

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ (n = 85)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เขตที่อยู่อาศัย		
อำเภอเมือง	26	30.6
อำเภอสุโขทัย-ลก	8	9.4
อำเภอเกาะไอร่อง	8	9.4
อำเภอบางจะ	9	10.6
อำเภอระแงะ	16	18.8
อำเภอแวง	10	11.8
อำเภอศรีสาคร	8	9.4
2. เพศ		
ชาย	35	41.2
หญิง	50	58.8
3. วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	3	3.5
มัธยมศึกษา	19	22.3
ปวช / ปวส	10	11.8
ปริญญาตรี	48	56.5
ปริญญาโท/เอก	5	5.9
4. การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
รับรู้เป็นอย่างดี	28	32.9
รับรู้บ้าง	55	64.7
ไม่รับรู้เลย	2	2.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. ช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
การประชุมอบรม	75	88.2
สื่อโทรทัศน์	1	1.2
อินเตอร์เน็ต	0	0
หนังสือพิมพ์	0	0
งานประชาสัมพันธ์	9	10.6
6. การรับรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้าย		
ผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุ		
รับรู้เป็นอย่างดี	41	48.2
รับรู้บ้าง	43	50.6
ไม่รับรู้อยู่	1	1.2
7. ช่องทางการรับรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุ		
การประชุมอบรม		
การประชุมอบรม	80	94.1
สื่อโทรทัศน์	1	1.2
อินเตอร์เน็ต	0	0
หนังสือพิมพ์	0	0
อื่นๆ	4	4.7

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอรอบแฉะร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีร้อยละ 56.5 รองลงมามัธยมศึกษาร้อยละ 22.3 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบ้างร้อยละ 64.7 โดยช่องทางการรู้เกี่ยวกับ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือการประชุม/อบรมร้อยละ 88.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้
บ้างเรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุร้อยละ 50.6 โดยช่องทางการรับรู้
เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจากการ
ประชุมอบรมร้อยละ 94.1

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้และความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินรายองค์ประกอบและ โดยรวม (n = 85)

องค์ประกอบหลักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับการรับรู้	
	ไม่รับรู้ จำนวน(ร้อยละ)	รับรู้ จำนวน(ร้อยละ)
1. ระบบรับแจ้งเหตุ	20(23.6)	65(76.5)
2. ระบบการสื่อสาร	38(44.7)	47(55.3)
3. หน่วยบริการ	30(35.3)	55(64.7)
4. การจัดพื้นที่	23(27.1)	62(72.9)
5. บุคลากรและการอบรม	20(23.6)	65(76.5)
6. กฎและระเบียบ	17(20.0)	68(80.0)
7. การเงินการคลัง	42(49.4)	43(50.6)
8. การประชาสัมพันธ์	16(19.1)	68(81.0)
9. การมีส่วนร่วมของชุมชน	35(41.1)	50(58.8)
10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม	34(41.2)	50(58.8)
11. ระบบข้อมูล	24(28.3)	61(71.8)
12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ ของสถานพยาบาล	19(22.4)	66(76.6)
13. การรับผิดชอบ โดยระบบการควบคุมทางการแพทย์	27(31.8)	58(68.2)
14. การประเมินผล	37(43.5)	48(56.5)
โดยรวม	41(48.3)	44(51.7)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมากกว่ากึ่งหนึ่งรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 51.7) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์มากกว่าร้อยละ 70 มี 7 องค์ประกอบ คือ การรับรู้เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 81.0) การรับรู้เกี่ยวกับกฎและระเบียบ (ร้อยละ 80.0) การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่สถานพยาบาล (ร้อยละ 76.6) การแจ้งเหตุ (ร้อยละ 76.5) บุคลากรและการอบรม (ร้อยละ 76.5) การจัดพื้นที่ (ร้อยละ 72.9) และระบบข้อมูล (ร้อยละ 71.8) และกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์มากกว่าร้อยละ 50-70 มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับผิดชอบโดยระบบการควบคุมทางการแพทย์ (ร้อยละ 68.2) หน่วยบริการ (ร้อยละ 64.7) มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน (ร้อยละ 58.8) การประเมินผล (ร้อยละ 56.5) ระบบการสื่อสาร (ร้อยละ 55.3) และการเงินการคลัง (ร้อยละ 50.6) ตามลำดับ

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจำแนกตามระดับความคาดหวังต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินรายองค์ประกอบและโดยรวม (n = 85)

องค์ประกอบหลักระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความคาดหวัง		
	น้อย จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	สูง จำนวน(ร้อยละ)
1. ระบบรับแจ้งเหตุ	0	8(9.4)	77(90.6)
2. ระบบการสื่อสาร	0	9(10.6)	76(89.4)
3. หน่วยบริการ	1(1.2)	8(9.5)	76(89.4)
4. การจัดพื้นที่	2(2.4)	14(16.5)	69(81.2)
5. บุคลากรและการอบรม	1(1.2)	14(16.5)	70(82.4)
6. กฎและระเบียบ	1(1.2)	7(8.2)	77(90.6)
7. การเงินการคลัง	6(7.1)	21(24.7)	58(68.2)
8. การประชาสัมพันธ์	1(1.2)	8(9.4)	76(89.4)
9. การมีส่วนร่วมของชุมชน	1(1.2)	17(20.0)	67(78.8)
10. มาตรฐานและโครงสร้างที่ เหมาะสม	1(1.2)	11(12.9)	73(85.9)
11. ระบบข้อมูล	3(3.5)	13(15.3)	69(81.2)
12. การเตรียมพร้อมและการจัด หมวดหมู่ของสถานพยาบาล	2(2.4)	6(7.1)	77(90.6)
13. การรับผิดชอบโดยระบบการ ควบคุมทางการแพทย์	8(9.4)	8(9.4)	69(81.2)
14. การประเมินผล	1(1.2)	10(11.8)	74(87.1)
โดยรวม	3(3.6)	11(12.9)	71(83.5)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความคาดหวังต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.5) เมื่อพิจารณาขององค์ประกอบ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระดับสูงต่อทุกองค์ประกอบมากกว่าร้อยละ 70 ยกเว้นองค์ประกอบทางด้านการเงินการคลัง (ร้อยละ 68.2) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความ

คาดหวังในระดับสูง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบรับแจ้งเหตุ กฎและระเบียบ การเตรียมพร้อม และการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 90.6) ระบบการสื่อสาร หน่วยบริการ การประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 89.4) และมาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม (ร้อยละ 85.9) ตามลำดับ

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ (n = 121)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เขตที่อยู่อาศัย		
อำเภอเมือง	32	26.4
อำเภอสุนทรวิชัย	11	9.1
อำเภอเขาฉกรรจ์	11	9.1
อำเภอบาเจาะ	18	14.9
อำเภอระแงะ	26	21.5
อำเภอเวียง	10	8.3
อำเภอศรีสาคร	13	10.7
2. เพศ		
ชาย	61	50.4
หญิง	60	49.6
3. วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	13	10.7
มัธยมศึกษา	46	38.0
ปวช./ปวส	20	16.5
ปริญญาตรี	39	32.2
ปริญญาโท/เอก	3	2.6
4. การรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
รับรู้เป็นอย่างดี	3	2.5
รับรู้บ้าง	88	72.7
ไม่รับรู้เลย	30	24.8

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. ช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
การประชุมอบรม	19	15.7
สื่อโทรทัศน์	51	42.1
อินเทอร์เน็ต	1	0.8
หนังสือพิมพ์	5	4.1
อื่นๆ เช่น งานประชาสัมพันธ์	45	37.2
6. การรับรู้เรื่องการประชุมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุ		
รับรู้เป็นอย่างดี	6	5.0
รับรู้บ้าง	98	81.0
ไม่รับรู้เลย	17	14.0
7. ช่องทางการรับรู้เรื่องการประชุมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุ		
การประชุมอบรม	44	36.3
สื่อโทรทัศน์	63	52.1
อินเทอร์เน็ต	2	1.7
หนังสือพิมพ์	5	4.1
อื่นๆ เช่น การเรียนจากชั้นเรียนต่างๆ	7	5.8

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด ร้อยละ 26.4 รองลงมาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอรอบแฉะร้อยละ 21.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 50.4 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.0 รองลงมาปริญญาตรีร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบ้างร้อยละ 72.7 โดยช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จากสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 42.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี

ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุบ้างร้อยละ 81.0 โดยช่องทางการรับรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 52.1

ตาราง 5

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายองค์ประกอบและ โดยรวม (n = 121)

องค์ประกอบหลักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับการรับรู้	
	ไม่รับรู้ จำนวน(ร้อยละ)	รับรู้ จำนวน(ร้อยละ)
1. ระบบรับแจ้งเหตุ	67(55.4)	54(44.6)
2. ระบบการสื่อสาร	94(77.70)	27(22.3)
3. หน่วยบริการ	92(76.0)	29(23.9)
4. การจัดพื้นที่	116(95.9)	5(4.2)
5. บุคลากรและการอบรม	57(47.2)	64(52.9)
6. กฎและระเบียบ	59(48.8)	62(51.2)
7. การเงินการคลัง	99(81.8)	22(18.2)
8. การประชาสัมพันธ์	74(61.2)	47(38.9)
9. การมีส่วนร่วมของชุมชน	71(58.7)	50(41.3)
10. มาตรฐานและ โครงสร้างที่เหมาะสม	93(76.9)	28(23.1)
11. ระบบข้อมูล	77(63.6)	44(36.4)
12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ ของสถานพยาบาล	63(52.1)	58(47.9)
13. การรับผิดชอบโดยระบบการควบคุม ทางการแพทย์	87(71.9)	34(28.1)
14. การประเมินผล	97(80.2)	24(19.8)
โดยรวม	91(75.2)	30(24.8)

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสี่รับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์โคจรรวม (ร้อยละ 24.8) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าถึงหนึ่งมีเพียง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคลากรและการอบรม (ร้อยละ 52.9) กฎและระเบียบ (ร้อยละ 51.2) กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 30-50 มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 47.9) ระบบการแจ้งเหตุ (ร้อยละ 44.6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (ร้อยละ 41.3) การประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 38.9) ระบบข้อมูล (ร้อยละ 36.4) และกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าร้อยละ 30 มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับผิดชอบโดยระบบการควบคุมทางการแพทย์ (ร้อยละ 28.1) หน่วยบริการ (ร้อยละ 23.9) มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม (ร้อยละ 23.1) ระบบการสื่อสาร (ร้อยละ 22.3) การประเมินผล (ร้อยละ 19.8) การเงินการคลัง (ร้อยละ 18.2) และการจัดพื้นที่ (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำแนกตามระดับความคาดหวังต่อระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินรายองค์ประกอบและโดยรวม (n = 121)

องค์ประกอบหลักระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ระดับความคาดหวัง		
	น้อย จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	สูง จำนวน(ร้อยละ)
1. ระบบรับแจ้งเหตุ	3(2.5)	19(15.7)	99(81.8)
2. ระบบการสื่อสาร	3(2.5)	18(14.9)	100(82.6)
3. หน่วยบริการ	4(3.3)	24(19.8)	93(76.9)
4. การจัดพื้นที่	3(2.5)	27(22.3)	91(75.2)
5. บุคลากรและการอบรม	5(4.2)	17(14.0)	99(81.8)
6. กฎและระเบียบ	0	27(22.3)	94(77.7)
7. การเงินการคลัง	10(8.3)	30(24.80)	81(66.9)
8. การประชาสัมพันธ์	1(0.8)	24(19.8)	96(79.3)
9. การมีส่วนร่วมของชุมชน	4(3.3)	23(19.0)	94(77.7)
10. มาตรฐานและ โครงสร้างที่ เหมาะสม	0	26(21.5)	95(78.5)
11. ระบบข้อมูล	7(5.8)	14(11.6)	100(82.6)
12. การเตรียมพร้อมและการจัด หมวดหมู่ของสถานพยาบาล	3(2.5)	11(9.1)	107(88.4)
13. การรับผิดชอบโดยระบบการ ควบคุมทางการแพทย์	11(9.1)	26(21.5)	84(69.4)
14. การประเมินผล	4(33.3)	19(15.7)	98(81.0)
โดยรวม	8(6.6)	22(18.2)	91(75.2)

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.2) และมีความคาดหวังในระดับสูงทุก องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ถูกคาดหวังสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมพร้อมและการจัด

หมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 88.4) รองลงมาคือระบบการสื่อสาร (ร้อยละ 82.6) และระบบข้อมูล (ร้อยละ 82.6) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมา

ระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนครราชสีมาโดยรวมและรายองค์ประกอบ พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมากกว่ากึ่งหนึ่งมีการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 51.7) แปลว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีการรับรู้ในเรื่องนี้ยังไม่ทั่วถึงหรือรับรู้ไม่ครบทุกรายองค์ประกอบหรือรับรู้ทุกองค์ประกอบแต่ไม่ลึกซึ้ง อธิบายว่าเนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการที่ค่อนข้างใหม่ในระบบการแพทย์ของไทย ซึ่งเพิ่งเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเป็นระบบครอบคลุมทุกพื้นที่ หรือ ทุกจังหวัดเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา (สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) รวมทั้งจังหวัดนครราชสีมาได้จัดให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการในปี 2548 เช่นกัน ดังนั้นการทำความเข้าใจและการรับรู้โดยดั่งแท่งต้องอาศัยเวลาจึงจะเข้าใจลักษณะและภาพรวมของการให้บริการอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสอบถามการรับรู้ในภาพรวมจากการศึกษาครั้งนี้ที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ารับรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินบ้างร้อยละ 64.7 (ตาราง 1) รับรู้เป็นอย่างดี (ร้อยละ 32.9) และลักษณะการจัดบริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังแฝงอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ยังคงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วย การเรียนรู้ความแตกต่างของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น อีกทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีหลายระดับซึ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายแตกต่างกันไป (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) เช่น แพทย์ทำหน้าที่ควบคุมระบบ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานและเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง มีหน้าที่ช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง และชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาลสามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บต้องการการรักษาในระดับใด ซึ่งจะเห็นได้ว่าบทบาทที่แตกต่างเหล่านี้ต้องผ่านกระบวนการประชาสัมพันธ์และประสานการณ์ความดีในการให้บริการจึงสามารถปฏิบัติตรงตามบทบาทที่กำหนดได้อย่างถูกต้องชัดเจน ซึ่งสถิติหรืออัตราการออกให้บริการของระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมาเท่ากับร้อยละ 0.22 (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา, 2549) ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยเกณฑ์กำหนดให้การออกช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุต้องอยู่ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) นอกจากนี้ลักษณะการบริหารงานในรูปแบบของเครือข่ายกล่าวคือโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งเหตุของแต่ละจังหวัดและสั่งการให้หน่วยบริการทุกระดับในระบบออกให้บริการตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปรัชญาที่ดีในการดำเนินการ แต่ในทางปฏิบัติอาจมีความล่าช้าในการประสานงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของหน่วยบริการที่ต้องออกปฏิบัติการภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้อัตราการออกให้บริการในพื้นที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

เมื่อพิจารณาการรับรู้ของค้ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการรับรู้องค์ประกอบดังต่อไปนี้ การประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 81.0) กฎและระเบียบ (ร้อยละ 80.0) การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 76.6) ระบบการแจ้งเหตุ (ร้อยละ 76.5) บุคลากรและการอบรม (ร้อยละ 76.5) การจัดพื้นที่ (ร้อยละ 72.9) และระบบข้อมูล (ร้อยละ 71.8) อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่สะท้อนการรับรู้เชิงระบบในการปฏิบัติหน้าที่ในการออกให้บริการผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสุดท้ายที่ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บถูกนำส่งโรงพยาบาล (วิทยา อนุรักษ์ นคร และ กิตติพงษ์, 2547) และเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรที่ระบุนำไว้อย่างชัดเจนในการออกให้บริการแต่ละครั้งของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกอร์ แชนด์ แพททริก คาลินอฟสกี และ ลี (Burkle, Zhang, Partick, Kalinowski & Li, 1994) ที่พบว่า ลักษณะการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี ผู้ให้บริการจะต้องมีการจัดการ โดยใช้แนวคิดเชิงระบบเป็นหลัก อีกทั้งองค์ประกอบเหล่านี้มีคุณลักษณะการดำเนินการที่ไม่ซับซ้อนเป็นการบริหารจัดการที่คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดนำนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติในระดับจังหวัดได้โดยตรง (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

สำหรับองค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการน้อยกว่าร้อยละ 60 รับรู้คือ การรับรู้เรื่องมาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม (ร้อยละ 58.8) การประเมินผล (ร้อยละ 56.5) ระบบการสื่อสาร (ร้อยละ 55.3) การเงินและการคลัง (ร้อยละ 50.6) อธิบายได้ว่า องค์ประกอบดังกล่าวเป็นเรื่องการบริหารจัดการในระดับนโยบายและมีการดำเนินการหลายขั้นตอน รวมทั้งการ

ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและงบประมาณในการดำเนินการและการจ่ายค่าตอบแทน ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง โดยตรงเป็นบุคลากรที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยเฉพาะซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มน้อย เช่น คณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงาน คณะกรรมการฝ่ายการเงินและงบประมาณ คณะกรรมการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารเป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2547) และการประเมินผลการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนสุดท้ายของการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับงานเอกสาร การบันทึกผลการปฏิบัติงานร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติหน้าที่และเป็นกิจกรรมการประเมินที่ผู้ประเมินต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการและการจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ กัลยา กฤตยา นงนุช และ วราภรณ์ (2550) ที่พบว่าขึ้นกำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินและดำเนินการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง อาจกล่าวได้ว่า ระบบการประเมินอาจยังอยู่ในระยะพัฒนาจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณลักษณะขององค์ประกอบเหล่านี้ เพียงกึ่งหนึ่งเท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมากกว่ากึ่งหนึ่งรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ร้อยละ 58.8 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบภาคีเครือข่าย หรือคณะกรรมการดำเนินการระดับท้องถิ่น หรือการจัดให้มีโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย จึงเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ (สำนักส่งเสริมการป้องกันสาธารณสุข กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2549) ขณะเดียวกันก่อนหน้าทีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นระบบองค์กรเอกชนหรือประชาชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุอยู่ก่อนแล้ว ยกตัวอย่างเช่น มูลนิธิต่างๆ / หน่วยกู้ภัย ในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นการดำเนินการที่ทำด้วยความสมัครใจและความต้องการช่วยเหลือผู้อื่นซึ่งเป็นการช่วยเหลือแบบไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อมีการจัดตั้งการให้การช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ การจัดตั้งภาคีเครือข่าย โดยมีเจ้าหน้าที่มูลนิธิ / หน่วยกู้ภัยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้บริการในระบบบริการเหล่านี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสามารถรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการรู้ว่าประชาชนควรเป็นอาสาสมัครของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนร้อยละ 69.4 และ

รับรู้ว่าประชาชนควรมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือกันเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินร้อยละ 77.6 นอกจากนี้การรับรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการสามารถคาดการณ์ได้จากวัฒนธรรมของคนไทยที่เป็นผู้มีน้ำใจ มีความเอื้ออาทรในการช่วยเหลือผู้อื่นยามเจ็บไข้ เช่น การช่วยเหลือของชุมชนขณะเกิดภัยสึนามิเป็นต้น นอกจากนี้ในการออกให้บริการแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีโอกาสสังเกตเห็นความช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้บาดเจ็บโดยตรง

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสี่รับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์โดยรวม (ร้อยละ 24.8) อภิปรายได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบบริการทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ โดยเฉพาะในจังหวัดนครราชสีมาเพิ่งก่อตั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2547) และเป็นบริการที่เกิดขึ้นในช่วงที่สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลให้การออกให้บริการของระบบนี้ต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง ต้องมีการตรวจสอบการเรียกใช้บริการอย่างเข้มงวด รวมทั้งอาจมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภายนอกเช่น ตำรวจ หรือ ทหาร ซึ่งเป็นลักษณะการออกให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความซับซ้อนและใช้เวลาในการสื่อสารมากกว่าจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย อีกทั้งการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจไม่ได้รับความสนใจจากประชาชนในพื้นที่เท่าที่ควร เนื่องจากสภาพบ้านเมืองเผชิญกับสภาวะความไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน และลักษณะการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการเชิงรับ กล่าวคือ เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบนี้จะออกให้บริการทันที ขณะเดียวกันประชาชนส่วนใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมาต่างระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยในชีวิตสูงมาก โดยเฉพาะโอกาสของการเกิดบาดเจ็บจากการถูกลอบทำร้ายหรือโดนระเบิดจากกลุ่มผู้ก่อการร้าย ขณะเดียวกันความสามารถของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการเข้าถึงระบบของประชาชนมีข้อจำกัดด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ และสภาพของเหตุการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นในช่วงเวลาที่ทำการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจึงอาจไม่เห็นความสำคัญของการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเพื่อเรียนรู้หรือรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีน้อยมาก ซึ่งต่างจากการศึกษาของวุฒิไกร (2550) ที่พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่กว้างใหญ่และติดชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน แต่สภาพบ้านเมืองอยู่ในภาวะ

ปกติ การประชาสัมพันธ์เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงดำเนินการได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการเกิดระบบบริการเชิงรุกในระดับท้องถิ่นในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 30-50 มี 5 องค์ประกอบได้แก่ การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 47.9) ระบบการแจ้งเหตุ (ร้อยละ 44.6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (ร้อยละ 41.3) การประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 38.9) และระบบข้อมูล (ร้อยละ 36.4) อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้รับบริการเรียกใช้บริการโดยตรง แต่การเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อย (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา, 2549) จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการแจ้งเหตุ การระบุโรงพยาบาลที่จะให้การรักษ และลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นการรับรู้ที่ไม่ชัดเจนหรือไม่รู้รายละเอียด หรือเป็นการรับรู้ที่ผิวเผิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี และคณะ (2547) ที่พบว่า ผู้รับบริการในจังหวัดขอนแก่นรู้จักเฉพาะชื่อหรือเรียกชื่อหน่วยงานนี้ว่า “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” แต่ไม่รู้ว่าทำหน้าที่อะไรหรือให้บริการอะไรบ้าง นอกจากนั้นลักษณะการเรียกใช้บริการเป็นการช่วยเหลือกรณีที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากกว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไปจากโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนคร วิทยา สุนันทา และ หทัยรัตน์ (2548) ที่พบว่า เหตุการณ์ที่หน่วยกู้ชีพของจังหวัดขอนแก่นออกให้บริการมากที่สุดตั้งแต่ปี 2539 ถึง 2546 คือ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุร้อยละ 83.3 – ร้อยละ 57.0 ซึ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคดีความหรือกฎหมาย หรือความเป็นคู่กรณี อาจทำให้การรับรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ หรือให้การช่วยเหลือต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเรื่องที่ผู้รับบริการหรือประชาชนโดยทั่วไปไม่อยากจะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือยังคงเป็นลักษณะเดิมที่ประชาชนคุ้นเคย คือการเรียกใช้บริการฉุกเฉินจากตำรวจหมายเลข 191 แทนหมายเลข 1669 (อนุรักษ์ และ คณะ, 2548) อีกทั้งระบบข้อมูลเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและเป็นเรื่องของเทคโนโลยี เช่น ฐานข้อมูลแผนที่ ฐานข้อมูลการให้บริการ ฐานข้อมูลประชาชน และฐานข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์พื้นฐานเป็นต้น (อรรถพล, 2550) ดังนั้นการที่จะให้ผู้รับบริการหรือประชาชนเข้าไปร่วมรับรู้บทบาทของตนเองต่อการให้บริการของระบบบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์และอาศัยเวลามากกว่านี้

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าร้อยละ 30 มี 7 องค์ประกอบได้แก่ การรับผิดชอบโดยระบบการควบคุมทางการแพทย์ (ร้อยละ 28.1) หน่วยบริการ (ร้อยละ 23.9) มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม (ร้อยละ 23.1) ระบบการสื่อสาร (ร้อยละ 22.3) การประเมินผล (ร้อยละ 19.8) การเงินการคลัง (ร้อยละ 18.2) และ การจัดพื้นที่ (ร้อยละ 4.2) อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบเหล่านี้เป็นเรื่องของการบริหารจัดการตามเกณฑ์มาตรฐานของวิชาชีพทางการแพทย์และเกณฑ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) และเป็นเรื่องก่อนและหลังการเรียกใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเป็นเรื่องของการประกันคุณภาพการให้บริการ (วิทยา, 2550) เช่น การจัดการก่อนการเรียกใช้บริการ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานและโครงสร้างของหน่วยบริการ ข้อตกลงของการสื่อสารระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและศูนย์สั่งการ การกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ และการจัดสรรงบประมาณส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เป็นต้น สำหรับการประเมินคุณภาพการออกให้บริการจากหน่วยงานภายนอกเป็นกิจกรรมภายหลังการออกให้บริการ ซึ่งจากมุมมองของผู้รับบริการอาจใช้เกณฑ์การประเมินจากตัวชี้วัดที่รวดเร็วเพียงประการเดียว คือ การได้รับการรักษาหรือการช่วยเหลือทันทีจากโรงพยาบาลที่ถูกนำส่ง การประเมินผลตามหลักเกณฑ์หรือหลักการทางวิชาการอย่างครบถ้วน คงเป็นเรื่องที่ผู้รับบริการไม่ได้จัดลำดับความสำคัญเป็นอันดับแรก ดังนั้นผู้รับบริการที่รับรู้ต่อองค์ประกอบเหล่านี้จึงมีจำนวนน้อย

ความคาดหวัง

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.5) อภิปรายได้ว่า การให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการบริการที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย (อนุรักษ์ และ คณะ, 2548) การปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละระบบย่อยมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน มีลักษณะของการทำงานร่วมกัน เริ่มตั้งแต่ ทีมรับแจ้งเหตุ ทีมสั่งการ ทีมการออกปฏิบัติงาน ทีมผู้ควบคุมกำกับดูแล (อนุรักษ์ และ คณะ, 2548) ดังนั้นแต่ละฝ่ายจึงมีความคาดหวังที่จะปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ เพื่อตอบสนองปรัชญาของการจัดให้มีบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือกล่าวได้ว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้สะท้อนคุณค่าร่วม (core value) ของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความตั้งใจหรือคาดหวังสูงในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่แต่ละระดับต้องผ่านการอบรมหลักสูตรต่างๆ ตามที่ศูนย์เรนทรกำหนด เช่นหลักสูตร ACLS สำหรับแพทย์ พยาบาล หลักสูตรขั้นพื้นฐานและขั้นกลางสำหรับเวชกรฉุกเฉิน (EMT-basic and EMT intermediate) หรือ หลักสูตรปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล เป็นต้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) เพื่อเตรียมความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่าย อย่างจริงจัง ทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความมุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด

เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระดับสูงต่อทุกองค์ประกอบมากกว่าร้อยละ 70 ยกเว้นองค์ประกอบทางด้านการเงินการคลัง (ร้อยละ 68.2) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการมีความคาดหวังในระดับสูง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบรับแจ้งเหตุ กฎและระเบียบ การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 90.6) อภิปรายได้ว่า การรับแจ้งเหตุเป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่สำคัญของการออกให้บริการ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายเกิดการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ที่กำหนดในระเบียบ และวงจรการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยหลายฝ่ายและต่างระดับกัน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) การปฏิบัติงานโดยยึดกฎระเบียบจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก และเป็นตัวควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่ให้ดี การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาลจะเป็นปัจจัยเอื้อให้การรับและส่งผู้บาดเจ็บดำเนินไปอย่างสะดวก และรวดเร็ว เกิดความเป็นธรรมชาติระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการและผู้รับบริการ อีกทั้งสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ รวมถึงป้องกันความผิดพลาดในการนำส่งได้ และลดปัญหาอันเนื่องมาจากความล่าช้าของการนำส่งซึ่งอาจทำให้ผู้บาดเจ็บหรือผู้รับบริการเกิดการเสียชีวิต พิจารณได้ ดังนั้นจากมุมมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจึงรายงานถึงความคาดหวังในระบบย่อยทั้ง 3 ระบบในระดับที่สูงมาก

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.2) อภิปรายได้ว่า เป้าหมายของการจัดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแนวคิดเพื่อช่วยชีวิตหรือลดความพิการหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันของประชาชน ทั้งที่อาศัยในเขตเมืองและที่อาศัยห่างไกลจากโรงพยาบาล หรืออยู่ในถิ่นทุรกันดารอย่างพื้นที่ชนบท และในขณะที่ระบบการบริการได้ขยายครอบคลุมในทุกจังหวัดของประเทศไทย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548) นับเป็นการจัดบริการของรัฐบาลที่สนับสนุนให้ประชาชน

ชาวไทยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูงเพื่อกระตุ้นให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการให้บริการมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความคาดหวังต่อทุกองค์ประกอบย่อยจึงอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายของค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ถูกละทิ้งสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล (ร้อยละ 88.4) รองลงมาคือระบบการสื่อสารและระบบข้อมูล (ร้อยละ 82.6) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ความคาดหวังในองค์ประกอบการเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล และระบบการสื่อสารมีความเชื่อมโยงกันสูงมาก เพื่อเสริมให้การดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างสะดวก มีประสิทธิภาพและส่งเสริมความปลอดภัยในการให้บริการ เป็นการสะท้อนความคิดเชิงระบบในการปฏิบัติการของระบบบริการ ณ จุดเกิดเหตุของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งการกำหนดโรงพยาบาลที่จะนำส่งอย่างชัดเจนช่วยทำให้การส่งต่อผู้รับบริการมีความผิดพลาดเกิดขึ้นน้อยและเกิดความสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ โดยผลการศึกษารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคาดหวังมากที่สุดคือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรกำหนดรายชื่อ โรงพยาบาลที่จะนำส่งผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่เพื่อความสะดวกรวดเร็ว (ร้อยละ 88.4)

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการสื่อสารอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ภายหลังการแจ้งเหตุ จะเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน โอกาสเกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการหรือญาติลดลง อีกทั้งความรวดเร็วในการสื่อสารในปัจจุบันสามารถเป็นจริงได้เนื่องจากขณะนี้เทคโนโลยีของอุปกรณ์การสื่อสารมีความก้าวหน้าอย่างมาก สมรรถนะของผู้ให้บริการต่อการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีการสื่อสารมีเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่เห็นและเข้าใจสภาพภูมิศาสตร์ของพื้นที่ในเขตรับผิดชอบที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตจังหวัดนครราชสีมาซึ่งมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นภูเขาสูงและป่าทึบ ทำให้เป็นข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารผ่านระบบวิทยุเนื่องจากคลื่นความถี่ไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด รวมทั้งสัญญาณโทรศัพท์มือถือของบางพื้นที่ไม่ชัดเจน อีกทั้งเมื่อเกิดเหตุรุนแรงในพื้นที่บ่อยครั้งที่มีการตัดสัญญาณ โทรศัพท์เพื่อป้องกันการใช้

โทรศัพท์เป็นจุดชนวนระเบิด ทำให้การสื่อสารเพื่อเรียกใช้บริการหรือการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการส่วนใหญ่จึงรายงานความคาดหวังในองค์ประกอบด้านนี้ในระดับสูง โดยหวังว่าหากระบบการสื่อสารดี เจ้าหน้าที่คงสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดอย่างรวดเร็ว