



รูปแบบภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย จิตศักดิ์ ธาดาเดช^{a*} ยุทธนา ตระหง่าน^b พิพัฒน์ ไทยอารี^c และ สายพิน เกษมกิจวัฒน์^d

Collaboration Pattern in Thailand Aero Medical Service

Jitisak Thadadech^{a*}, Yuthana Trangan^b, Piphat Thaiarry^c and Saipin Kasemkitwatana^d

^aโครงการดุสิตบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์ สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

^bสำนักอธิการบดี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

^cคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

^dสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

^aDoctoral in Social Sciences Program, School of Liberal Arts, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province.

^bPresident Office, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province.

^cFaculty of Public Administrations, Chulalongorn University.

^dSchool of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province.

* Corresponding Author. E-mail address: dr.kiwong@hotmail.com (J. Thadadech)

Received 30 May 2011; accepted 31 August 2011

บทคัดย่อ

ผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนจากความรุนแรงของสถานการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจำเป็นต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศรองรับภาวะวิกฤติดังกล่าวเพื่อช่วยชีวิตและลดการทุพพลภาพ งานวิจัยนี้จึงศึกษาแบบภาคีความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาล เป็นการวิจัยปรากฏการณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 21 คนจากภาคีที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลซึ่งได้คัดเลือกตามหลักของแนวทางวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษารูปแบบภาคีความร่วมมือในการให้บริการภายใต้กรอบนโยบายที่เกิดจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช ๒๕๕๑ พบว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ริเริ่มนำบันทึกความเข้าใจเป็นเครื่องมือสร้างภาคีเครือข่ายในลักษณะการประสานความร่วมมือทางการแพทย์เพื่อขอใช้อากาศยานจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ครอบคลุมถึงการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแก่บุคลากร แพทย์ พยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติการ สกายด็อกเตอร์ สพฉ. ในฐานะศูนย์กลางการประสานงานได้ดำเนินการทำหนังสือสัญญากับที่ข้อตกลงกับ 8 องค์กรรวมถึงหน่วยบินของทหารและตำรวจที่แสดงเจตจำนงร่วมเป็นภาคี จัดสรรอากาศยานจำนวน 101 ลำเพื่อประยุกต์ใช้เป็นอากาศยานพยาบาลพิเศษเฉพาะไว้ 3 ประเภทในรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง อากาศยานเต็มรูป และอากาศยานปีกตรึง ด้วยศักยภาพการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล พื้นที่ประสบภัย และพื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งในภาวะฉุกเฉินปกติและภาวะฉุกเฉินที่มีเหตุพิบัติภัยได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบ อากาศยานพยาบาล บันทึกความเข้าใจ

Abstract

Deep impact of disasters to human life, we need supportive of Aero Medical Service (AMS) to save life and minimize disability. Phenomenological Study and 21 indepth interview of qualitative selected participants was conducted. Result of the study on collaboration pattern of Thailand AMS found that The Emergency Medical Institute of Thailand (EMIT) is main taking charge from AMS policy within the Emergency Medical Act B.E.2551 (2008). It has created Memorandum of Understanding (MOU) tool in networking a unique medical collaborative outsourcing, providing and training specialized emergency flight care to public health personnel for Sky Doctor mission. This collaborative pattern is working only under MOU contract between EMIT and public private health service providers, included police and military forces. Being center of collaboration, EMIT gain 8 partnerships and 101 aircrafts, which identified into 3 categories: Fully Equipment type, Assembly type and Fixes Wing type. The capabilities of the air medical resources will give benefit for life saving consideration during emergency or critical occurrences like disaster for the sickness and severely injured in remote and disaster area equitable, effective and efficient.

Keywords: Pattern, AMS, MOU.

บทนำ

ทุก ๆ ปีประเทศไทยต้องประสบกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและจากการกระทำของมนุษย์และภาวะดังกล่าวมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนจำเป็นต้องมีระบบการแพทย์

ฉุกเฉินที่ทันสมัยสามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีสภาพที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือในทุกวินาทีของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีคุณค่าสูงสุดเพราะเป็นเส้นเวลาที่แบ่งระหว่างความเป็นและความตายหากไม่สามารถนำส่งถึงมือแพทย์ได้ทันเวลา กระบวนการที่ช่วยให้

ผู้ป่วยอยู่รอดได้วิธีหนึ่งคือการนำส่งเข้าสู่การรักษาพยาบาลให้รวดเร็วที่สุดโดยใช้การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศในอดีตการประยุกต์ใช้ศักยภาพของอากาศยานเพื่อการแพทย์เกิดขึ้นเฉพาะในการทหาร ที่เห็นชัดเจนคือการเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติการกลับเข้ารับการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันยังเลือกใช้อากาศยานเพื่อนำส่งเสบียงและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเร่งด่วนด้วยหลักการเดียวกันนี้ ในภาวะที่ไร้สงครามอากาศยานบางส่วนถูกดัดแปลงนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์แก่วงการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายทางอากาศในภาคพลเรือนในประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะเห็นประโยชน์ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านวิธีใช้การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

สำหรับประเทศไทยมีการใช้อากาศยานในภาคพลเรือนที่ชัดเจนคือการนำบุคลากรทางการแพทย์สู่ชุมชนทุรกันดารเพื่อการปฏิบัติการกิจของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระองค์ได้ทรงริเริ่มนำการให้บริการสาธารณสุขผ่านหน่วยแพทย์อาสาเคลื่อนที่ (Thailand's Volunteer Flying Doctors Service) ซึ่งคิดค้นและก่อตั้งโดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ The Royal Flying Doctor Service of Australia (Warren, 1975) คือนำบุคลากรทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ลำเลียงขนส่งทางอากาศไปบริการประชาชนผู้ด้อยโอกาสในสถานที่ห่างไกลยากต่อการเข้าถึงของพาหนะปกติ และเมื่อมีคนไข้บางรายที่มีอาการหนักทรงรับไว้ในพระราชูปถัมภ์ รับส่งให้นำส่งเพื่อมารักษาในโรงพยาบาล (มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2512) การให้บริการการนำโรงพยาบาลเคลื่อนที่ขนาดย่อมนี้ปัจจุบันคือ “หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)” ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการนโยบายสาธารณสุข และโอกาสการเข้าถึงกระบวนการรักษาพยาบาลของประชาชน ซึ่งอยู่ในสังคมที่เต็มไปด้วยโรคภัยที่เกิดขึ้นใหม่และรุนแรง กอปรกับโรคเก่าที่แพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง สภาวะแวดล้อมและมลพิษที่เสื่อมโทรมจากการกระทำของมนุษย์ ภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ ปัญหาที่ต้องอาศัยการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีประสิทธิภาพมีคุณภาพ และที่สำคัญ ประชาชนต้องสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว เท่าเทียมและโดยถ้วนหน้าได้ (Ross & William, 1995; Addy, 1996)

ปัจจุบันทุกประเทศต่างให้ความสำคัญถึงการให้บริการสาธารณะใดๆ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเนื่องจากทรัพยากรบางอย่างมีจำกัด จึงต้องวางแผนการใช้งานให้เหมาะสมที่สุด การสร้างภาคีความร่วมมือทางการแพทย์ เป็นหลักการทำงานที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้าใกล้สถานการณ์ด้านสุขภาพร่วมกันเพื่อระดมความคิด การมีส่วนร่วมในการนำเสนอการบริการที่ตนเองเชี่ยวชาญ จัดสรรทรัพยากรให้บริการสังคมด้านสาธารณสุขขึ้น สิ่งนี้จัดเป็นแนวทางสนับสนุนให้เกิดสภาพความร่วมมือที่ดีของหน่วยปฏิบัติ

งาน เพื่อตอบสนองต่อการเข้าถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วหนึ่งคือส่งผลดีให้กับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาวะฉุกเฉินนั้นด้วย (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2551; Nembhard et al., 2007; Hemming, 2006; Slevin, 2004) สภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากภัยพิบัติต่างๆ ทั้งจากธรรมชาติ หรือจากการกระทำของมนุษย์ล้วนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน และนำไปสู่ความสูญเสียในวงกว้างต่อทั้งชีวิตและทรัพย์สินได้จำเป็นที่รัฐควรต้องมีระบบรองรับที่สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วเพื่อจำกัดความเสียหายลดความทุกข์ยาก และปรับสภาพที่เลวร้ายให้เข้าสู่ภาวะปกติ (Vos et al., 2010; Tulchinsky & Varavikova, 2009)

สภาวะฉุกเฉินไม่ว่าจะเกิดจากภัยธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์อาจเกิดขึ้น “อย่างรวดเร็ว” หรือ “อย่างช้าๆ” ก็ได้ การจัดการสภาวะฉุกเฉินจึงต้องการความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากมืออาชีพและควรได้รับความร่วมมือจากทุกๆ ภาคส่วน เพราะเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของหมื่นคนเป็นจำนวนมาก และการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีแต่อย่างใด หากมีความล่าช้าเกิดขึ้นเพราะผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสของการอยู่รอดในทุกๆ นาทีที่ผ่านไปการล่าช้าของขนส่งผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมจากผู้ไม่มีประสบการณ์ยิ่งทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บมากยิ่งขึ้น และการเลือกนำส่งผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและล่าช้า ยิ่งลดโอกาสการอยู่รอด และยังทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมากขึ้นได้ (Shehadeh, 2010; Tulchinsky et al., 2009; Brandt, 1985)

การให้บริการอากาศยานพยาบาลจัดเป็นส่วนหนึ่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถตอบสนองต่อการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติหรือในสถานการณ์ฉุกเฉินของทุกๆ พื้นที่ได้อย่างรวดเร็วตัวอย่างเช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาวะหัวใจกำเริบเฉียบพลัน การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยจากเหตุภัยพิบัติต่างๆ บริการอากาศยานพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญมากในช่วงวิกฤติการณ์ดังกล่าวเพราะสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้รวดเร็ว ส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดการทุพพลภาพของประชาชนได้เป็นจำนวนมาก (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2552; สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ, 2010; Mann & Parkinson, 2007; Hata et al., 2006) ประเทศไทยเริ่มนำอากาศยานพยาบาลมาใช้ในการลำเลียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในรูปแบบหน่วยส่งกำลังเสริมทางอากาศ เพื่อนำกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติการกิจกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและส่งกลับภูมิลำเนา (ประวัติเฮลิคอปเตอร์พยาบาล..., 2008) นอกจากนี้ยังใช้ในภารกิจเสริมของกองทัพเพื่อการจัดบริการส่งวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์สาธารณสุขไปภาคที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยารักษาโรค อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ประสบภัยพิบัติต่างๆ การให้บริการอากาศยานพยาบาลในรูปแบบข้างต้น

ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้สู่ภาคพลเรือนครั้งแรกโดยโครงการนภาแพทย์ที่นำแนวคิดการประสานงานขอใช้อากาศยานจากหน่วยงานทางทหารสนธิกำลังพลด้านการแพทย์และพยาบาลจากภาคพื้นเพื่อมารับส่งผู้ป่วย แต่เมื่อนำสู่ภาคการปฏิบัติจริง การกักตุนไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพาหนะหลักที่ใช้ลำเลียงคืออากาศยานไม่พร้อมใช้งานและไม่เพียงพอ และขาดการจัดทำประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (กีก้อง, 2541)

Air Medical Program (AMP) คือ วัฒนาการของการรักษาสุขภาพสาธารณสุข จัดเป็นหนึ่งในรูปแบบการนำส่งผู้ป่วยทางการแพทย์ โดยได้เลือกใช้ทรัพยากร คืออากาศยานให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะสามารถนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยโดยใช้เวลาน้อยที่สุด และเป็นหนทางในการเพิ่มโอกาสทางรอดชีวิตให้แก่ผู้ป่วย (Bisciglia, 1998; Clyde, 1998) โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นเอกชนรายแรกในประเทศไทย ที่ใช้แนวคิดอากาศยานพยาบาลลอยฟ้า (SKY ICU) ติดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัยที่มีประสิทธิภาพครบถ้วน ปฏิบัติการกู้ชีพด้วยทีมบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ (European Aero Medical Institute, 2008) ให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศในพื้นที่ต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล แนวคิดดังกล่าวได้รับการตอบรับที่ดีจากสังคมในระดับผู้มีรายได้สูงโดยเฉพาะนักธุรกิจผู้ประกอบการบริษัทข้ามชาติและนักท่องเที่ยวต่างชาติที่คุ้นเคยกับบริการดังกล่าวที่คล้ายกันในประเทศของตน ต่อมาสามารถขยายการให้บริการครอบคลุมครบทุกภูมิภาคของไทยและภูมิภาคอาเซียน (บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัดมหาชน, 2550) สร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยวและช่วยส่งเสริมนโยบายให้กับภาครัฐในด้านการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งภูมิภาค นับว่าเป็นการปฏิวัตินวัตกรรมใหม่ของการแพทย์ฉุกเฉินระดับพลเรือนในประเทศไทย

การเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในช่วงวิกฤตการณ์ไต้กานุกรมคลื่นยักษ์ถล่มชายฝั่งทะเลอันดามันทางภาคใต้ของประเทศไทยใน พ.ศ.2547 ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 8,345 คน เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติครั้งร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย (International Disaster Database, 2010) อากาศยานพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในช่วงวิกฤติได้อย่างรวดเร็วยิ่งสภาพภูมิประเทศที่เป็นเกาะ และถนนหนทางถูกทำลาย ไม่สะดวกต่อการคมนาคมทางบก เหตุการณ์นี้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นจำนวนมากที่มีประกันภัย ได้เรียกใช้บริการเคลื่อนย้ายทางอากาศ เพื่อขอเข้ารับการรักษาที่กรุงเทพบ้าง ที่สิงคโปร์บ้าง เพราะโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่มีศักยภาพเพียงพอรองรับกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากในกรณีฉุกเฉินอย่างภัยพิบัติที่ใหญ่และรุนแรงได้ (International SOS, 2004) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่ใหญ่ที่สุดและมากที่สุดในเอเชียครั้งหนึ่ง ทำให้คนไทยเริ่มรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของศักยภาพ

ของอากาศยานพยาบาล (International SOS, 2005) ต่อมาได้เกิดการร่วมมือทางธุรกิจ (ประกันภัยไทยวิวัฒน์, 2552) โดยการร่วมทำสัญญา (Contract) พันธมิตรธุรกิจ เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศของบริษัทประกันสุขภาพกับเครือข่ายโรงพยาบาล ทำให้สามารถขยายฐานผู้ใช้บริการสู่สังคมระดับกลางมากขึ้น (ธุรกิจประกัน, 2552)

สกายดอกเตอร์ (Sky Doctor) หรือบริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้ประกาศไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพุทธศักราช ๒๕๕๑ เพื่อพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องต่อโครงการพระราชดำริที่เป็นแม่แบบในการนำบริการทางการแพทย์สู่ประชาชน คณะรัฐมนตรีเห็นชอบอนุมัติงบประมาณและแผนปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจัดเป็นแผนปฏิบัติการประจำปี และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้ทันสมัยครอบคลุมในทุกมิติ เช่น ด้านปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการเงิน การคลัง ด้านการจัดการความรู้และพัฒนาสารสนเทศ ด้านส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วม ด้านโครงสร้างการจัดการและอภิมหาทรัพยากร เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [สพฉ.], 2552)

จากสถานการณ์และสภาพปัญหา ในปัจจุบันพบว่าความไม่พร้อมในด้านศักยภาพหรือขีดความสามารถของสถานพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือแม้แต่การส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ความพยายามให้ผู้ป่วยได้รับการสุขภาพที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพโดยถ้วนหน้า จำเป็นต้องมีการวางระบบการบริการส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับได้อย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพและเป็นระบบทุกรูปแบบทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้บริการอากาศยานพยาบาลจำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือรูปแบบและนโยบายกำกับเพื่อให้เกิดทิศทางการปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ (Puma & Balskus, 1998) รองรับสถานการณ์ภัยพิบัติต่างๆ ที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นบ่อยครั้งแทบทุกพื้นที่ (Annual Disaster Statistical Review, 2009) เป็นปัญหาใหม่ของประเทศไทยที่ต้องมีการวางแผนปฏิบัติในการพัฒนาสร้างภาคีระหว่างภาคส่วนต่างๆ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาลในบริบทของประเทศไทยเป็นการรวบรวมสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นเรื่องที่ควรศึกษาอย่างยิ่ง เพราะเป็นประโยชน์แก่วงการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทยในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีภัยพิบัติต่างๆ

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษารูปแบบภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาล เป็นการวิจัยประเภท ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) เนื่องจากต้องการค้นหาคำตอบของรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทยว่าเป็นอย่างไร (Moustakas, 1994; Strauss & Cobin, 1990; Kemmis, 1988) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) บนพื้นฐานของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ร่วมกับการตีความ (Interpretative) ซึ่งกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลโดยนักวิจัย เน้นการศึกษาในขอบเขตที่จำกัด ชัดเจน มีความเป็นเอกเทศในตัวเอง การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) กับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนภาคีทั้งองค์กรจากภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการที่ได้คัดเลือกตรงตามเกณฑ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ซึ่งเข้าสัมภาษณ์ 2-5 ครั้งต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน เพื่อให้ข้อมูลอิ่มตัว (Morse, 2001) โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ล่วงหน้าก่อนการเข้าสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบสภาพการณ์ปัญหาในปัจจุบันผนวกกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้ให้ข้อมูลในการกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการอากาศยานพยาบาลของประเทศไทย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งถึงความเหมาะสมสำหรับการใช้งานผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์ปฏิบัติการ สกายด็อกเตอร์ เพื่อเก็บข้อมูลภาคสนามรูปแบบต่างๆ จากการทดลองใช้จริง แต่ไม่ได้ประเมินวัดผลการปฏิบัติงาน เนื่องจากพิจารณาแล้วว่าโครงการสกายด็อกเตอร์ดังกล่าวยังอยู่ในช่วงการเริ่มต้นนำมาสู่การปฏิบัติซึ่งต้องอาศัยการเจรจาขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ให้เข้าร่วมปฏิบัติการ หากใช้เกณฑ์ประเมินวัดผลงานอย่างเข้มงวดจะหาหน่วยงานที่มาร่วมมือได้ยาก ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ กันยายน 2552 ถึง มีนาคม 2554 ซึ่งอยู่ในช่วงที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เริ่มทำบันทึกข้อตกลงสัญญาเป็นพันธมิตรด้านความร่วมมือในการใช้อากาศยานเพื่อการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานต่างๆ และได้ประกาศเป็นโครงการนำร่องสำหรับนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2552 (สพฉ., 2552)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเลือกผู้ให้ข้อมูล (Participant) จากคุณสมบัติคือมีความรู้มีประสบการณ์ โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมในการประชุมสัมมนาวิชาการในระดับชาติและระดับนานาชาติในฐานะผู้สังเกตการณ์เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวข้องโดยตรงกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา แล้วนักวิเคราะห์คัดเลือกเทียบจากตารางการเลือกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Patton,

2002; Cobin & Strauss, 1990; Trost, 1986) เพื่อให้ได้ผู้ที่มีคุณสมบัติเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ยังเลือกผู้ให้ข้อมูลต่อไปขณะที่ดำเนินการวิจัย เพราะข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญมากกว่าตัวผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 21 คน (Kuzel, 1992) แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบาย : ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้เชี่ยวชาญนโยบายด้านระบบประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายการใช้อากาศยานพยาบาลจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน : ตัวแทนจากสถานพยาบาลของรัฐ และเอกชน แพทย์สภา สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้แทนภาคีจากองค์กรทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีการใช้อากาศยานเพื่อการบริการลำเลียงขนส่งทางอากาศในภารกิจพิเศษต่างๆ ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สมุดจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) เครื่องบันทึกเสียง กล้องบันทึกภาพ และกล้องวิดีโอถูกนำมาประยุกต์ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ และการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน และนักวิจัยเองถือเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญมากที่สุด เพราะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (ศิริพร, 2548; Maykut & Morehouse, 1994)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ผู้วิจัยใช้ได้มาด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร โดยศึกษาทบทวนเอกสารและวรรณกรรมต่างๆ จากฐานข้อมูล Pub Med, Proquest Dissertation and Thesis, IR-Web, Science Direct, Springer Link, Air medical Journal และ HEMS- Net ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมิติด้านนโยบายสาธารณสุขการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายทางสังคมเรื่องความร่วมมือเวชศาสตร์การบินว่าด้วยการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศรวบรวมการบันทึกเอกสารทางราชการ (Official Document) เอกสารองค์กรซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลที่ศึกษา บันทึกที่ใช้ระหว่างหน่วยงาน (External communication) สถิติข้อมูลเชิงปริมาณเป็นตัวเลข วิดีทัศน์ ข่าวสารรูปถ่ายที่นำมาอ้างอิง ทำให้เห็นภาพของการทำงาน ข้อมูลเบื้องต้นเหล่านี้ถูกนำมารวบรวมแล้วทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อสกัด คัดเนื้อหาโดยการวิเคราะห์แบบเมตา (Meta-analysis) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังรวบรวมข้อมูลเพิ่มโดยการสังเกต ติดตาม ฝ้าดู ศึกษา

เหตุการณ์อย่างละเอียดในลักษณะการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) จากการทำโครงการนำร่อง (Pilot Study) (อารีวรรณ, 2553) โดยทดลองลงสนามวิจัยครั้งแรก คือ สัมผัสเข้าประชุมเวชศาสตร์การบินและอวกาศนานาชาติ ครั้งที่ 56 (International Congress of Aviation and Space Medicine 2008) เมื่อวันที่ 7-11 กันยายน 2551 ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์กรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้สังเกตอย่างมีส่วนร่วมเต็มตัว (Complete Participant) ทำให้เห็นภาพรวมของการใช้อากาศยานประเภทต่างๆ ในการลำเลียงทางอากาศ การสังเกตประเภทแรกนี้ ผู้วิจัยเฝ้าดูและบันทึกเหตุการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัวว่าตนเองกำลังถูกสังเกตและในระยะต่อมาได้ใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant-as-observer) ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าร่วมประชุมวิชาการการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Aero medical Evacuation in Emergency Situation) ระหว่าง วันที่ 15-16 กรกฎาคม 2553 ณ หอประชุมกองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร และการประชุมปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 25-26 มกราคม 2554 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 พรรษา กรุงเทพมหานคร ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ คือการเป็นผู้สังเกตในขณะเข้าร่วมกิจกรรม (Observer-as-participant) ในวันที่ 26 ภาคบ่าย ทำให้สามารถเห็นภาพรวมรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในไทย เพื่อดูแบบเนื้อหาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในภาคสนาม สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูล (Informant) ซึ่งเป็นวิธีการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสนทนาลักษณะมีเป้าหมายที่จะเจาะระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ ข้อมูล (Booth & Boot, 1994) โดยใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended Question) ที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (Guided Question) เพื่อเน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีตะล่อมกล่อมเกล่า (Probing Techniques) ขอให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวประสบการณ์ หรือปรากฏการณ์ซึ่งข้อความรู้ดังกล่าวไม่สามารถได้มาด้วยการทดลองหรือจากแบบสอบถาม (นิศา ชูโต, 2548)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนมากการวิเคราะห์จะไม่เกี่ยวข้องกับตัวเลขหรือจำนวน จะมีบ้างเพื่อเสริมความหนักแน่นเพื่อเป็นหลักฐานประกอบข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำต่อเนื่องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด การวิเคราะห์ข้อมูลก็จะสิ้นสุดด้วย การวิจัยครั้งนี้ใช้ทักษะกระบวนการจัดระบบความคิด (Conceptualization) การตีความ (Interpretation) และจินตนาการ (Imagination) วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งตามมุมมองของคนใน (Emit) ภายใต้รูปแบบ

ของวิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายข้างต้น ประกอบกับการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลเทียบเคียงกับองค์ความรู้ ทฤษฎี และบริบทซึ่งเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาด้านความเป็นจริง (Pragmatical content analysis) และวิเคราะห์เนื้อหาด้านความหมายของคำพูด (Semantical content analysis) โดยประมวลข้อค้นพบทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้วยตนเองมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวอย่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ตามทฤษฎีพื้นฐานของ Strauss and Corbin (Strauss & Corbin, 1988) ได้แก่

“จะเป็น วิโอพี หรือไม่ วิโอพี ประชาชนไหนไหนขอให้ อยู่ในอาณาเขตไทยร้องขอมาและเมื่อประเมินแล้วว่าต้อง ช่วยชีวิตด่วน เราช่วยหมด”

ชาตรี เจริญชีวกุล. (7 มีนาคม 2554). สัมภาษณ์. เลขาธิการ. สพล.

“แพทย์หลวงตามเสด็จ สมเด็จพระเทพมีอาการหัวใจกำเริบเฉียบพลัน สมเด็จพระเทพทรงให้ใช้ ฮ.ตามเสด็จ นำส่งโรงพยาบาล และช่วยชีวิตได้ทัน คำถามมีว่า ถ้าหากเป็นบุคคลธรรมดาจะจะมีโอกาสรอดด้วยวิธีนี้ไหม”

อัจฉริยะ แพงมา (25 กุมภาพันธ์ 2554). สัมภาษณ์. รองผู้อำนวยการ. สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สพล.

“เราใช้ MOU สำหรับเป็นเครื่องมือเจรจาเชื่อมประสาน ขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีทรัพยากร แสดงเจตจำนงร่วมมือเป็นภาคีในปฏิบัติการลำเลียงทางอากาศ”

ชาตรี เจริญชีวกุล. (28 กรกฎาคม 2553). สัมภาษณ์. เลขาธิการ. สพล.

“Doctor Heli เป็นอากาศยานพยาบาลญี่ปุ่นที่เราได้ไปดูระบบต้นแบบ ส่วนการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย เรียกว่า Sky Doctor ในอนาคตจะเป็นอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐที่ให้บริการประชาชนชาวไทยทุกระดับชั้น”

อัจฉริยะ แพงมา (16 กรกฎาคม 2553). สัมภาษณ์. รองผู้อำนวยการ. สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สพล.

“คิดเรื่อง จุดคุ้มทุน ถ้าผมบินได้อาทิตย์ละ 3-5 flights ก็คุ้มทุนแล้ว นอกนั้นก็กำไรแล้วทำไมจะแบ่งส่วนกำไรบริการคืนให้กับสังคมโดยให้ความร่วมมือเป็นภาคีกับ สพล. ไม่ได้หละ”

สุทัสพันธ์ ขจรบุญ (26 กุมภาพันธ์ 2554). สัมภาษณ์. ผู้อำนวยการ. ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน

“คุณว่าประชาชนที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นความมั่นคงของประเทศไหมหละ และหากสังคมมีคนเจ็บคนป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตหากไม่มีระบบการนำส่งฉุกเฉินรองรับแล้ว จะทำให้เขาเกิดทุพพลภาพหรือพิการตลอดชีวิตได้ ถามสิว่าใครจะต้องมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบกลุ่มคนพิการเหล่านี้ไปจนตาย”

ชาติรี เจริญชีวกุล. (28 กรกฎาคม 2553). สัมภาษณ์.
เลขาธิการ. สพล.

“เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉิน หรือได้รับการรักษาเฉพาะอย่างทันทีทั่วถึง และเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัตินี้คือหัวใจของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน คำที่ว่า ทั่วถึง เท่าเทียม สองคำๆ นี้แหละเมื่อมาตีความแล้ว จึงเกิดนโยบายการลำเลียงทางอากาศ”

สมชาย กาญจนสูตร. (28 มกราคม 2554). สัมภาษณ์. ผู้อำนวยการ. ศูนย์กู้ชีพเรนทรราชวิถี.

“การใช้อากาศยานพยาบาล มีประโยชน์ในแง่ที่สร้างโอกาสทางรอดของชีวิตแก่ผู้ป่วยวิกฤตเพราะทุก ๆ วินาทีของผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นนาทีทองเกี่ยวกับความเป็นความตายทีเดียว”

ณญาดา ลิ้มพุทธอักษร. (26 มกราคม 2554). ผู้จัดการ. งานจัดระบบปฏิบัติ สพล.

“ต้องใช้วิธีการประกอบร่างเหมือนหุ่นยนต์ เพราะเราไม่ได้รวยเหมือนญี่ปุ่น คือ เรา ขอ ฮ.มา แล้วเอามือเอาเครื่องมือมาประกอบร่าง นี่แหละเป็นรูปแบบการทำงานเป็นภาคีที่มีทีเดียวในโลก”

ชาติรี เจริญชีวกุล. (28 กรกฎาคม 2553). สัมภาษณ์.
เลขาธิการ. สพล.

“หากต้องการเคลื่อนย้ายทีละมาก ๆ เป็น Mass casualty ศักยภาพแบบนี้ ทางกองทัพจะทำได้ดีกว่าภาคอื่น”

ดุลย์ ดำรงค์ศักดิ์. (28 กรกฎาคม 2553). สัมภาษณ์.
ผู้อำนวยการ. รพ.สมิติเวชศรีนครินทร์

“หากมีสตางค์ มีทุนสูง แนวคิดการว่าจ้างเครื่องบิน นักบิน อุปกรณ์ต่าง ๆ ผมว่าดีกว่าเยอะไม่ต้องเสียเวลามา Maintenance เหมือนกับบทเรียนเรื่อง รถ Ambulance ที่ได้ซื้อเองไว้ใช้ก่อนหน้านี้”

สมชาย กาญจนสูตร. (28 มกราคม 2554). สัมภาษณ์. ผู้อำนวยการ. ศูนย์กู้ชีพเรนทรราชวิถี.

“เราเป็นตัวประสานให้เกิดภาคีความร่วมมือ คือ เราเป็นเจ้าของภาพให้เขาเป็นเจ้าของมือ ประชาชนทั้งหลายต่างก็ได้ประโยชน์ในการให้บริการนี้”

ชาติรี เจริญชีวกุล. (26 มกราคม 2554). สัมภาษณ์.
เลขาธิการ. สพล.

“ผมถือว่าเป็นหน้าที่ของทหาร ต้องสนับสนุนร่วมมือให้เกิดการอยู่ดี กินดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในประเทศ การให้บริการอากาศยานพยาบาล ต้องเกิดควบคู่กันไปกับระบบสาธารณสุขไทย”

ธีระภาพ เสนะวงษ์ (15กรกฎาคม2553). สัมภาษณ์.
ผู้อำนวยการ. สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้แทนภาคีพบว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นองค์กรที่เกิดจากผลของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๑ เป็นผู้ริเริ่มคิดใช้การทำสัญญาบันทึกความเข้าใจในการเจรจาประสานขอความร่วมมือให้ภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมเป็นภาคีเพื่อให้บริการอากาศยานพยาบาล โดยในช่วงแรกจะกำหนดปัญหาต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้อากาศยานในผู้ป่วยวิกฤตโดยการเคลื่อนย้ายทางอากาศ เสนอให้เป็นวาระแก่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพล.) เรียกประชุมขอมติเห็นชอบโดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งนั่งเป็นประธาน กพล. รับรอง เพื่อนำโครงการดังกล่าวกำหนดเป็นนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย หลังจากมีนโยบายหรือแผนปฏิบัติการด้านการให้บริการอากาศยานพยาบาลแล้ว สพล. จึงได้ริเริ่มสร้างรูปแบบในการให้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งคณะทำงานของ สพล. ได้ระดมสมองประชุมแนวคิดหาเครื่องมือในการสร้างภาคีจากองค์กรที่มีอากาศยานและหาต้นแบบการให้บริการสำหรับแม่แบบที่ทาง สพล. ได้ทดลองปฏิบัติจะใช้กรอบบันทึกข้อตกลง (Memorandum Of Agreement) เป็นหลักช่วยประสานการเรียกใช้อากาศยานพยาบาลจากหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมเป็นภาคีการศึกษา ยังพบว่าผลจากการทำบันทึกสัญญาข้อตกลงภาคีที่แสดงเจตนาให้ความร่วมมือจะมีเครื่องบินเปล่าๆ พร้อมนักบินให้ โดย สพล. ต้องประสานหาทีมแพทย์และพยาบาลกับเครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะที่สามารถนำไปใช้บนอากาศยานเอง ลักษณะนี้เรียกว่าอากาศยานประเภท ประกอบร่าง ยกเว้นอากาศยานพยาบาลเต็มรูป ที่ใช้อากาศยานปีกหมุนรุ่น EC-145 จากศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพที่มาร่วมมือปฏิบัติการกิจ มาพร้อมทีมแพทย์และพยาบาลและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ติดตั้งไว้ตลอดพร้อมใช้งานเนื่องจากใช้ในวัตถุประสงค์ของการให้บริการอากาศยานพยาบาลในเครือของโรงพยาบาล (รพ.) อยู่แล้ว ส่วนรูปแบบสุดท้าย คือ อากาศยานปีกตรึงใช้ในกรณีที่ต้องการมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นจำนวนมากๆ

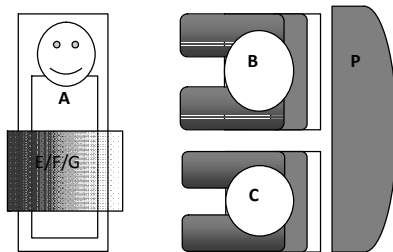
อภิปรายผลการศึกษา

การก่อตัวของปัญหาด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เฉพาะพื้นที่พิเศษที่พาหนะปกติไม่สามารถเข้าถึง ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ดังกล่าวมีความต้องการ (Need) กอปรกับความไม่พอใจ (Dissatisfaction) ที่ทราบว่าการให้บริการอากาศยานพยาบาลเฉพาะบุคคลสำคัญหรือกับผู้ที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ส่งผลให้มีการแสวงหาแนวทางแก้ไข ซึ่งการแสวงหาแนวทางนี้มีผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายทราบ (Peter, 1986; Anderson, 1984) และมองเห็นความสำคัญของปัญหาและต้องการพัฒนาระบบการแพทย์

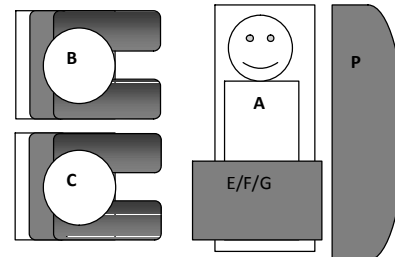
ฉุกเฉินในประเทศไทยให้สนองตอบประชาชนได้อย่างทั่วถึง ทำให้เกิดขึ้นตอนการยกสถานะของปัญหาเป็นปัญหาเชิงนโยบาย (Cobb & Ross, 1976) กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายการใช้อากาศยานพยาบาลคือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดนโยบายขึ้นภายใต้ตัวแบบ ทฤษฎีระบบ (System model) ซึ่งเริ่มต้นจากปัจจัยนำเข้า คือ ความต้องการและการสนับสนุนจากภาคีต่างๆ ที่จะถูกแปรสภาพโดยกระบวนการภายในระบบการเมืองของสถาบันจนกลายเป็นปัจจัยนำออกที่เรียกว่าการตัดสินใจเลือกหรือนโยบายประเด็นด้านรูปแบบของการให้บริการอากาศยานพยาบาลในบริบทของประเทศไทยจากผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือที่ใช้เจรจาทำให้เกิดภาคีความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่มีเจตจำนงให้อากาศยานยืมใช้ เพื่อปฏิบัติการกิจเคลื่อนย้ายทางอากาศ คือ MOU ทำให้ สพล. ได้อากาศยานเป็นแนวร่วมปฏิบัติการกว่า 101 ลำ จากการเซ็นสัญญาร่วมเป็นภาคีและเครื่องมือนี้ยังขยายผลให้สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศซึ่งมีความเชี่ยวชาญ

ด้านการสอนทักษะเวชศาสตร์การบิน ตอบรับความร่วมมือ เปิดอบรมปฏิบัติการสอนเพื่อผลิตบุคลากรให้สามารถทำงานบนอากาศยานพยาบาลได้ให้บุคลากรทางแพทย์และพยาบาลในภาคีของ สพล. สำหรับเครื่องมือยืมใช้ที่ใช้อากาศยานพยาบาลระยะแรกต้องประยุกต์ของที่มีใช้จากห้องฉุกเฉินของ รพ. ต้นทาง เป็นลักษณะยืมใช้เฉพาะกรณี ซึ่ง รพ. ต้นทางต้องเป็นผู้รับเรื่องจัดหาและทำคำร้องขอใช้บริการ สกายด็อกเตอร์ ในเบื้องต้นยกเว้นอากาศยานพยาบาล ประเภท EC-145 ซึ่งมีทุกอย่างติดตั้งถาวรพร้อมใช้งาน ส่วนหลักการขอใช้บริการเบื้องต้น ต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ต้นทางว่าอยู่ในเงื่อนไขของอาการที่ฉุกเฉินขั้นวิกฤติต้องรับนำส่งไปยัง รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่าทั้งผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รูปข้างล่างแสดงถึงรูปแบบต่างๆ ของอากาศยานพยาบาลไทยที่เป็นภาคีกับ สพล. ซึ่งรูปที่ 1-3 เป็นอากาศยานพยาบาลปีกหมุน ส่วนรูปที่ 4 เป็นอากาศยานปีกตรึงขนาดใหญ่ที่ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวนมาก

ลักษณะภายในของ Huey and Bell (อากาศยานประกอบร่าง)

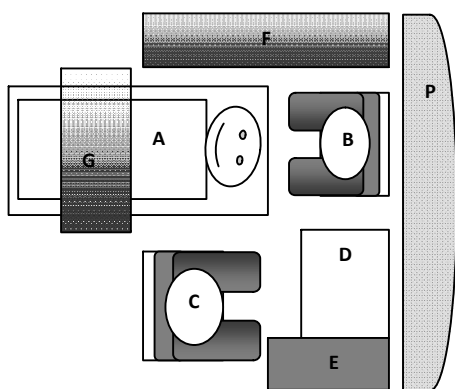


รูปแบบที่ 1



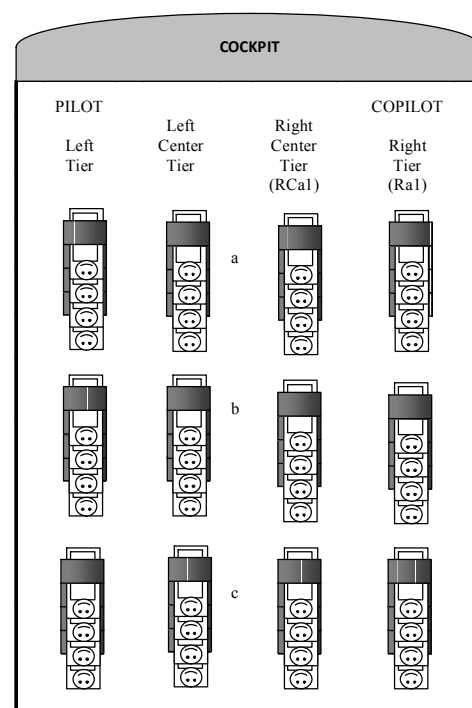
รูปแบบที่ 2

ลักษณะภายใน EC - 145 (อากาศยานเต็มรูป)



รูปแบบที่ 3

ลักษณะภายใน C - 130 (อากาศยานปีกตรึง)



รูปแบบที่ 4 (ภาพขาว)

อธิบาย สัญลักษณ์ :

- A แทนผู้ป่วยบนเปล
- B แทนแพทย์ผู้ดูแลด้านสัญญาณชีพ
- C แทนพยาบาลให้การช่วยเหลือ B
- D แทนตู้เก็บอุปกรณ์
- E/F/G แทนเครื่องมือและอุปกรณ์ยังชีพ
- P แทนผู้ควบคุมอากาศยานพยาบาล
- a/b/c แทน อักษรกำกับแถว

ภาพแสดง 4 รูปแบบของอากาศยานพยาบาลไทย

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบภาคีความร่วมมือในการให้บริการอากาศยาน พยาบาลไทยมีลักษณะเป็นทวิภาคี (Bilateralness) กล่าวคือต้องกระทำของภาครัฐซึ่งไม่หวังผลกำไรได้เจรจาทำหนังสือสัญญากับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอากาศยานในบริบทของการขอยืมใช้ทรัพยากรร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชน สพล. ในฐานะองค์กรที่มีอำนาจเต็มจากราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช ๒๕๕๑ รับผิดชอบสำคัญคือเป็นศูนย์ประสานงานหลักในการวางรูปแบบและบริหารจัดการระบบบริการอากาศยานพยาบาลใน 4 รูปแบบ คือ อากาศยานประกอบร่าง (รูปแบบ 1 และ 2) อากาศยาน เต็มรูป (รูปแบบ 3) และอากาศยานปีกตรึง (รูปแบบ 4) ปฏิบัติภารกิจภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนผ่านกรอบ MOU ซึ่งเป็นบันทึกความเข้าใจที่ทุกฝ่ายให้การยอมรับพร้อมประกาศเจตนารมณ์ในหนังสือสัญญายินยอมให้ สพล. ประสานการขอใช้ทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว แก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เกาะ พื้นที่ประสบภัยและพื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติเกิดจุดเปลี่ยนในวงการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยุคใหม่และ สพล. ยังทำหน้าที่เป็นองค์กรแห่งการสร้างความเชื่อมโยง ส่งเสริมและรวบรวมองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์การบินสู่ภาคพลเรือนและด้านระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของไทยในทุกมิติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยแรงสนับสนุนและกำลังใจจาก รองศาสตราจารย์นาวาอากาศเอกยุทธนา ตระหง่าน รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ไทยอารี รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์สายพิน เกษมกิจวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสมือนเป็นผู้ร่วมทำวิจัย โดยเฉพาะ เรืออากาศเอกนายแพทย์อัษฎริยะ แสงมา รองผู้อำนวยการพัฒนาทรัพยากรบุคคล สพล. ที่แนะนำให้ข้อมูลในทุกกระบวนการตั้งแต่กำเนิดรูปแบบแนวคิด ของ Sky Doctor จนถึงการนำไปใช้ในปฏิบัติการจริงและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยร่วมเข้าสังเกตการณ์จริงในการฝึกอบรมในเวทีต่างๆ แม้กระทั่งภาคการปฏิบัติการจริงในพื้นที่ภัยพิบัติน้ำท่วมภาคใต้ มีนาคม 2554 ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาติเรณูชีวิตกุล เลขาธิการ สพล. ที่ให้กำลังใจและขอยกย่องในความพยายามของท่านที่กล้าพลิกประวัติศาสตร์สร้างมิติแห่งความเปลี่ยนแปลงที่สัมผัสได้ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย นำร่องนโยบายอากาศยานพยาบาลให้บริการประชาชนจนเป็นผลสำเร็จแม้ต้องเผชิญข้อต่อต้านนานาประการสานฝันแนวคิดการวิจัยอากาศยานพยาบาลไทยจากหน้ากระดานสู่ความจริงมอบให้ประชาชนชาวไทยทั่วประเทศเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมและผู้อุปการะท่านอื่นๆ เช่น คุณณณดา ลิ้มพุทธอักษร

ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการ สพล. ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและประสานการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทั้งหลาย คุณไพศาล ก้อนจำปา ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการ บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเซอร์กิต (Sky ICU) ที่สาธิตแสดงปรากฏการณ์จริงในการขอและอนุมัติใช้อากาศยาน EC-145 ผ่านระบบดิจิทัลไลฟ์ คุณกฤษณา เสมอเชื้อ Flight Nurse ผู้ให้ข้อมูลสถิติและพาเยี่ยมชมฐานปฏิบัติการศูนย์ SKY ICU นายแพทย์สุระ เจตน์วาทิ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.กรุงเทพที่ได้กรุณาเล่ารายละเอียด กำเนิด Dr.Heli พร้อมแสดงวิทัศน์ตัวอย่างปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์จริงของจังหวัดชิลิประเทศญี่ปุ่นซึ่งถ่ายเก็บไว้ครั้งไปฝึกดูงานทำให้ทราบรูปแบบอากาศยานพยาบาลของญี่ปุ่น และสมาชิกครอบครัวทุกคนที่เข้าในงานดูงานนิพนธ์ที่ต้องใช้เวลานานร่วม 6 ปี จึงเห็นผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

กิกก้อง คูสมิธ. (2541). *ประสิทธิผลของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการให้บริการสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการนภาแพทย์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

นิศา ชูโต. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯ พรินต.

บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัดมหาชน. (2552). รายงานประจำปี 2552 บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน): รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ, สถาบันรับรองมาตรฐานการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศแห่งยุโรป (EURIMI Accreditation). ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก http://bgh.listedcompany.com/misc/ar/ar2009_th.pdf

ประกันภัยไทยวิวัฒน์. (2552). ธุรกิจประกันภัย: โอชียุ ลอยฟ้าหัวหอกดูดลูกค้าใหม่สามพันราย. ค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2553, จาก http://www.srikrungbroker.co.th/news_detail.php?id=363

ประกันภัยไทยวิวัฒน์. (2552). ธุรกิจประกันภัย: พันธมิตรธุรกิจบริหารเฮลิคอปเตอร์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน. ค้นเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2553, จาก http://www.thaivivat.co.th/products_partner.php

มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2552). สพล. เล็งใช้เฮลิคอปเตอร์รับ-ส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินป้องกันพิการ. ค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2554, จาก <http://www.tddf.or.th/tddf/newsroom/detail.php?id=0005307>.

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2512). ประวัติความเป็นมาหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.pmmv.or.th/LinkContextAnnal.html>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553). คู่มือแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.2553-2555. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.emit.go.th/upload/file/20110131070643.pdf>

สำนักวิชาการสาธารณสุข. (2551). สรุปผลการสัมมนาโต๊ะกลมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน, 7 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมโฟร์ซีซั่น กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินต้น ฮ.กู้ชีพยกระดับการแพทย์ฉุกเฉิน. (2553, 27 มีนาคม). ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2553, จาก <http://www.thairath.co.th/content/edu/73122>.

สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ. (ม.ป.ป.). *คู่มือการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล*. โครงการตำราประกอบการสอนคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์.

อารีวรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Anderson, J.E. (1984). *Public Policy-Making*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Bisciglia, JM., Binder, C., Tortella, BJ., & Lavery, RF. (1998). Think before you act: a national survey of interhospital transfer policies and practices. *Air Med Journal*, 17(4), 157-9.

Booth, T., & Booth, W. (1994). The use of in-depth interviewing with vulnerable subject. *Social Science and Medicine*, 39, 415-424.

Cobin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research, Qualitative Sociology.

Cobb, R., Ross, J.K., & Ross, M.A. (1976). Agenda Building as a Comparative Political Process, *American Political Science Review*.

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2010). International Disaster Database: Top 10 Natural Disasters in Thailand sorted by number of killed, period 1900 to 2010. Retrieved October 28, 2010, from <http://www.emdat.be/result-country-profile>.

Deschamp, Clyde. (1998). Hospital-based Air Medical Programs: Surviving Managed Care, *AirMed* (Jul-Aug 1998), 230.

Edward N. Brandt. (1985). Designing a National Disaster Medical System. *Public Health Reports*, 100(5), 455-461.

European Aero Medical Institute. (2008). List of Accredited Providers from European Air Medical Institute. Retrieved October 28, 2010, from <http://www.swissaeromed.com/euramiweb/content/accredited-providers>.

Hemming, R. (2006). *Public-private partnerships government guarantees and fiscal risk*. Washington D.C.: International Monetary Fund.

Hata, N., Kobayashi, N., Imaizumi, T., Yokoyama, S., Shinada, T., Tanabe, J., et al. (2006). Use of an air ambulance system improves time to treatment of patients with acute myocardial infarction. *Internal Medicine Journal*, 45(2), 45-50. Retrieved October 21, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1684738>.

Ingrid M, Nembhard., Anita L, Tucker., Jeffrey D, Horbar., & Joseph H, Carpenter.(2007). Improving Patient Outcomes: The Effects of Staff Participation and Collaboration in Healthcare Delivery. Retrieved February 19, 2011, from <http://www.hbswk.hbs.edu/item/5738.html>

International SOS. (2004). Evacuates Victims of Tidal Waves Disaster from Phuket to Singapore. Retrieved November 11, 2010, from http://www.international-sos.com/en/pressreleases_evacuatevictims.htm.

International SOS. (2005). Launches North Sumatra Relief Fund. Retrieved November 11, 2010, from http://www.internationalsos.com/en/pressreleases_sumatrarelief.htm

- Jan A, Addy. (1996). Issues of access: What is going on in health care? *Nursing Economic*, Sept-Oct. Retrieved October 31, 2010, from http://www.findarticle.com/p/articles/mi_m0FSW/is_n5_v14/ai_n18607071/
- Kemmis, S., & Metaggart, R. (1988). *The Action Research Reader*. Gelong: Deakin University Press.
- Kuzel, A.J. (1992). *Sampling in qualitative inquiry*. In: B.F.Crabtree. and W.L.Miller. (Eds.), *Doing qualitative research*. Newbury Park Sage, CA.
- La Puma J., & Baskus, M. (1998). When an indigent patient needs a helicopter: a case report and an accepted institutional policy. *Journal of Emergency Medicine*, 6(2), 147-9.
- Mann, C., Parkinson, N., & Bleetman, A. (2007). Endotracheal tube and laryngeal mask airway cuff volume changes with altitude: a rule of thumb for aeromedical transport. *Emergency Medicine Journal*, 24(3), 165-7. Retrieved October 21, 2010. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1684738>.
- Maykut,P.,& Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. London: Falmer.
- Morse, J. M. (2001). Determining Sample size. *Qualitative Health Research* 2000, 10(1), 3-5.
- Moustakas C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Nancy Shehaden. (2010). The Ever Evolving Concept of a New Public Health: Book Review. *Californian Journal of Health Promotion*, 8(1), 82-87.
- Oliver Slevin. (November, 2004). A dynamic model for Public Private Partnership (PPP) working in healthcare. Retrieved on December 10, 2010, from <http://www.hrdguu.com/reports/tanzania%20report.pdf>
- Patton Michael Quinn. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage
- Peters, B.G. (1986). *American Public Policy: Promise and Performance*. London: MacMillan Education Ltd.
- Ross and William. (1995). An analysis of utilization and access from the NHIS: 1984-92. *Healthcare Financing Review*. December 22, 1995. Retrieved October 31, 2010, from <http://www.allbusiness.com/finance/548990-1.html>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1988). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Strauss, A., & Cobin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.
- Tulchinsky, T.H., & Varavikova, E.A. (2009). *The New Public Health* (2nd ed.). London, Elsevier Academic Press.
- The Aerospace (2008, July 28). *Helicopter Emergency Medical Service: Medical Evacuation Helicopter*, 47-51.
- Trost, J. (1986). *Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies*, *Qualitative Sociology*.
- Vos, F., Rodriguez, J., Below, R., & Guha-Sapir, D. (2010). Annual Disaster Statistical Review 2009: The Numbers and Trends. Retrieved Feb 19, 2011, from http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2009.pdf
- William Warren. (1975). Thailand's Healers from the Sky. *Reader's Digest*. February, Retrieved Jan 18, 2011, from <http://www.moomkafae.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=156222&Ntype=1>