโครงการ และการส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรต่อชุมชนในรูปแบบของการดำเนินการขององค์กรทางธุรกิจ สามารถใช้บ่งชี้ถึงความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรที่เกิดขึ้นได้

3.6.3 กระบวนการสนับสนุนการดำเนินการขององค์กร (Support Process) หมายถึง การพิจารณาสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการออกแบบการบริการ การวางแผนสนับสนุนการให้บริการ และการนำเสนอการบริการสนับสนุนอื่นๆ ที่ส่งเสริมการบริการหลักต่อผู้รับบริการขององค์กร รวมถึงกระบวนการต่างๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น การบันทึกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน กฎระเบียบต่างๆ และการพัฒนานุเคราะห์ เป็นต้น การศึกษาของบราวน์ (Brown 2000 : 6403) พบว่าลักษณะนโยบายของคณะผู้บริหารซึ่งชี้นำการออกแบบการบริการ การวางแผนสนับสนุน มีความสัมพันธ์ในทางเดียวกับประสิทธิผลขององค์กร จึงสามารถสรุปได้ว่าผลกระทบจากนโยบาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกลเลอร์ (Galer. 2000) ที่พบว่านโยบายด้านการตลาดขององค์กรมีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการและคุณภาพของการให้บริการและประสิทธิผลขององค์กร

3.6.4 การวัด

Hertz (2003 : 3-6) การวัดผลการดำเนินงานขององค์กร (Organizational Performance Results) แบ่งการประเมินในประเด็นย่อย 4 ประการคือ ความสนใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ สถานะทางการเงินขององค์กรและความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายขององค์กร ผลการดำเนินงานของระบบงานและทีมงาน และการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

การวัดตัวแปรความสำเร็จของการดำเนินงานขององค์กรในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวัดของ เฮิร์ตซ์ มาปรับใช้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ในการวัดถ้าผู้ตอบให้ความสำคัญกับข้อคำถามนี้สูง แสดงว่าองค์กรมีผลการดำเนินงานดี ซึ่งตัวแปรนี้เป็นตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้

อนึ่งในการตีความของตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรในแนวคิดแบบ Health Care Criteria Performance Excellence ของ Hertz ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในบริบทของการตีความหมายและการนิยามโดยอาศัยบริบทของการดำเนินการในลักษณะที่เป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไร และในความเป็นองค์กรบริการประชาชนพื้นฐานของรัฐที่ดำเนินการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้จำเป็นต้องมีการปรับและประยุกต์เนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมกับการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรในลักษณะดังกล่าวมากขึ้น ประกอบกับการที่ภารกิจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแนวคิดที่ได้รับการนำมาใช้เมื่อไม่นานมานี้ ดังนั้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลขององค์กรภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวจึงยังไม่มียานวิจัยใดที่นำเสนอออกมาอย่างเป็นทางการ งานวิจัยในครั้งนี้อาศัยการวิเคราะห์องค์ความรู้ การนิยามและการตีความหมายเพื่อที่จะสร้างรูปแบบของการประเมินขึ้นมาใหม่ ให้สอดคล้องกับการศึกษาและบริบทขององค์กรที่เป็นอยู่ในประเทศไทยปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรจากเอกสารและงานวิจัยที่ได้รวบรวมและศึกษามาสามารถสังเคราะห์และแสดงเป็นแผนภูมิเปรียบเทียบได้ดังต่อไปนี้

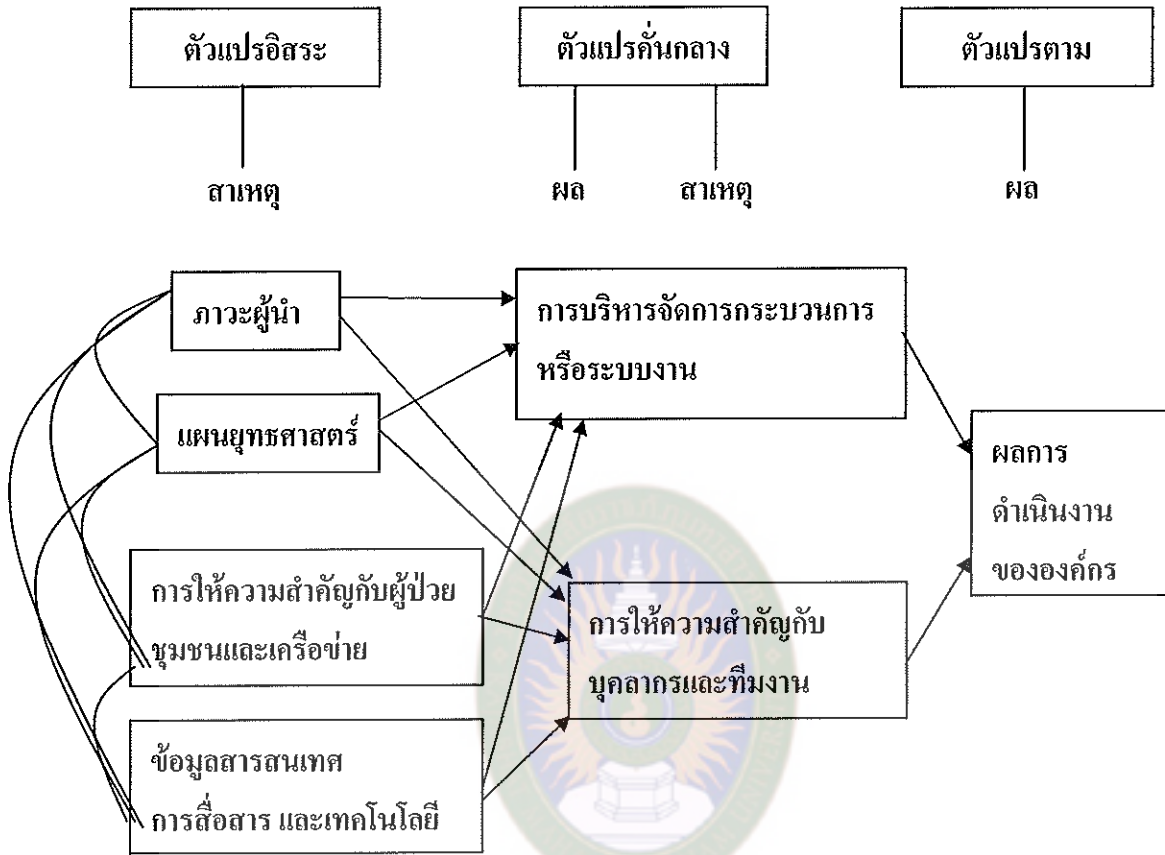
ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรจากผลการวิจัย 5 เรื่อง

Marquardt & Reynolds, 1994	Kaiser, 2000	Bennett & O'Brien, 1994	รังสรรค์ โภมยา 2546	Hertz, 2003
กลยุทธ์ วิสัยทัศน์	พันธกิจและยุทธศาสตร์	กลยุทธ์หรือวิสัยทัศน์	ภาวะผู้นำ	ภาวะผู้นำ
โครงสร้างที่เหมาะสม	โครงสร้างองค์กร	องค์กรหรือโครงสร้างของงาน	การวางแผนเชิงกลยุทธ์	การวางแผนยุทธศาสตร์
เทคโนโลยีการเรียนรู้	ระบบองค์กร	การเลื่อนไหลของข้อมูลสารสนเทศ กระบวนการทำงาน	การให้ ความสำคัญกับ ผู้ป่วย	การให้ ความสำคัญกับ ผู้ป่วย ชุมชนและ เครือข่าย
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	การดำเนินงาน บริการจัดการ	การปฏิบัติเชิงการบริหาร	ข้อมูลข่าว สารสนเทศและ การวิเคราะห์	ข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและ เทคโนโลยี
การริเริ่มและถ่ายโอนความรู้	ภาวะผู้นำ	การปฏิบัติงานของบุคคล	ข้อมูล การให้ ความสำคัญกับ ทีมงาน	การให้ ความสำคัญกับ บุคลากรและ ทีมงาน
ทีมงานและเครือข่าย	บรรยากาศการทำงาน วัฒนธรรม องค์กร	การฝึกอบรมหรือให้การศึกษา การ พัฒนารายบุคคล และทีมงาน	การบริหาร กระบวนการผลิตหรือการบริหารองค์กร	การบริหารจัดการ กระบวนการหรือระบบงาน
การเพิ่มอำนาจ	การจูงใจ	-	ผลของการดำเนินงานของ องค์กร	ประสิทธิผลการดำเนินงานของ องค์กร

Marquardt & Reynolds, 1994	Kaiser, 2000	Bennett & O'Brien, 1994	รังสรรค์ โภมยา 2546	Hertz, 2003
วัฒนธรรมเรียนรู้ ร่วม	-	-	-	-
บรรยากาศ สนับสนุน	-	บรรยากาศ	-	-
คุณภาพ	-	เป้าหมายหรือ ข้อมูลย้อนกลับ	-	-

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดของประสิทธิผลการดำเนินงานที่ดีในบริบทของการบริการด้านสุขภาพตามโมเดลเชิงระบบของเฮิร์ต (Hertz, 2003 : 5) มาใช้ โดยปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรให้เหมาะสมกับความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างเพื่อให้สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้

จากแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพขององค์การประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร คือ ภาวะผู้นำองค์กร การวางแผนยุทธศาสตร์ และการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่าย การให้ความสำคัญกับทีมงานและบุคลากร การบริหารจัดการกระบวนการหรือระบบงาน ตลอดจนตัวแปรข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี ต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งตัวแปรข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร การขาดตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง หรือมีความบกพร่องในตัวแปรใด ๆ ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภูมิความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรในการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 6 แสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของตัวแปรในการวิจัย
 ที่มา : เฮิร์ตซ์ (Hertz, 2003 : 5)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship) แสดงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปร มีความสอดคล้องกับทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาศึกษาหรือไม่ โดยกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ตัวแปร 4 ตัว คือ ตัวแปรข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยี ตัวแปรการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่าย ตัวแปรแผนยุทธศาสตร์ ตัวแปรภาวะผู้นำ ตัวแปรคั่นกลาง คือ ตัวแปรการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน ตัวแปรการบริหารจัดการกระบวนการหรือระบบงาน ส่วนตัวแปรตาม คือ ตัวแปรผลการดำเนินงานขององค์กร โดยตัวแปรการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรภาวะผู้นำองค์กร และตัวแปรการวางแผนยุทธศาสตร์ ทั้งสามตัวแปรนี้ต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีอิทธิพลโดยตรงต่อตัวแปรการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน และตัวแปรการบริหารจัดการ

กระบวนการหรือระบบงาน พร้อมกับมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรผลการดำเนินงานขององค์กรผ่านทางตัวแปรการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน และตัวแปรการบริหารจัดการกระบวนการหรือระบบงาน ส่วนตัวแปรข้อมูลสารสนเทศ การสื่อสารและเทคโนโลยีเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อตัวแปรทั้ง 5 ตัว คือ ตัวแปรภาวะผู้นำ ตัวแปรการให้ความสำคัญกับผู้ปวย ชุมชนและเครือข่าย ตัวแปรการวางแผนยุทธศาสตร์ ตัวแปรการให้ความสำคัญกับบุคลากรและทีมงาน และตัวแปรการบริหารจัดการกระบวนการหรือระบบงาน ขณะเดียวกันเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมกับตัวแปรผลการดำเนินงานขององค์กร โดยผ่านตัวแปรทั้ง 5 ตัวที่กล่าวมาแล้ว



มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
RAJABHAT MAHASARAKHAM UNIVERSITY