

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และความคาดหวัง
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทจังหวัดนครราชสีมา
4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และความคาดหวัง

การรับรู้ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึก ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในใจของบุคคลอันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความหมายของการรับรู้สัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม โดยใช้ประสบการณ์ ความรู้เดิม หรือความเชื่อช่วยแปลความหมายของสิ่งเร้าแล้วสะสมเป็นประสบการณ์ใหม่พร้อมที่จะตอบสนองและมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของคน (เกศินี และ คณะ, 2547)

การรับรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการที่บุคคลนึกคิดหรือเข้าใจความหมายต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึคนึกคิดของตนเอง อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผล ซึ่งพัฒนาไปเป็นเจตคติและเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด ถ้าไม่มีการรับรู้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ และการเรียนรู้ในปัจจุบันมีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ความจำจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร การเรียนรู้ถือว่าเป็นพฤติกรรมเริ่มต้นของบุคคล ดังนั้นการวัดการเรียนรู้จึงต้องวัดจากสิ่งที่บุคคลแสดงออก รวมถึงความรู้สึคนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนมีมากมายหลายประการ (พีระพล, 2541 อังคม เกศินี และ คณะ, 2547) ดังนี้

1. ลักษณะของผู้รับรู้ พบว่าการที่บุคคลจะเลือกรับรู้เรื่องใดก่อนหลัง มากน้อยอย่างไรขึ้นอยู่กับลักษณะผู้รับรู้ ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของผู้รับรู้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพและด้านจิตวิทยา

1.1 ด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ทำให้การรับรู้ต่างกันออกไป และยังพิจารณาอวัยวะรับสัมผัสต่างๆ ปกติหรือไม่ ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพก็ย่อมทำให้การรับรู้ผิดไป เช่น หูตึง สายตาสั้น ยาว เอียง การรับรู้จะทำให้มีคุณภาพดีขึ้นได้ถ้าเราใช้อวัยวะรับสัมผัสหลายชนิดช่วยกัน เช่น ใช้ลิ้นกับจมูกช่วยในการรับรู้รส หรือใช้ตาและหูสัมผัสต่างๆ ในเวลาเดียวกัน ทำให้เราสามารถแปลความหมายได้ถูกต้อง

1.2 ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการ เช่น ความจำ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ตั้งใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ความคาดหวัง ความต้องการ อารมณ์ เจตคติ ฯลฯ โดยมีอิทธิพลจากความรู้หรือประสบการณ์เดิม

2. ลักษณะของสิ่งเร้า คุณสมบัติของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้คนเรากเกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้ของคนเรากลายเคลื่อนไปจากความจริง ได้แก่ ความใกล้ชิดกันของสิ่งเร้า ความคล้ายคลึงกันของสิ่งเร้า ความต่อเนื่องกันของสิ่งเร้า สภาพและพื้นฐานการรับรู้ สิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดการรับรู้ได้นั้นต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่ มีการเคลื่อนไหว มีการเร้าซ้ำบ่อยๆ และสิ่งเร้านั้นแตกต่างจากสิ่งอื่นจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีและรวดเร็ว

จากการศึกษาของเกคินี และ คณะ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า การรับรู้ของชุมชนแบ่งเป็น 2 มิติคือการรู้จักดีและการรู้จักเพียงผิวเผิน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ อาชีพ การเจ็บป่วย การเห็นรถพยาบาล การบอกต่อในชุมชน

ทัศนคติของประชาชนต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สิงคโปร์ เมื่อ 4 ปีที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนสิงคโปร์มีความรู้เรื่องจำนวนรถพยาบาล และข้อบ่งชี้ในการเรียกใช้รถพยาบาล และมีความคาดหวังว่าระยะเวลาในการให้บริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรจะเร็วกว่าหรือใช้เวลาน้อยกว่าการบริการของบุคลากรทางการแพทย์ (paramedics) แต่ขณะเดียวกันประชาชนมีความรู้สึกที่ติดต่อการให้บริการการช่วยฟื้นชีวิตขั้นสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ มากกว่าบริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Ong, Ang, Chan & Yap, 2004) แต่อาจเป็นไปได้ว่าประชาชนในเขตชานเมืองไม่ได้รับรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนของตนเอง (Brown, Prasad & Grimmer, 1994)

ความคาดหวังเป็นแนวคิดหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าตามประสบการณ์ของบุคคลในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตเป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่พึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับหรือประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีที่สุด (Hodnett, 1991)

อรพรรณ (2548) ได้ให้ความหมายความคาดหวังว่า หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการที่คาดว่าจะได้รับการบริการ โดยเป็นการคิดไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเข้ารับบริการ

ความคาดหวัง หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความคาดหวัง หรือสิ่งที่อยู่ในจิตสำนึกของบุคคลเองที่มีผลงานหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะอาจเกิดจากการได้รับความรู้จากการมีประสบการณ์โดยตรง หรือจากการแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างแล้วยึดถือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้น (สิทธิโชค, 2530; สุรางค์, 2524; Murray, 1962 อ้างตาม ปารีชาติ, 2543)

ความคาดหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็น วิจารณ์ญาของบุคคลเกี่ยวกับการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นตามความจำเป็น ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง (ปาริชาติ, 2543)

ความคาดหวัง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ที่คาดว่าจะได้รับการบริการ โดยเป็นการคิดล่วงหน้าก่อนที่จะเข้ารับบริการ (ขวัญใจ, 2547)

ดังนั้นความคาดหวังอาจเกิดจากการที่บุคคลนั้นยึดถือขึ้นเองในจิตใจ หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้ แนวทางการปฏิบัติโดยตรง ความคาดหวังจึงเป็นระบบที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติ

ความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อมีการติดต่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉินจากเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ ผู้ขอความช่วยเหลือคาดหวังว่าน่าจะได้รับข้อมูลหรือวิธีการดูแล การจัดการขั้นตอนในเรื่องการแก้ไข การนำส่งผู้ป่วย (ร้อยละ 88) การแก้ไขการหยุดหายใจ (ร้อยละ 87) การห้ามเลือดระหว่างที่รอการช่วยเหลือ (ร้อยละ 89) ขณะที่รับบริการผู้รับบริการคาดหวังว่าระยะเวลาที่รอคอยไม่ควรเกิน 30 นาที และระยะเวลาการให้คำแนะนำไม่ควรเกิน 20 นาที ตามลำดับ (Billittier, Lerner, Tucker & Lee, 2000) และในภาวะการณ์ตรวจที่เร่งรีบผู้รับบริการเต็มใจที่จะให้แพทย์หรือแพทย์ฝึกหัดตรวจมากกว่าให้นักศึกษาเป็นผู้ตรวจ นอกจากนี้ผู้รับบริการคาดหวังว่าขณะที่แพทย์ทำการตรวจอยากให้ญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วย ส่วนการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยในการตรวจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ แต่การปรึกษาโดยผ่านทางโทรศัพท์เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อมั่นในตัวแพทย์ที่ทำการรักษา (Qidwai, Ali, Baqir & Ayub, 2005) และลักษณะการบริการ ประเภทของการบริการควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (Dominguez, Gupehup & Benson, 2000) ความคาดหวังของผู้รับบริการยังครอบคลุมไปถึงความพร้อมเชิงโครงสร้างของระบบบริการด้วยคือการมีตู้โทรศัพท์ที่จะขอความช่วยเหลือหรือระบบการตอบรับจากหน่วยที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ (Bailev, Scott & Brown, 2003)

ความคาดหวังของรัฐบาลไทยในโครงการต้นแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 7 จังหวัดนำร่อง คือ การใช้งบประมาณที่จัดสรรสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยทีมงานที่มีความรู้ความสามารถ การดูแลให้การปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง ที่รวดเร็ว เหมาะสม ตามหลักวิชาการ และนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอันตรายและความพิการจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องก่อนการนำส่ง การนำส่งโรงพยาบาลเข้าเงินไป รวมถึงการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย

(สมบุรณ์, 2546) ความพึงพอใจในการบริการ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพซึ่งรวมถึงบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดขึ้นเนื่องจากผู้รับบริการได้รับการตอบสนองด้านการบริการตรงตามความต้องการหรือความคาดหวังที่ผู้รับบริการคิดไว้ โรงพยาบาลหรือองค์กรที่มุ่งเน้นที่จะสร้างความพึงพอใจในการบริการให้กับผู้รับบริการควรมีความเข้าใจ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ สามารถสนองตอบต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนร่วมขององค์กรได้อย่างสมดุล มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการให้บุคคลในองค์กรทราบอย่างทั่วถึง (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2546)

การวัดความคาดหวัง เนื่องจากความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตอย่างหนึ่งของบุคคลซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็น วิจารณ์ญาณเกี่ยวกับการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าควรมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็นขึ้นตามความจำเป็น ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ดังนั้นการวัดความคาดหวังก็คือการวัดความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่งว่าควรมี ควรจะเป็น หรือควรจะเป็น (ปาริชาติ, 2543)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services : EMS) หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล และการป้องกันให้แก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหาหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้ายและนำส่งมอบต่อสถานพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่สถานพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นภาวะฉุกเฉิน (วิภาดา, 2550; สุรเชษฐ์, 2550) เป็นการจัดการให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ให้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติโดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรเป็นความรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบ

ที่ค้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญมากในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน การนำผู้ป่วยเหล่านี้มาถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามหลักวิชาการจะช่วยลดอัตราการตายและพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ (อนุรักษ์ และ คณะ, 2548) ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการตาย การพิการ การทุพภักดิ์และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการได้รับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ผิดวิธี และการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ การควบคุมทางการแพทย์ การจัดหน่วยบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่จัดแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในเมือง นอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังไม่อาจประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลเอกชน อาสาสมัคร ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสร้างเครือข่ายที่กว้างขวาง ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนที่อยู่ห่างไกลซึ่งมักเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับบริการมากที่สุด แต่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้บริการได้น้อยมาก (อนุรักษ์ และ คณะ, 2548) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดนราธิวาส หากไม่สามารถสร้างเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนได้ การให้บริการที่ครอบคลุมพื้นที่ และการเข้าถึงบริการของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่เสี่ยงภัยจะเกิดขึ้นได้ยาก

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532 ที่โรงพยาบาลราชวิถี และได้บรรจุการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้เริ่มจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ. 2536 มีความครอบคลุมถึงการให้การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ต่อมากรุงเทพมหานครโดยโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนธันวาคม 2537 ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่างๆ กรมการแพทย์ได้เปิดศูนย์กู้ชีพเรนทรอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาลราชวิถี และ

ต่อมากรมการแพทย์ได้พัฒนาความร่วมมือกับกรุงเทพมหานครในการขยายพื้นที่การให้บริการ มีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้บรรจุแผนอุบัติเหตุและสาธารณสุข ให้จัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้นแผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 90 แห่ง ได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มีระบบอย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาเพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่ และให้แล้วเสร็จขั้นต้นในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ และในปี พ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบตามแผนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร เสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน โดยมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์นเรนทรเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ปัจจุบันศูนย์นเรนทร โดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งได้ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลจัดตั้งหน่วยกู้ชีพในเขตปกครองเพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่ท้องถิ่นดูแลโดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สุรเชษฐ, 2550)

นโยบายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและความทุพพลภาพอันไม่สมควรอันอาจเกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า วิธีการดูแลรักษาและเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ระบบการรับแจ้งเหตุ การรักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย การให้ความรู้และความร่วมมือจากประชาชนในด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความสนใจในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้สามารถจัดหน่วยบริการเข้าไปดูแลรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายดำเนินการ ดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1. ให้สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง ชนบท และพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการระบบรับแจ้งเหตุโดยใช้หมายเลข 1669 และการให้บริการในพื้นที่ทุรกันดาร โดยการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ควบคุมงบประมาณ และการเบิกจ่ายของหน่วยบริการทั่วประเทศในสังกัดต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

2. ให้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด จัดหาหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการ ควบคุมการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการภายในจังหวัด

3. ให้หน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยร่วมมือและเข้าเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน

4. ให้ใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ

ทั้งนี้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องพร้อมให้บริการทั่วประเทศในระยะเวลาก่อนเทศกาลปีใหม่ 2548 และให้พัฒนาเข้าสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศภายในปี 2548

เพื่อให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดประสิทธิภาพโดยที่ประชาชนสามารถเรียกขอความช่วยเหลือได้รวดเร็วทันการ มีข้อมูลชัดเจน การจัดหน่วยบริการเข้าให้การช่วยเหลือ

เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและตั้งการทุกจังหวัดตามศักยภาพ ในเบื้องต้นได้กำหนดเป็นมาตรฐาน โครงสร้างพื้นฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุ ปัจจุบันได้กำหนดมาตรฐานเพิ่ม ได้แก่ระบบเครือข่ายโทรศัพท์ ระบบวิทยุสำรอง ระบบรับแจ้งเหตุ ระบบแผนที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของจังหวัด ต้องมีความพร้อมเชื่อมโยงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและการบูรณาการการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น ในการจัดการ ได้อย่างมีระบบและยั่งยืน (สุรเชษฐ์, 2550)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพบริการขึ้น เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตรวมถึงลดความพิการจากการเจ็บป่วยด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นโยบายในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

เพื่อให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถดำเนินการพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (ปราชญ์, 2550) ดังนี้

1. จะต้องเร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อกำหนดรูปแบบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมของประเทศไทย เพื่อควบคุมการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ได้มาตรฐานและคุ้มครองการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. จะต้องผลักดันให้มีหมายเลข โทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งควรเป็นหมายเลขโทรศัพท์เบอร์เดียวสำหรับภาวะฉุกเฉินทุกเรื่อง
3. จะต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางทั่วประเทศเพื่อให้ประชาชนรู้จักหมายเลขฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ตลอดจนให้ความรู้แก่ประชาชนให้รู้จักวิธีปฏิบัติตนก่อนหน่วยกู้ชีพไปถึง
4. จะต้องเร่งรัดให้มีการจัดทำแผนหลักแห่งชาติที่กำหนดทิศทางการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเป็นหลักประกันสังคมแก่ประชาชน
5. จะต้องเร่งรัดให้มีระบบการประกันคุณภาพ การให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้การบริการฉุกเฉินมีมาตรฐานเท่าเทียมกันทั้งประเทศ

6. จะต้องมีหลักประกันด้านงบประมาณอย่างยั่งยืน ที่สนับสนุนทั้งการพัฒนา ระบบ และการบริการแก่ประชาชนได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

7. กำหนดระบบการประสานงานอย่างใกล้ชิดและเป็นเอกภาพกับหน่วย ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกหน่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยกู้ภัยและตำรวจ

เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายในการกู้ชีพ/กู้ภัยในพื้นที่ ให้มีการเชื่อมโยงบูรณาการ ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะหากเกิดสาธารณภัยขนาดใหญ่ที่สามารถระดมทีม กู้ภัยได้ทันที และสามารถทำงานภายใต้มาตรฐานระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การยกระดับมาตรฐานความปลอดภัย ทางถนน และยุทธศาสตร์การพัฒนาคมนาคมและสังคมที่มีคุณภาพของรัฐบาล ที่มุ่งลดความสูญเสียของ ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนจากอุบัติเหตุและภัยพิบัติต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อเป็นการ พัฒนาระบบกู้ชีพ/กู้ภัยและเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุและช่วยเหลือผู้ประสบภัย ได้ อย่างถูกวิธีและรวดเร็ว หลายหน่วยงานได้ร่วมมือในการจัดให้มีโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยกู้ชีพ (One Tambon One Search and Rescue Team: OTOS) ขึ้น โดยเป็นการประสานความร่วมมือ ระหว่างกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพ (สสส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สภาอากาศไทย และกระทรวงมหาดไทย ได้ มีนโยบายเร่งรัดให้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อพัฒนาระบบกู้ชีพกู้ภัยและเป็นการเตรียม ความพร้อมในการเผชิญเหตุและช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุก แห่งทั่วประเทศมีทีมกู้ชีพกู้ภัยหรือหน่วยเผชิญเหตุประจำตำบล (สำนักส่งเสริมการป้องกันสาธารณ ภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2549) โดยการสนับสนุน งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม และจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และจัดตั้งทีมกู้ภัยกู้ชีพให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2550 และให้ครบทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี 2551 (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2549)

งบประมาณ

ในปี พ.ศ. 2545 สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนา จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจาก กองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียนจำนวน

เงิน 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่ และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นจะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบโดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและแหล่งเงินทุนต่างๆ ตามความเหมาะสม ในอัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรทั่วประเทศ ซึ่งแต่ละปีจะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ ปีละประมาณ 1,200 ล้านบาท ปี 2546 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ศูนย์เรนทรเป็นผู้รับผิดชอบในการขยายผลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้งบประมาณจากหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า นอกจากนี้ยังบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้งบประมาณด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความสำคัญระดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปีด้วย (สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

แนวทางการใช้จ่ายงบประมาณการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการใช้จ่ายงบประมาณการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่จัดสรรให้จังหวัดสามารถใช้ได้ตามแนวทางที่กำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) ดังนี้

- ใช้เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น
- ใช้จ่ายเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด โดยงบประมาณที่ใช้ในข้อนี้ไม่เกินร้อยละ 50 ของวงเงินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับทั้งหมดต่อปีทั้งนี้เมื่อรวมทั้ง 2 รายการดังกล่าวข้างต้นแล้วไม่เกินวงเงินที่จังหวัดจะได้รับจัดสรรตามสูตรการคำนวณที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ก. ใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ใช้จ่ายตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลและรับส่งผู้ป่วย

ข. ใช้จ่ายเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด

1.1 การพัฒนาองค์กร ระบบและเครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด

1.1.1 การจัดหาบุคลากรช่วยเหลือด้านบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีบุคลากรไม่เพียงพอ

ฝ่ายหอสมุด
คุณหญิงหลง อรรถกระวีสุนทร

1.1.2 การจัดหาครุภัณฑ์ อุปกรณ์สำนักงาน สนับสนุนระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน

1.1.3 การพัฒนาระบบเครือข่ายและการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินตามภูมิศาสตร์ การคมนาคม และความหนาแน่นของประชากรในระดับจังหวัด
ทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและภาคเอกชน

1.1.4 พัฒนาระบบข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด

2. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1 การพัฒนาบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉิน

2.1.1 การพัฒนาบุคลากรในระดับวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทางการ

แพทย์ฉุกเฉินในหลักสูตรฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจากอนุกรรมการฝึกอบรมและสอนสาขาเวช
ศาสตร์ฉุกเฉิน หรือหลักสูตรฝึกอบรมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ได้แก่
แพทย์พยาบาล Paramedic Emergency Medical Technician (EMT)

2.1.2 การพัฒนาอาสาสมัครปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder)

ตามหลักสูตรฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจากอนุกรรมการฝึกอบรมและสอนสาขาเวชศาสตร์
ฉุกเฉินหรือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ ได้แก่ อาสาสมัครปฏิบัติการฉุกเฉิน
เบื้องต้นระดับตำบล อาสาสมัครมูลนิธิที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ
จังหวัด

2.1.3 การจัดทำแนวทางคู่มือ การปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละระดับ

ตั้งแต่แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จนถึงอาสาสมัครปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

2.2 การจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2.1 การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ตามที่กำหนดจากสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติที่ใช้ในระดับอาสาสมัครปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่เข้าร่วมโครงการระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินแต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลัก
เกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.2.2 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในโครงการ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับพื้นฐาน (Basic Level) ระดับกลาง (Intermediate Level) และ
ระดับก้าวหน้า (Advance Level) ในรถส่งต่อผู้ป่วย (Ambulance) โดยใช้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์ที่
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3 พัฒนาระบบสื่อสารและการแจ้งเหตุในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเครือข่ายจังหวัดตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3.1 การทำคู่มือประชาชนให้เข้าใจและสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ง่ายและถูกต้อง

2.3.2 การประชาสัมพันธ์สู่ประชาชนในวงกว้างเพื่อให้เข้าใจและเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ง่ายและถูกต้อง

2.3.3 การพัฒนาระบบสื่อสารและการแจ้งเหตุอื่นใด ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำการแจ้งเหตุ การตั้งการ และการส่งผู้ป่วยเกิดขึ้นด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสมกับพื้นที่และสอดคล้องกับระบบการสื่อสารของส่วนกลางตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. การดำเนินงาน

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางข้อ 1 และ ข้อ 2 นั้นต้องจัดทำเป็นโครงการและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด และส่งโครงการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบ

ในกรณีที่จังหวัด ไม่มีหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน และ รายงานผลการจัดสรรงบประมาณ และการใช้งบประมาณตามแบบฟอร์มให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุก 3 เดือน

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 6 ระยะ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การส่งเสริม หรือจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้ป่วยเอง หรือคนข้างเคียงเป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้าานาทีที่สำคัญคือชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไข

การให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ (paramedics) จากการศึกษาย้อนหลัง ผู้รับบริการจำนวน 5,259 รายที่ใช้บริการรถพยาบาลนำส่งโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ เมืองบัลติมอร์ พบโรคที่เป็นสาเหตุของการใช้บริการฉุกเฉิน 10 อันดับแรกคือ โรคลมชัก การ บาดเจ็บ หอบหืด โรคหัวใจวาย เจ็บหน้าอก เป็นลม หูชั้นกลางอักเสบ ปวดท้อง หัวใจวาย และการ หายใจผิดปกติ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มผู้รับบริการได้ดังนี้ ผู้รับบริการเป็นกลุ่มติดเชื้อมีร้อยละ 32 บาดเจ็บร้อยละ 24 และโรคหัวใจร้อยละ 17 และจากผลการศึกษาครั้งนี้ ให้แนวคิดเรื่องการกำหนด แนวทางการรักษาและการขยายบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไปรับส่ง รับย้าย ผู้รับบริการ ขณะเดียวกันแนวทางการรักษาดังกล่าวต้องมีผลดี หรือเกิดประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง (Bissell & et al, 1999)

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตู ไปสู่ความช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

ประสพการณ์ของการเรียกใช้รถพยาบาลในภาวะเร่งด่วน จากการศึกษาที่ได้หวั่น เรื่องความเหมาะสมในการเรียกใช้รถพยาบาลและความต้องการของชุมชนในการเรียกใช้ รถพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน มีจำนวนการเรียกใช้บริการ 1035 ครั้ง มีเอกสารที่สมบูรณ์ เกี่ยวกับการรับย้าย นำส่งผู้รับบริการจำนวน 572 ชุด และการใช้รถนำส่งที่แผนกฉุกเฉิน 17,703 ครั้ง พบว่า ปริมาณการเรียกใช้รถพยาบาล เท่ากับ 0.32 ครั้งต่อประชากร 10,000 คน โดยที่ 1 ใน 3 ไม่มีการนำส่งผู้รับบริการเกิดขึ้น ลักษณะผู้รับบริการที่นำส่ง ส่วนใหญ่เป็นผู้บาดเจ็บ (ร้อยละ 62) และผู้รับบริการที่นำส่งร้อยละ 30 ไม่ต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานจากบุคลากรทางการแพทย์ ฉุกเฉิน ในทางกลับกันผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรงและเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ไม่ได้รับย้ายหรือนำส่งโดยรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยอธิบายไว้ว่า ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ไม่กล้าให้ความช่วยเหลือโดยตรง เพราะเป็นกังวลเรื่องการเมืองมีส่วน เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ นั้น ขณะเดียวกัน ไม่ได้รับการฝึกการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ทำให้รีบเรียกรถพยาบาลทันที และหากมีการให้ความรู้ในการช่วยเหลือดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการอาจได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมมากขึ้น (Chen, Bullard & Liaw, 1996).

สำหรับการเรียกใช้บริการและการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเมือง และชนบทอาจมีความแตกต่างกัน เช่น ในประเทศไต้หวัน พบว่า ในเขตเมืองมีปริมาณการ เรียกใช้บริการและจำนวนที่ไม่จำเป็นต้องใช้รถพยาบาลบริการนำส่งสูงกว่าเขตชนบท ($p < .01$) และการดูแลในขณะนำส่งโดยบุคลากรทางการแพทย์ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ($p < .01$) แต่จำนวน

การเรียกใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง ($p < 0.01$) (Huang, Chen, Ma, Lai, Lin & Lee, 2001) ส่วนการเรียกใช้รถขึ้นกับลักษณะการจัดรูปแบบบริการซึ่งมีหลายรูปแบบได้แก่ hospital-based model, municipal, private, volunteer, and complex (VanRooven, 2002) แต่อย่างไรก็ตาม จุดประสงค์ดั้งเดิมของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือการให้บริการครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการทุกประเภท (entire spectrum of care) ณ จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งการได้รับการดูแลในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ค่าใช้จ่ายของการบริการอาจเพิ่มขึ้นแต่สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ คำว่าจุดเกิดเหตุอาจเป็นได้ทั้งเหตุจากอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ (Kobusingve, Hyder, Bishai, Hicks, Mock, & Joshipura, 2005)

จากการศึกษาลักษณะการติดต่อเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากกลุ่มผู้ป่วยปัญหาระบบหลอดเลือดสมองจำนวน 104 ราย ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 2 เมืองจากมลรัฐนอร์ทคาโรไลน่า (Rosamond, Evenson, Schroeder, Morris, Johnson & Brice, 2005) พบว่า ผู้โทรติดต่อขอใช้บริการเป็นเจ้าหน้าที่บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 44 สมาชิกของครอบครัว ร้อยละ 38 ผู้พบเห็นเหตุการณ์ ร้อยละ 8 ตัวผู้รับบริการ ร้อยละ 6 และบุคลากรจากอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 3 อาการที่ผู้โทรติดต่อขอความช่วยเหลือแทนที่จะระบุว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง กลับเป็นการระบุกลุ่มอาการต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ร้อยละ 40 มีปัญหาในการเดิน ร้อยละ 32 มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด ร้อยละ 27 และหายใจลำบาก ร้อยละ 27 และเวลาที่เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินใช้ ณ จุดเกิดเหตุโดยเฉลี่ย 20 นาที

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ หน่วยบริการระดับพื้นฐานเป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จะต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

จากการศึกษาของบราวน์ โอเวน มาร์ช และอาชิโน (Brown, Owens, March & Archino, 1996) ศึกษาจำนวนเจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่อเวลาที่ใช้ในจุดเกิดเหตุและลักษณะและจำนวนหัตถการแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ในการช่วยเหลือผู้ป่วย 2 กลุ่มที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคลมชักและกลุ่มเจ็บหน้าอก พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินในรถพยาบาล 2 คนหรือ 3 คน สามารถดูแลและทำหัตถการต่าง ๆ ระหว่างการขนส่ง รัยย้ายให้กับผู้รับบริการในกลุ่มเดียวกันไม่แตกต่างกัน แต่เจ้าหน้าที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 2 คนใช้

เวลามากกว่า 3 คนในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ใช้เวลาไม่แตกต่างกันในการให้บริการกลุ่มที่เจ็บหน้าอก สำหรับประเทศปาकिสถานซึ่งมีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการร่วมมือขององค์กรภาครัฐ ได้แก่ตำรวจ และภาคเอกชนรวมทั้งชุมชนพบว่า ระยะเวลาในการเรียกใช้รถพยาบาลซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งของการเข้าถึงและประสิทธิภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เฉลี่ยที่ 10.4 นาที (SD = 2.6) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นในระบบบริการ (Ali, Miyoshi & Ushijima, 2006)

4. การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

การศึกษาของกาวิ แมคลาว ซับโค และ เฮค (Garvey, Macleod, Sopko & Hand, 2006) พบว่า บุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบสมบรูณ์ (12 lead ECG) เพื่อตรวจค้นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากลักษณะคลื่นไฟฟ้า ST segment elevation ได้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา fibrinolytic agents ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการตัดสินใจรักษาอย่างรวดเร็ว ในประเทศแถบเอเชีย ญี่ปุ่นนับเป็นประเทศที่พัฒนาระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างก้าวหน้ารวดเร็ว บุคลากรสามารถให้การช่วยเหลือที่ซับซ้อนได้ เนื่องจากสามารถผลิตเทคโนโลยี แนวทางการรักษา และพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้เร็ว (Lewin, Hori & Aikawa, 2005)

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) หลักสำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การคำนวณที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (transfer) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไปกับความสามารรถที่ไม่เพียงพอและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรเกิดขึ้น

องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ควรจะต้องพิจารณาองค์ประกอบหลักเหล่านี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) ได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจำ ง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือจัดหายานพาหนะเพื่อลำเลียงนำส่งอย่างเฉียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย เช่น 1669 โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้ต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ประจำการและมีผู้คัดสนใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2. ระบบสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่งควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันที และมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรอง ในกรณีที่ช่องทางสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ไม่ว่าอยู่ในหุบเขา อาคารใหญ่ หรือเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลล์ลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. หน่วยบริการ ในปัจจุบันได้แบ่งหน่วยบริการออกเป็น 2 ระดับตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเข้ามาได้แก่ หน่วยบริการระดับพื้นฐานเป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

4. การจัดพื้นที่ ในแต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะทาง เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการ สามารถมีระยะทางอันเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ในการที่หน่วยบริการจะเข้าถึงผู้รับบริการในเกณฑ์เฉลี่ยการคำนวณพบว่า ในสัดส่วนประชากร 100,000 คน ต่อหน่วยบริการพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วน

ประชากร 200,000 คน ต่อหน่วยบริการระดับสูง 1 หน่วยน่าจะเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึง หากช้าเกินไปก็ไม่เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันอนุโลมให้ในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่

5. บุคลากรและการอบรม ในการออกแบบระบบควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไรควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลัก และมองไปในอนาคต เพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่า ในประเทศไทยในระยะเริ่มแรกได้มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบดังนี้

5.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบ และการประเมินผล แพทย์ที่ปฏิบัติงานควรเป็นแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรอบรมระดับ ACLS หรือ ATLS หรือเทียบเท่า

5.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน เป็นผู้บริการหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน เป็นหลักสูตรที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ACLS ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะกรรมการหลักสูตรและสอบด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภา ซึ่งควรเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมที่สุดในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

5.3 เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทย ขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT-basic หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง หรือเรียกว่าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-intermediate ของประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทยทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น และขยายไปในวิทยาลัยสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาล 3 แห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้ สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสาขาวิชาชีพนี้ให้มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัย ที่เรียกว่า เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง หรือ EMT-paramedic

ที่เทียบเท่าปริญญาตรี และมีใบประกอบโรคศิลป์ได้ สามารถให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับ ALS ได้

5.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (first responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการ ประชาชนมักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกທີ່ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 16 ชั่วโมง เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อย สามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับที่สูงกว่ามาสนับสนุน

5.5 ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันคนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของคนเพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ไม่ควรต่ำกว่า 1 วัน

6. กฎระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้ สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่างๆอาจอยู่ใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมี “พระราชบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” รองรับ

7. การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ภาษีเหตุน้ำ ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่น และให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงานงบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่น และงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

8. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

9. การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาค ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐาน และโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วม ในขณะที่เดียวกันคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานเทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

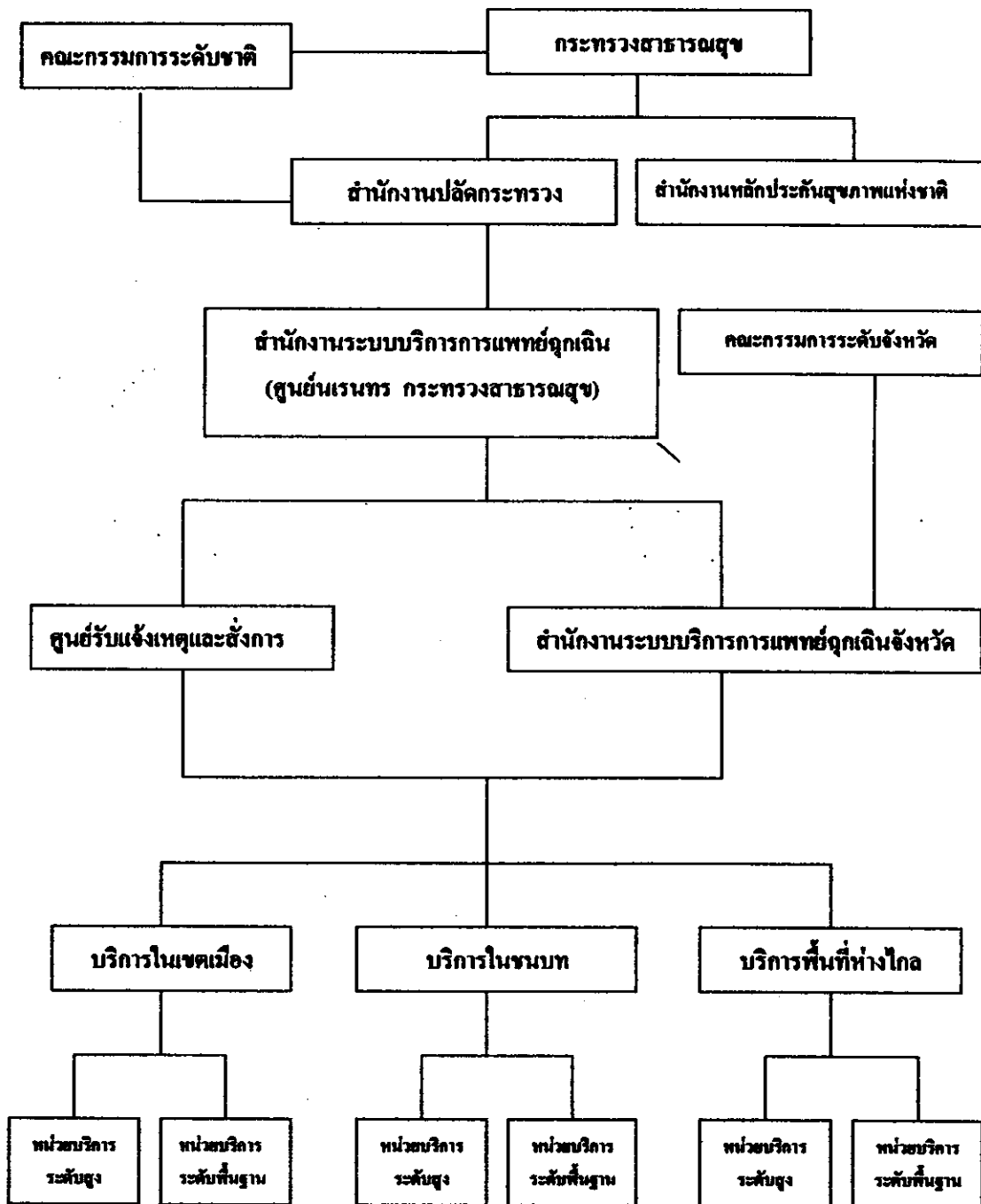
11. ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศ ระบบข้อมูลที่ควรจะสามารถบอกได้ถึงระดับและคุณภาพของระบบบริการในพื้นที่หนึ่ง ๆ หรือในภาพรวมได้ ระบบข้อมูลมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินผล

12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันต่อเหตุการณ์เกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่รวมถึงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือมีปัญหในการรักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรง คือ การควบคุมสั่งการ โดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (online or direct) หรือทางอ้อม (office or indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า protocol และ standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า medical director หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

14. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มี การเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิด และมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ ดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1. คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการและเป็นประธานคณะกรรมการ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ หรือผู้แทน รวมถึงภาคเอกชน หน่วยงาน กู้ภัย มูลนิธิอาสาสมัครต่างๆ มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน จัดตั้งและควบคุมกำกับดูแล ส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กำหนดมาตรฐานต่างๆ โดยอิงกับส่วนกลาง กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งพื้นที่

2. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดจัดตั้งโดยคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ควบคุมคุณภาพในการให้บริการ จัดหาหน่วยบริการ แบ่งพื้นที่ในการให้บริการ จัดหาโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ตรวจสอบมาตรฐานของบุคลากรและรถพยาบาลประจำหน่วยบริการ ตรวจสอบคุณภาพของหน่วยบริการ ควบคุมกำกับตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจังหวัด ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางอินเตอร์เน็ต ควบคุมการเบิกจ่ายและการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลาง

3. การรับแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีหมายเลขเดียวทั้งประเทศคือหมายเลข 1669 ซึ่งเป็นการแจ้งเหตุโดยใช้โทรศัพท์เป็นหลัก จะเป็นหมายเลขที่โทรฟรีไม่เสียเงิน ซึ่งจะมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดละ 1 แห่ง ซึ่งเมื่อศูนย์ได้รับการแจ้งเหตุเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์จะสั่งการทางโทรศัพท์ หรือทางวิทยุสื่อสารไปยังหน่วยบริการในพื้นที่เกิดเหตุทันที โดยหน่วยบริการจะมีระบบโทรศัพท์เพื่อให้ศูนย์ฯ โทรศัพท์ติดต่อแจ้งเหตุได้โดยตรง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการควรมีบุคลากรประกอบ แพทย์จำนวน 1 คน/เวร พยาบาล 1 คน/เวร เจ้าหน้าที่สื่อสารและเจ้าหน้าที่ข้อมูล 2 คน มีบทบาทหน้าที่ จัดทำเครือข่ายระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ คิดต่อสื่อสารเพื่อประสานการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการทั่วทุกพื้นที่ในจังหวัด กำหนดให้ใช้หมายเลข 1669 ในการรับแจ้งเหตุ สำรวจความครอบคลุมของสัญญาณโทรศัพท์ทุกประเภทในพื้นที่ จัดเตรียมบุคลากรประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประสานการสั่งการให้หน่วยบริการออกปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินแก่หน่วยบริการและประชาชน บันทึกข้อมูลของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทางอินเตอร์เน็ตทันทีหรือภายในผลัดเวร

นั้นๆ หลังวันที่ 20 ของทุกๆ เดือนทำการรวบรวมรายงานตามแบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการส่งสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

4. การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ ควรแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องออกปฏิบัติงาน ซึ่งการแบ่งพื้นที่จะต้องเกิดจากความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชนในท้องถิ่นมาร่วมกันกำหนดเพื่อให้ครอบคลุมทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ห่างไกล โดยมีเกณฑ์จากการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ ดังนี้

4.1 การแบ่งหน่วยบริการตามสัดส่วนประชากร ใช้เกณฑ์ประชากร 200,000 คน/หน่วยบริการระดับสูงหนึ่งหน่วย และประชากร 100,000 คน/หน่วยบริการระดับพื้นฐานหนึ่งหน่วย

4.2 การแบ่งพื้นที่ตามสภาพภูมิประเทศ เขตปกครอง และเส้นทางคมนาคม โดยในเขตเมืองพื้นที่ให้บริการจะต้องมีรัศมีในการให้บริการไม่เกิน 10 กิโลเมตร หรือใช้เวลาไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 8-10 นาที ในเขตชนบทพื้นที่ให้บริการจะต้องมีรัศมีในการให้บริการไม่เกิน 20 กิโลเมตรหรือใช้เวลาไปถึงที่เกิดเหตุไม่เกิน 20 นาที ในพื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ให้บริการมีรัศมีในการให้บริการมากกว่า 30 กิโลเมตรหรือใช้เวลาไปถึงที่เกิดเหตุเกินกว่า 30 นาที

5. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ หน่วยบริการ มาตรฐานบุคลากร มาตรฐานรถพยาบาล

5.1 ผู้ให้บริการ ต้องเป็นนิติบุคคลหรือหน่วยงานของราชการซึ่งต้องทำหนังสือแจ้งความจำนงเข้าเครือข่ายบริการ มีผู้รับผิดชอบค่อหน่วยบริการโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง มีหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดตลอด 24 ชั่วโมง รับผิดชอบความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่เกินเลยหรือประมาท (ไม่นับรวมเหตุสุดวิสัย) มีสถานที่ตั้งและเครื่องมือสื่อสารที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

5.2 หน่วยบริการ แบ่งตามระดับความสามารถที่จะให้บริการออกเป็น 2 ระดับ คือ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน เป็นหน่วยให้บริการที่สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การคาน การห้ามเลือด การฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยบริการระดับสูงเป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในระยะวิกฤตให้การช่วยชีวิตขั้นสูง ปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเทคนิคขั้นสูงที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถูกต้อง ช่วยคลอดฉุกเฉิน โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

หน่วยบริการมีหน้าที่เตรียมความพร้อมเพื่อออกไปให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและออกปฏิบัติการภายใน 1 นาทีพร้อมทั้งแจ้งหมายเลข กิโลเมตร เวลาและรายชื่อผู้ออกปฏิบัติงาน เมื่อถึงที่เกิดเหตุให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมกับการเจ็บป่วย พร้อมลงรายละเอียดในแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งมอบสำเนาแบบบันทึกให้โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย กลับที่ตั้งหน่วยบริการพร้อมแจ้งหมายเลขกิโลเมตรและเวลาเมื่อถึงที่เกิดเหตุ เมื่อออกจากที่เกิดเหตุ ถึงโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินและเมื่อกลับถึงที่ตั้งหน่วยบริการ หลังวันที่ 20 ของทุกเดือน หน่วยบริการต้องติดตามผลการรักษาของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่นำส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆจนถึงวันสิ้นเดือนแล้วรวบรวมรายงานเพื่อเบิกเงินค่าใช้จ่าย โดยส่งไปที่สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

5.3 มาตรฐานบุคลากร บุคลากรประจำหน่วยบริการระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย พนักงานขับรถ 1 คนและเจ้าหน้าที่กู้ชีพ 1 คน ที่ผ่านการทดสอบความรู้ในเรื่อง การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การคานและการห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกและการเคลื่อนย้าย บุคลากรประจำหน่วยบริการระดับสูงประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่ผ่านการอบรม ACLS, BCLS มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บ การยกและการเคลื่อนย้าย พนักงานขับรถ 1 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 1 คน ที่ผ่านการทดสอบความรู้ในเรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การคานและการห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกและการเคลื่อนย้าย

5.4 มาตรฐานรถพยาบาลฉุกเฉิน มี 3 ระดับ

5.4.1 รถพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับอาสาสมัคร หมายถึง รถที่ดัดแปลงจากรถบรรทุกขนาดเล็กสำหรับขนส่งผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุเป็นรถบรรทุกขนาดเล็ก มีหลังคา ขนาดเครื่องยนต์ไม่น้อยกว่า 2,400 ซี.ซี มีโคมไฟกระพริบสีน้ำเงิน บนหลังคา หรือหมุนได้รอบตัวภายในรถมีเตียงสำหรับขนย้ายผู้ป่วย มีเปลหามสำรอง และชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย

5.4.2 รถพยาบาลฉุกเฉินระดับพื้นฐาน หมายถึง รถพยาบาลชนิดดัดแปลงจากรถบรรทุกเล็ก มีหลังคาช่วงหน้าสำหรับผู้ขับขี่ ช่วงหลังสำหรับบรรทุกผู้ป่วย เครื่องยนต์ไม่น้อยกว่า 2,400 ซี.ซี. มีประตูเปิด-ปิดด้านข้างและหลังสำหรับยกเปลคนไข้ออกจากรถบนหลังคามีโคมไฟสีน้ำเงินกระพริบหมุนได้รอบตัว มีเครื่องกำเนิดไอเซน ภายในตัวรถมี

เครื่องช่วยหายใจชนิดอัตโนมัติหรือชนิดมือบีบ มีอุปกรณ์ดูดเสมหะ เปลหาม เคียงผู้ป่วย อุปกรณ์ และ เวชภัณฑ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

5.4.3 รถพยาบาลฉุกเฉินระดับสูง หมายถึง รถพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตครบเป็นรถตู้สีขาวขนาดเครื่องยนต์ไม่น้อยกว่า 2,400 ซี.ซี. ติดเครื่องปรับอากาศ และเครื่องระบายอากาศ มีประตูปิด-เปิด ด้านข้างและด้านหลังสำหรับยกผู้ป่วย มีเตียงที่มีล้อสำหรับเคลื่อนย้ายได้ บนหลังคามีโคมไฟสีน้ำเงินกระพริบหรือหมุนได้รอบตัวพร้อมเครื่องกำเนิดไฮดรอนภายในตัวรถ มีเครื่องช่วยหายใจชนิดอัตโนมัติหรือชนิดมือบีบ มีเครื่องดูดเสมหะ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิต โคมไฟผ่าตัด อุปกรณ์ช่วยชีวิต และเวชภัณฑ์ สารน้ำที่จำเป็นต่อการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน ที่สามารถเคลื่อนย้ายได้

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทจังหวัดนราธิวาส

จังหวัดนราธิวาสเป็นจังหวัดหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ตอนล่าง มีพื้นที่ 4,475.43 ตารางกิโลเมตร ทิศเหนือติดจังหวัดปัตตานี ทิศใต้ติดรัฐกลันตันประเทศมาเลเซีย ทิศตะวันออกติดอ่าวไทย ทิศตะวันตกติดจังหวัดยะลา มี 13 อำเภอ มีประชากรกลางปี 2549 ตามทะเบียนราษฎรรวม 703,146 คน มีความหนาแน่นของประชากร 157 ต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 82.00 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 17.00 และอื่นๆ ร้อยละ 1 ชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธมีประเพณีและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับไทยพุทธในจังหวัดอื่นๆ ส่วนชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามมีการอ่าน พุค และเขียนภาษาไทยได้น้อย การติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวันใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ตลอดจนการยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด

แม้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยจะเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในจังหวัดขอนแก่น และต่อมา พ.ศ. 2537 โรงพยาบาลราชวิถี ได้จัดตั้งศูนย์ กู้ชีพเรนทร ซึ่งได้ขยายการดำเนินการสู่โรงพยาบาลศูนย์จนครบทุกแห่งปี พ.ศ. 2540 และโรงพยาบาลทั่วไปปี 2543 ในส่วนของจังหวัดนราธิวาสได้เริ่มมีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ.2543 โดยเป็นการให้บริการที่ไม่มีระบบที่ชัดเจน มีการออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ โดยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไป ลักษณะการปฏิบัติงานให้บริการเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเขตเทศบาลเมืองและเขตเทศบาลสุโหงโก-ลก และผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนหลวงสายหลักในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส และอำเภอสุโหงโก-ลกเท่านั้น ไม่มีระบบการรับแจ้งเหตุที่ชัดเจนหน่วยบริการรวมอยู่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในปี พ.ศ.2544

ได้มีอาสาสมัครกลุ่มเพื่อนรามีนา' 01 จัดตั้งหน่วยกู้ภัยนรา' 01 ในเขตเทศบาลเมืองนราธิวาสขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุโดยผู้ที่ออกไปให้บริการไม่มีการอบรมในหลักสูตรการปฐมพยาบาลใดๆ ปีงบประมาณ 2545 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจร และได้จัดให้มีการฝึกอบรมในการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุจราจรทางถนนในช่วงเทศกาลต่าง ๆ มีการจัดเจ้าหน้าที่เตรียมความพร้อมในการออกไปให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุในช่วงเทศกาล แต่งตั้งให้โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งกรณีมีหน้าที่รายงานข้อมูลการบาดเจ็บช่วงเทศกาล และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนได้รับทราบมากยิ่งขึ้นและจัดอบรมเรื่องการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุแก่หน่วยกู้ภัย นักเรียน นักศึกษาในเขตอำเภอเมือง และในเดือนมกราคม 2547 ได้เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบขึ้นในจังหวัดนราธิวาสขึ้น ทำให้ผู้ออกปฏิบัติการมีความเสี่ยงสูงในการออกปฏิบัติงาน การออกไปให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุโดยหน่วยบริการของโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการออกไปให้บริการมากขึ้น

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเร่งรัดให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ภายใน ปี 2548 เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยให้มีการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยให้จังหวัดรีบดำเนินการเร่งรัดจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดก่อนวันที่ 15 ธันวาคม 2547 มีการเปิดดำเนินการให้บริการประชาชนในพื้นที่ก่อนวันที่ 29 ธันวาคม 2547 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนราธิวาสถูกจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นระบบเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2547 และจดทะเบียนหน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนราธิวาสฝ่ายต่างๆ 6 ฝ่าย คือ

- 1) คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ
- 2) คณะกรรมการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนราธิวาสมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานกรรมการ
- 3) คณะกรรมการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารมีประชาสัมพันธ์จังหวัดเป็นประธานกรรมการ
- 4) คณะกรรมการฝ่ายการเงินและงบประมาณมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานกรรมการ
- 5) คณะกรรมการฝึกอบรม/จัดทำมาตรฐาน/ระเบียบเอกสารรายงานมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นประธานกรรมการ
- 6) คณะกรรมการประเมินผลมีนายแพทย์ 8 ด้านเวชกรรมป้องกันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสเป็นประธานกรรมการ และมีคำสั่งจังหวัดที่ นธ 0027.003/4420 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2547

มอบหมายให้โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นผู้รับผิดชอบ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนราธิวาสและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการซึ่งตั้งอยู่ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทำให้มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการ และไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือเจตนารมณ์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนดให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดควรอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและมีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ เพื่อแยกหน่วยบริการออกจากหน่วยที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อมาวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้มีคำสั่งย้ายสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ส่วนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการยังคงอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เหมือนเดิม

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงแรกของจังหวัดนราธิวาส มีการแบ่งพื้นที่การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนราธิวาสออกเป็น 2 โซน ทั้งการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับไว้รักษา ดังต่อไปนี้

โซนที่ 1 ประกอบด้วย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแกนนำ โรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลตากใบ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลจะแนะ โรงพยาบาลรือเสาะ โรงพยาบาลศรีสาคร โรงพยาบาลบาเจาะ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน โดยทุกโรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการระดับสูงให้บริการในเขตเทศบาลทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกเขตเทศบาลให้บริการเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถบนถนนสายหลักในเขตอำเภอ และสมาคมกู้ภัยนรา' 01 เป็นหน่วยบริการระดับพื้นฐานให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเขตเทศบาลเมืองและผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากรถในเขตอำเภอเมือง

โซนที่ 2 ประกอบด้วย โรงพยาบาลสุโหงโกลกเป็นแกนนำ โรงพยาบาลสุโหงปาดี โรงพยาบาลแว้ง โรงพยาบาลสุคีริน เป็นหน่วยบริการระดับสูงให้บริการในเขตเทศบาลทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกเขตเทศบาลให้บริการเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถบนถนนสายหลักในเขตอำเภอที่เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลนั้น

ต่อมาในปี 2548 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น มูลนิธิธารน้ำใจ มูลนิธิเมตตาธรรม และหมวดพยาบาลค่ายจุฬาภรณ์ จดทะเบียนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการระดับพื้นฐานในระบบเพื่อให้บริการครอบคลุมมากขึ้น แต่ในการออกให้บริการจริงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด การบริการส่วนใหญ่ยังอยู่ในเขตเมือง การดำเนินงานประสบปัญหาอุปสรรคผู้บาดเจ็บขอใช้บริการน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วย

ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และในพื้นที่เสี่ยงภัยเมื่อมีผู้ป่วยเรียกใช้แต่บริการหน่วยบริการไม่สามารถให้บริการได้

ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมาได้มีการจัดระบบคานองค์ประกอบหลักดังนี้

1. ระบบการรับแจ้งเหตุ มีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดนครราชสีมาขึ้นที่โรงพยาบาลนครราชสีมาทรานครินทร์โดยเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับ 2 และต่อมาในปี 2549 เมื่อโรงพยาบาลนครราชสีมามีความพร้อมมากขึ้นได้ปรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นระดับ 1

2. ระบบการสื่อสาร มีระบบการสื่อสารในการรับแจ้งเหตุเพื่อให้หน่วยบริการออกปฏิบัติการ และระบบสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการขณะออกเหตุ โดยมีทั้งระบบโทรศัพท์และวิทยุสื่อสารระบบ VHF และระบบ SSB

3. หน่วยบริการ ได้แบ่งหน่วยบริการเป็น 2 ระดับ ตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเข้ามา ได้แก่ หน่วยบริการระดับพื้นฐานเป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลักและหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

4. การจัดพื้นที่ ได้แบ่งพื้นที่หน่วยบริการออกเป็น 2 โซน มีการกำหนดพื้นที่ให้บริการในเขตเทศบาลของแต่ละหน่วยบริการ และอุบัติเหตุจรรยาบรรณถนนสายหลักในเขตบริการของอำเภอนั้น ๆ

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมาได้มีการจัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้มีความพร้อมในการตั้งหน่วยบริการระดับชุมชน และมีการบูรณาการร่วมกันในจังหวัดโดยมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในการจัดอบรมทีมหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยกู้ชีพ (OTOS) โดยเป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลนครราชสีมาทรานครินทร์

6. การประชาสัมพันธ์ มีการประชาสัมพันธ์ หลายช่องทาง เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ตามเส้นทางสายหลัก แผ่นพับ การออกบูทในเทศกาลต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์ทางวิทยุกระจายเสียงประจำท้องถิ่นโดยเน้นในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานได้ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ ข้อบกพร่องจุดใดจุดหนึ่งในระบบอาจมีผลทำให้ผู้บาดเจ็บที่รอคอยการช่วยเหลือเร่งด่วนและควรได้รับการช่วยเหลือท้ายที่สุดแล้วอาจไม่ได้รับการช่วยเหลือด้วยเหตุนี้กิจกรรมทุกกิจกรรมในกระบวนการหลักของระบบจะต้องได้รับการศึกษาวิเคราะห์โดยละเอียดพร้อมทั้งประเมินโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ตลอดจนศึกษาบทเรียนความผิดพลาดในอดีตและนำข้อมูลเหล่านี้มาคิดค้นหาแนวทางป้องกันเพื่อให้กระบวนการทุกขั้นตอนลื่นไหลตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสุดท้ายที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป (วิทยา, อนุรักษ์, นคร และ กิตติพงษ์, 2547)

จากการศึกษาความตระหนักและทัศนคติของการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ และนักศึกษาสาขาวิจัระบบบริการสุขภาพต่อคุณลักษณะการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า ข้อกำหนดที่แต่ละฝ่ายเห็นด้วยมากที่สุดคือระเบียบและกฎข้อบังคับว่าด้วยเรื่องการให้บริการ ลักษณะการทำงานเป็นทีมในการให้บริการยังไม่ชัดเจน และสิ่งที่เจ้าหน้าที่กังวลมากที่สุด คือเรื่องความปลอดภัยในทรัพย์สินของผู้รับบริการ ณ จุดเกิดเหตุ (Rinaca, Elnitsky & Brown, 1999) ส่วนประเด็นที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การจัดระบบบริการ โดยใช้แนวคิดเชิงระบบเป็นหลัก (Burkle, Zhang, Patrick, Kalinowski, & Lee, 1994)

สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐ (public agency paramedics) และภาคเอกชน เช่น มูลนิธิต่างๆ (private agency paramedics) ที่ร่วมให้บริการ พบว่า มีความขัดแย้งกันในการช่วยเหลือผู้รับบริการในประเด็นต่อไปนี้ แนวทางการรักษาดูแลผู้รับบริการ การขนส่ง-รับย้ายผู้รับบริการ ความขัดแย้งระหว่างบุคคลและระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการประเมินสภาพผู้รับบริการ (Federick & O'Brien 1995) และจากการศึกษาเรื่องการระงับหรือการเปิดเผยและรายงานความผิดพลาดที่เกิดจากการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ประเมินตนเองจากการปฏิบัติที่ผ่านมา และจากการสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อตรวจสอบข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาจากการปฏิบัติงานจริง บุคลากรครึ่งหนึ่งรายงานว่าไม่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น (ร้อยละ 55) แต่มีบางส่วนรายงานว่ามีความผิดพลาดหนึ่งหรือสองครั้ง (ร้อยละ 35) และมีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานและเกิดความผิดพลาด (ร้อยละ 9) และมีเพียงครั้งหนึ่งเท่านั้นที่รายงานความผิดพลาดต่อหัวหน้าทีมหรือที่ปรึกษาทีม ส่วนการรายงานจากสถานการณ์จำลอง พบว่า ระบุได้ว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น (ร้อยละ 7) และจาก

สถานการณ์จำลอง ผู้ตอบมีแนวโน้มที่จะรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นต่อโรงพยาบาลที่จะนำส่งต่อที่ปรึกษาทีม และหรือต่อผู้อำนวยการทีม มากกว่าแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ (Hobgood, Brown, Brice, Overby & Tamayo-Sarver, 2006) .

จากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาที่เมืองเคนเนอวอร์ โคโรลาโด สหรัฐอเมริกา พบข้อร้องเรียนประมาณ 48 ครั้งต่อปีหรือ 9.3 ครั้งต่อการให้บริการ 10,000 ครั้ง ลักษณะข้อร้องเรียนคือ พฤติกรรมที่ไม่สุภาพของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 23 เทคนิคการให้บริการร้อยละ 20 ปัญหาในการนำส่ง-รับย้ายร้อยละ 18 และทรัพย์สินของผู้รับบริการสูญหายร้อยละ 13 ผู้ที่ทำการร้องเรียนเป็นผู้รับบริการร้อยละ 53 บุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 19 ญาติหรือเพื่อนของผู้รับบริการร้อยละ 12 (Colwell, Pons, & Pi, 2003) นอกจากนั้นจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ผู้รับบริการต่อไปนี้ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจเดินผิดจังหวะ หายใจลำบาก และน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเนื่องจากไม่ได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่ต้องการ เจ้าหน้าที่ (paramedics) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ หรือเมื่อเจ้าหน้าที่ไม่แนะนำตนเอง หรือพูดคุยกับญาติแทนพูดคุยกับผู้รับบริการ โดยตรง (Kuisma, Maatta, Hakala, Sivula & Nousila-Wiik, 2004) นั้นจะเห็นได้ว่าความเข้าใจแนวทางการให้บริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะทำให้ประชาชนเห็นภาพและความพยายามของการพัฒนาการดูแลในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sikka & Margolis, 2005) และประการสุดท้ายในอนาคตข้างหน้า คุณลักษณะของการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่ แนวคิดการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การทำวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจน ระบบการเงิน บุคลากร แนวทางการรักษา การให้ความรู้แก่ประชาชน ระบบการศึกษา การป้องกัน การเข้าถึงการบริการ การสื่อสาร การดูแลผู้รับบริการในโรงพยาบาล ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Delbridge & et al, 1998) ส่วนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันแมรีแลนด์ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงระดับโลก ระบุว่าบริการที่ดีของระบบนี้ควรประกอบด้วย 1) เครื่องบินลำเลียง 2) ระบบการสื่อสารที่ดี 3) กำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจประจำรัฐ 4) รถพยาบาลและหน่วยดับเพลิงที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การจัดตั้งศูนย์บริการผู้ใหญ่ และเด็กที่บาดเจ็บ และหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกไว้ให้พร้อม (Wish, Long & Edlich, 2005)

เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมาเพิ่งจัดตั้งอย่างเป็นระบบ ในการดำเนินงานประสบปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินคล้ายกับจังหวัดอื่นๆ ที่อยู่ในระยะแรกของการจัดตั้งระบบ อีกทั้งพื้นที่ในจังหวัดนครราชสีมาเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีความปลอดภัยในการออกให้บริการในพื้นที่เสี่ยง และในยาม

วิกาลต้องตรวจสอบความปลอดภัยของเส้นทางและเหตุการณ์ก่อนออกให้ปฏิบัติการ ยิ่งทำให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประสบปัญหาอุปสรรคเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับหน่วยให้บริการ ไม่มีสถานที่และทีมงานแยกเป็นอิสระ เนื่องจากงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่ค่อนข้างใหม่สำหรับโรงพยาบาล การขอกำลังคนและแบ่งพื้นที่มาจัดตั้งหน่วยไม่สามารถทำได้โดยเฉพาะสภาวะที่ขาดอัตรากำลังคนและงบประมาณสนับสนุน แต่ละโรงพยาบาลใช้บุคลากรจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยมอบหมายให้เป็นงานเพิ่มขึ้นจากงานปกติที่ปฏิบัติอยู่ประจำซึ่งมีมากอยู่แล้ว ทำให้การสนองตอบต่อการเรียกใช้บริการในบางช่วงเวลาเกิดความล่าช้า หน่วยให้บริการระดับพื้นฐานไม่ครอบคลุมพื้นที่ มลนิคมต่างๆ มีให้บริการเฉพาะเขตเมืองเป็นหลัก การขยายเครือข่ายลงสู่หมู่บ้านหรือตำบล โดยการให้องค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเนื่องจากความไม่พร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล

2. ปัญหาเกี่ยวกับศูนย์รับแจ้งเหตุ มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ การโทรเล่นหรือหลอก การโทรหมายเลข 1669 เพื่อติดคองานอื่น ผู้แจ้งเหตุไม่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ขาดอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หน่วยให้บริการได้รับแจ้งเหตุโดยตรงจากประชาชนโดยไม่ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุ การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการและศูนย์รับแจ้งเหตุระหว่างปฏิบัติงานทำได้ไม่ทุกพื้นที่ เนื่องจากกำลังส่งและเครือข่ายวิทยุที่ใช้หรือวิทยุมือดีมีกำลังจำกัด อีกทั้งเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่บ่อยครั้งที่มีการคัดสัญญาณโทรศัพท์เพื่อป้องกันการใช้โทรศัพท์เป็นตัวจุดชนวนระเบิด ทำให้การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งบางพื้นที่มีการประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยให้บริการแทนการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669

3. ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและระบบการประสานงาน ทีมบุคลากรของหน่วยให้บริการที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นขาดความมั่นใจในความปลอดภัยในการออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ โดยเฉพาะกรณีเป็นการเรียกใช้บริการจากการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ เช่น การบาดเจ็บจากการวางระเบิด การลอบยิง เนื่องจากเกรงว่าอาจมีการก่อเหตุซ้ำขณะออกให้บริการ หรือพื้นที่ที่เรียกใช้บริการเป็นพื้นที่เสี่ยงภัย อีกทั้งทีมบุคลากรของหน่วยให้บริการที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพราะไม่ใช่ทีมอิสระแต่ใช้บุคลากรจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งการออกให้บริการในยามวิกาลมีความเสี่ยงสูงต่อความปลอดภัยในชีวิตทำให้หลายโรงพยาบาลงดออกให้บริการในยามวิกาลและพื้นที่เสี่ยงภัยทำให้บางครั้งหน่วยบริการขั้นพื้นฐานเป็นผู้ออกให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนักต้องการการดูแลจากทีมระดับสูงซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด บางครั้งเจ้าหน้าที่ออกให้บริการโดยไม่ขอความเห็นหรือขอคำปรึกษาจากศูนย์รับแจ้งเหตุฯ ไม่รายงานผลปฏิบัติงานให้ศูนย์สั่งการทราบใน

เวลาที่เหมาะสม และการออกให้บริการของอาสาสมัครผู้ที่มีความเร่งรีบที่ต้องการไปให้ถึงจุดเกิดเหตุหรือนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยเร็วทำให้มีความเสี่ยงและเกิดอุบัติเหตุ

4. ปัญหาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมส่วนใหญ่เป็นการประชาสัมพันธ์ในเขตเมือง ใช้ภาษาไทยในการประชาสัมพันธ์ในขณะที่ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้ภาษามาลายูท้องถิ่นในการสื่อสารและไม่สามารถฟังหรืออ่านภาษาไทยได้ อาจทำให้การรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผล เมื่อมีการรับรู้จะเกิดความรู้สึกและอารมณ์ต่อการสัมผัสสิ่งเร้า ซึ่งพัฒนาไปเป็นเจตคติและเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด การที่ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยย่อมแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของประชาชนต่อการให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดนราธิวาส และความคาดหวังเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีที่สุด ผู้ให้บริการจึงพึงระลึกถึงบทบาทหน้าที่ของตนระหนักถึงความคาดหวังของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชน นำมาซึ่งความพึงพอใจในบริการเนื่องจากผู้รับบริการได้รับการตอบสนองด้านบริการตรงตามความคาดหวังที่คิดไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนราธิวาสอย่างเป็นรูปธรรม และเพื่อยกระดับความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนยามเจ็บไข้ได้ป่วยในจังหวัดนราธิวาสให้สูงขึ้น