

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงจากมุมมองของผู้ให้บริการ: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประณีต ส่งวัฒนา, PhD. *, โชคชัย ขวัญพิชิต M.D. **, วิภา แซ่เซี่ย, PhD. ***,
ลัทธภา กิจรุ่งโรจน์, PhD. ****, จินตนา ดำเกลี้ยง, PhD. * ***, ทศย์รัตน์ แสงจันทร์, PhD. ****,
วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, PhD. *****, วิจัย สุกุลแก้ว, พย.บ *****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับพื้นที่ความมั่นคงจากมุมมองผู้ให้บริการ

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

การดำเนินการวิจัย : เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 69 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหารจำนวน 9 ราย เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 19 ราย อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมและเป็นสมาชิกเครือข่ายการช่วยเหลือฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงจำนวน 41 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2562 โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบ 4 ประเด็นหลักที่แตกต่างจากปกติ ตามระยะของการจัดการผู้บาดเจ็บในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ 1) ระยะการป้องกันก่อนเกิดเหตุ พบว่าทุกพื้นที่มีรูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันเหตุโดยชุมชนมีส่วนร่วม และปรับวิถีการใช้ชีวิตเพื่อลดความเสี่ยง 2) ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มีการแจ้งเหตุส่งการจากทหารหรือตำรวจ การรับมือกับสถานการณ์ด้วยความรวดเร็วและแม่นยำในการจัดการด้วยทรัพยากรที่เหมาะสม การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานแบบทางด่วนพิเศษ 3) ระยะการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน เน้นระบบการสื่อสารทางไกลที่ให้การปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง 4) ระยะการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล มีการคำนึงถึงพื้นที่ความปลอดภัย และความเร็วในการส่งต่อ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีปัญหาอุปสรรคบ้าง แต่การจัดบริการในพื้นที่ความมั่นคงยังคงเน้นความร่วมมือในการทำงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน บนหลักการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อของประเทศ

ข้อเสนอแนะ: การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่ความมั่นคงมีความแตกต่างไปจากพื้นที่อื่น ในลักษณะการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ โดยเชื่อมโยงการทำงานกับภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ โดยเฉพาะกับทางตำรวจและทหาร เพื่อการประสาน สั่งการ การทำงานเป็นทีม อย่างไรก็ตาม ควรเพิ่มขีดความสามารถ สมรรถนะเฉพาะทางด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม และยกระดับศักยภาพของชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรเชิงพื้นที่เพื่อการพึ่งตนเองมีความจำเป็น

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(3) 17-35

คำสำคัญ : การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน / พื้นที่ความมั่นคง/ มุมมองผู้ให้บริการ/ การวิจัยเชิงคุณภาพ

วันที่ได้รับ 23 มี.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มิ.ย. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 12 มิ.ย. 63

* ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
E-mail: praneed.s@psu.ac.th

** พันเอก (พิเศษ) นพ. รองผู้อำนวยการ รพ.ค่ายจิรประวัติ ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการแพทย์ทหารบก จังหวัดชายแดนภาคใต้

*** รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***** อาจารย์สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***** หัวหน้าส่วนงานบริหารชายแดนใต้ ศูนย์อำนวยการแพทย์ทหารบก

Healthcare Service Providers' Perspective on Provision of Emergency Medical Services in Security Zones: A Qualitative Study

Praneed Songwathana, PhD.,* Chokchai Kwanphichit, M.D., **
Wipa Sea-sia, PhD., ** Lappana Kitrungrrote, PhD., ****
Jintana Damkliang, PhD., **** Hatairat Sandchan, PhD, ****
Vorrasith Sornsrivichai M.D., Ph.D., ***** Wijai Sakunkeaw, B.N.S*****

Abstract:

Objective: To explore healthcare service providers' perspective on the provision of emergency medical services (EMS) in security zones.

Design: Qualitative research.

Methodology: Sixty-nine participants were recruited through purposive sampling. They were divided into three groups: 9 administrators, 19 healthcare staff and emergency personnel members, and 41 trained volunteers who were members of the local emergency network in security zones. Data were collected during May to July 2019 through interviews and focus group discussions, using a set of questions pre-developed based on the National EMS Plan Framework. The data were analysed using the content analysis method.

Results: The study identified four aspects of security-zone trauma management that differed significantly from those of standard emergency medical procedure. Firstly, in the prevention phase, every security zone had a community-engaged vigilance and prevention system in place, with the residents' lifestyle adjusted to minimise risks. Secondly, during the pre-hospital care, military or police directives and orders were issued to ensure speed and accuracy in coping with the situation, in using proper resources, and in providing express air-ambulance service. Thirdly, during the emergency ward's care, the priority was on establishing a system of consultation with medical specialists via telecommunications systems and on enhancing healthcare personnel's potential to provide trauma patients with ongoing care. Fourthly, during the referral phase, the primary emphasis was on ensuring safe zones and rapid transfer. Despite occasional obstacles, provision of emergency services in security zones still involved collaboration and integration from all stakeholders, based on the country's principle of seamless emergency service provision.

Recommendations: Provision of integrated emergency services in security zones was different from that in other areas. In security zones, the services had to be provided in a comprehensive manner and in conjunction with other local sectors, especially the police and the military, for efficient coordination, command, and team-working. However, it is recommended that emergency staff's specialised competency be enhanced using proper technologies. Also, it is necessary that local communities' space-oriented resources management potential be improved, to maintain self-reliance.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(3) 17-35

Keywords: emergency medical services; security zones; service providers' perspectives; qualitative research

Received 23 March 2020, Revised 12 June 2020, Accepted 12 June 2020

* Associate Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Corresponding author, E-mail: praneed.s@psu.ac.th

** Senior Colonel, Deputy Hospital, Director of the Southern Border Provinces, Administrative Centre.

*** Associate Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

**** Assistant Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

***** Lecturer of Health System Management Institute, Prince of Songkla University.

***** Chief officer of the Southern Border Provinces Administrative Centre.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบงานบริการการดูแลรักษาอาการผู้เจ็บป่วยนอกโรงพยาบาล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการป่วยหรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน เฉียบพลัน พร้อมทั้งการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีจุดประสงค์หลัก คือช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้ายและบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือทุกข์ทรมานลง โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(สพฉ.) ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยให้มีคุณภาพ ซึ่ง สพฉ. ได้กำหนดตัวบ่งชี้ไว้ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564 ไว้หลายตัวบ่งชี้ทั้งในด้านโครงสร้างการบริหารงาน ได้แก่ ให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่มีมาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละผู้รับบริการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ส่วนด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ ระยะเวลา (response time) ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องไม่เกิน 8 นาที สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ต้องไม่เกิน 15 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ต้องไม่เกิน 30 นาที¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบคลุมในการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ภาคใต้มีไม่ถึงครึ่ง²⁻³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เกิดสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ สะบ้าย้อย เทพา จะนะ และนาทวี ซึ่งจัดเป็นพื้นที่ความมั่นคง พบว่ามีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินระหว่างร้อยละ 32.46 ถึงร้อยละ 64.06 ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุก อปท.²⁻³ และพบว่าพื้นที่ที่ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่

มีเหตุการณ์ความไม่สงบถึงร้อยละ 53.83

ในด้านคุณภาพการบริการ พบว่าผู้รับบริการที่มีปัญหาฉุกเฉินวิกฤต ร้อยละ 74.9 ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุภายใน 8 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงทั่วไป ถึงร้อยละ 85 ได้รับการช่วยเหลือภายใน 8 นาที ผู้รับบริการใช้ช่องทางการติดต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 เพียงร้อยละ 50.9 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดยะลาและนราธิวาส มีการบริการภายใน 8 นาที ร้อยละ 81.0 รองลงมา คือ จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 80.6 และจังหวัดสงขลา ร้อยละ 76.3 ตามลำดับ⁴ เมื่อพิจารณาเรื่องการบริหารจัดการพบว่า การจัดการมีลักษณะเป็นการรวมพลมากกว่าร่วมคิดร่วมทำ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ ส่วนการประเมินผลการบริการ พบว่าส่วนใหญ่มีการประเมินในส่วนของการดำเนินการในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินการบริหารจัดการที่ดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{2,4} นอกจากนี้ พบว่าการเป็นพื้นที่เสี่ยง และมีผู้บาดเจ็บจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี โดยการเชื่อมโยงการทำงานกับทหารและตำรวจในพื้นที่ ความมั่นคง มีระบบเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ สนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งศูนย์/ชุดปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะทางอากาศ เพื่อปฏิบัติการที่มีประสิทธิผล มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่มีมากกว่าพื้นที่ปกติ⁴ ดังที่มีการศึกษาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงของประเทศต่าง ๆ เช่น ประเทศอเมริกา ฝรั่งเศส อังกฤษ ปากีสถาน⁶⁻⁹ พบว่ารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพต้องเป็นรูปแบบที่เกิดจากการบูรณาการ ผู้นำหรือผู้บริหารระดับท้องถิ่น ระดับเขต ระดับประเทศมีระบบการบริหาร

จัดการอย่างมีคุณภาพ โดยการวางแผนการป้องกันภาวะฉุกเฉิน และเรียนรู้จากปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องภายใต้สมรรถนะที่ต้องมี คือ ความรู้ ความเข้าใจและการได้รับความไว้วางใจจากพื้นที่ สามารถการวางแผนการบริหารจัดการระบบ EMS และการจัดการแบบยุทธวิธี (tactical management) โดยมีข้อมูลรอบด้านที่เชื่อถือและทันต่อเหตุการณ์ การประสานงานข้ามหน่วยงานด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทหาร ตำรวจ ดับเพลิง ภาควิเคราะห์ หน่วยงานอื่น ๆ และชุมชน ทั้งในระดับท้องถิ่น จังหวัด ระดับชาติและนานาชาติโดยคำนึงความปลอดภัยและการป้องกันหรือลดการสูญเสียชีวิตของทุกคนเป็นหลัก พร้อมทั้งมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสั่งการที่ฉับไวในการตอบสนองอย่างเป็นระบบ แม้ว่าจะมีนโยบายประสานการทำงานของหลายหน่วยงาน

นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าว⁶⁻⁹ ได้สะท้อนมุมมองของผู้ให้บริการว่า ผู้นำหรือผู้บริหารทุกระดับมีรูปแบบการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการวางแผนและให้ความสำคัญในระยะป้องกันและดูแลระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลมากที่สุด มีการปฏิบัติบริการฉุกเฉินแบบร่วมมือกับทุกภาคส่วน มีการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่หลากหลายตามบริบท ทรัพยากร และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อการวางแผนการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองและฟื้นฟูสภาพผู้ได้รับผลกระทบได้ ซึ่งพบว่าหลักสำคัญของปฏิบัติ EMS ได้สำเร็จในพื้นที่ความมั่นคง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์การก่อการร้ายหรือภัยพิบัติหมู่ประกอบด้วย (1) ระยะการป้องกัน ได้แก่ การบริหารจัดการแบบยุทธวิธีและเหนือความคาดหมาย การพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรค การพัฒนาบุคลากรและประชาชน การพัฒนาและควบคุมคุณภาพ EMS การสร้างและ

สะสมความรู้ (2) ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ หลักการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การประเมินพื้นที่และประเมินผู้ป่วย ด้วยการสื่อสารที่ชัดเจนและมีการฝึกอบรมร่วมกัน เพื่อการปรับปรุงและเข้าใจถึงศักยภาพและเป้าหมายร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ปรับวิธีการตัดแยกเพื่อเพิ่มความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิต ระบบการช่วยเหลือแบบคู่ขนาน การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และระบบข้อมูลผู้ป่วย (3) ระยะในโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบการดูแลและจัดการอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพ การมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one-stop service) การให้คำปรึกษายาเสพติด (hotline counseling) และการติดตามกลุ่มอาการเครียดหลังบาดเจ็บ (ภาวะ PTSD) และ (4) ระยะระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบข้อมูลผู้ป่วย การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล และการจัดการข้อมูลโดยระบุตำแหน่งพื้นที่และการติดตาม (GPS & data tracking management) ของผู้ป่วยและพาหนะลำเลียงผู้ป่วย ซึ่งอาจนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเป็นเชิงนโยบายและบริหารจัดการ EMS ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ความมั่นคงภาคใต้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ช่วยเหลือ

อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติในบริบทพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน และต้องการรูปแบบที่มีความจำเพาะสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกระยะตั้งแต่ระยะป้องกัน ถึงระยะการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ในงานวิจัยที่ผ่านมา^{6,10-11} พบว่าคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในห้องฉุกเฉิน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะของผู้ช่วยเหลือ ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ระยะเวลา

การนำส่งผู้บาดเจ็บฉุกเฉินถึงโรงพยาบาล อัตราค่าล้างของเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือ ความพร้อม ความเพียงพอของอุปกรณ์สื่อสารและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การสนับสนุนและนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นพื้นที่ความมั่นคง อาจมีประเด็นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ และอาจแตกต่างไปจากสถานการณ์ปกติในพื้นที่สามจังหวัดได้แก่ การให้ความสำคัญในระยะการป้องกัน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังการเกิดเหตุร้ายในพื้นที่ ซึ่งจะแตกต่างจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ปกติ และการดูแลในระยะระยะก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลในห้องฉุกเฉิน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ก็อาจมีความแตกต่างจากการดูแลในพื้นที่ปกติ เนื่องจากปัญหาอุปสรรคในเรื่องภูมิศาสตร์ในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการออกเหตุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้การช่วยเหลือ หรือการเกิดการบาดเจ็บซ้ำของพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ หรือระหว่างการเดินทางเพื่อส่งต่อผู้ป่วย จึงทำให้การบรรลุเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพบริการในพื้นที่อาจไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ด้วยข้อจำกัดในบริบทพื้นที่ชายแดนใต้ คุณภาพและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอาจไม่เป็นไปตามที่กำหนด จากข้อมูลของระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายใต้ ในปี 2559 พบว่ามีผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเพียงร้อยละ 0.06 ที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน¹²⁻¹³ และข้อมูลของศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ในรายงานปี 2561¹⁴ พบว่าการทำงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ในจังหวัดชายแดนใต้เพียงร้อยละ 73.2 และมีอัตราการเสียชีวิตในระหว่างส่งต่อร้อยละ 4.5 ต่อปี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 4 ได้สะท้อนว่าหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่

ความมั่นคงหรือพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศ มักมีแนวทางการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเพื่อลดช่องว่าง และประคับประคองให้ประชาชนได้รับบริการได้อย่างดีที่สุดในแต่ละพื้นที่ที่จะพัฒนาเป็นระบบ ภายใต้บริบทที่มีความแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะการทำงานเชื่อมโยงกับตำรวจและทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ความมั่นคง แต่ยังขาดองค์ความรู้ในการจัดการและวิเคราะห์รูปแบบที่ชัดเจนหรือเหมาะสมจากมุมมองของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จริง

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบและกลไกการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงชายแดนใต้ ที่ได้ผลลัพธ์และมาตรฐาน โดยมีคำถามการวิจัยในการศึกษาระยะแรกคือ ผู้ให้บริการมีประสบการณ์อย่างไรในการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับพื้นที่ความมั่นคงและมองว่ามีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นอย่างไร โดยครอบคลุมประสบการณ์การจัดการบริการทั้งในระยะการป้องกันก่อนเกิดเหตุ ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน ระยะการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ซึ่งคาดว่าผลที่ได้ อาจใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ ในการจัดการแบบบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงระบบที่มีจากมุมมองของผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับพื้นที่ความมั่นคงจากมุมมองผู้ให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงบรรยาย (descriptive qualitative study) ผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จำนวน 69 ราย คือ ผู้บริหารจำนวน 9 ราย เจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 19 ราย และอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมและเป็นสมาชิกเครือข่ายการช่วยเหลือฉุกเฉินในพื้นที่จำนวน 41 ราย คัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ยกเว้น ผู้บริหารกำหนดคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และอาศัยในพื้นที่ที่มีอัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของสพจ¹⁵ แต่มีการให้บริการผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหรือการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคประชาชนตามนโยบายของ อบต. ทั้งนี้ มีสัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลกระจายตามพื้นที่แต่ละจังหวัดใกล้เคียงกัน โดยผ่านความเห็นของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงของสำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด เพื่อให้ได้กลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน จังหวัดละ 5 ราย และอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรอบรมปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและเป็นสมาชิกเครือข่ายการช่วยเหลือฉุกเฉินในพื้นที่ จังหวัดละ 10 ราย สำหรับผู้บริหาร มีการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยการค้นหาผู้มีประสบการณ์ในพื้นที่อย่างยาวนานมากกว่า 5 ปี ด้วยวิธีการบอกต่อ (snowball) อย่างน้อยจังหวัดละ 2 ราย ในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของทุกกลุ่ม ได้รับการประสานงานทั้งข้อมูลและบุคลากรจากหัวหน้าทีมที่รับผิดชอบเครือข่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดร่วมกับเครือข่ายของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการพื้นที่ชายแดนใต้ ทั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลสำหรับกลุ่มผู้บริหาร และ

สนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติ โดยรวมบุคลากรทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครด้วยกันเพื่อให้ได้ข้อมูลลักษณะการทำงานร่วมกันในพื้นที่ ในการศึกษา นี้ ได้ทำสนทนากลุ่ม แยกตามจังหวัด กลุ่มละ ประมาณ 9-12 คน โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ พบว่า ทุกรายมีความยินดีเข้าร่วมและอนุญาตในการบันทึกเทปสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของการวิจัย ได้ผ่านการอบรมเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการประชุมตกลงถึงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มตามแนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแผนหลักในการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ¹⁵ และการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการทำงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 2 ท่าน และการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน นอกจากนี้มีอุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ สมุดจดบันทึก ระหว่างการเก็บข้อมูลภาคสนาม แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แนวคำถามนี้เป็นแนวคำถามชุดเดียวกันที่ใช้กับทุกกลุ่ม โดยเป็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างเช่น ในมุมมองของท่าน คิดว่ารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคง ที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และแตกต่างไปจากอดีตอย่างไร การจัดการใดที่มีความเฉพาะสำหรับพื้นที่ความมั่นคง หรือแตกต่างไปจากสถานการณ์ปกติที่ไม่มีเหตุการณ์บ้าง ตั้งแต่ระยะการป้องกันก่อนเกิดเหตุ ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน ระยะการส่งต่อไปยัง

สถานพยาบาล มีการดำเนินงานในลักษณะการบูรณาการในเรื่องใดบ้าง มีการจัดการหลาย ๆ กรณีที่เกิดขึ้นในช่วงของการเกิดความไม่สงบอย่างไร และมีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการแบบไหน ยังคงมีปัญหา/อุปสรรคหรือไม่อย่างไร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านการประสานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการพื้นที่ชายแดนใต้ โดยหนึ่งในทีมนักวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้ประสานงานหลัก ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ และขออนุญาตในการบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทั้งหมดมีบทบาทหลักในการดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือกจากพื้นที่แต่ละจังหวัดดังกล่าว โดยใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที และมีผู้ประสานงานหลักในพื้นที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีประสบการณ์ถอดเทปงานวิจัยเชิงคุณภาพมาก่อน เป็นผู้ช่วยในการจดบันทึกและถอดเทป ในการเก็บข้อมูลนี้ ผู้วิจัยดำเนินการควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมจนกระทั่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (data saturation)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก รหัสโครงการ F005Q/62 ที่ IRBRTA 369/2562 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จึงนำหนังสือดังกล่าวแนบพร้อมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยได้มีกระบวนการขอความยินยอมโดยลงลายมือชื่อเป็นนามจริง นามสมมติหรือกล่าวยินยอมด้วยวาจา เพราะผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการใช้ชื่อเรียกสั้น ๆ หรือนามสมมติแทนตนเอง ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยให้สิทธิงดการตอบคำถามบางประเด็น และยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีใครปฏิเสธการตอบคำถามหรือยุติหรือออกจากการศึกษาหลังเข้าร่วมในการให้ข้อมูล นอกจากนี้ ได้ชี้แจงและเน้นถึงการรักษาความลับ โดยอธิบายถึงผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการกล่าวอ้างถึงตัวบุคคลหรือหน่วยงาน เอกสารการสัมภาษณ์ถูกเก็บในสถานที่ที่ปลอดภัยและจะถูกทำลายภายหลังผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยเอกสารทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทป และการตรวจสอบข้อมูลมิได้ระบุชื่อนามสกุล แต่ใช้รหัสเอกสารแทน และมีการทำลายทิ้งโดยส่งย่อยเอกสารทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม ถูกนำไปถอดเทปแบบคำต่อคำแล้วใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁶ โดยทีมผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นคู่ แยกกันอ่านข้อความที่ถอดเทปจำนวนหลายรอบเพื่อจับประเด็นตามคำถามการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยร่วมกันจัดกลุ่มข้อความ (categorization) ที่มีประเด็นหรือความหมายใกล้เคียงกันและตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก นำข้อความมาวิเคราะห์ร่วมกับทำความเข้าใจสถานการณ์การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับพื้นที่ความมั่นคงแล้วหาข้อสรุปร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็นหลัก และ

ประเด็นย่อยตามลำดับ มีการควบคุมคุณภาพข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยทีมผู้วิจัยทำการแยกวิเคราะห์แล้วนำมาหาข้อสรุปร่วมกัน (peer debriefing) รวมทั้งนำข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้ส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายตรวจสอบ (key informant validation) ในการประชุมเครือข่ายระดับจังหวัด

ผลการวิจัย

การศึกษา นำเสนอผลตามประเด็นหลักที่ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 69 คน เป็นชายมากกว่าหญิง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

หรือระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคง ชายแดนใต้ ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (n = 5) ระดับทุติยภูมิ (n = 3) และประธานมูลนิธิที่จัดบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (n = 1) ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่มานานกว่า 5 ปี 2) เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาล และพนักงานเวชกิจฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (n = 19) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่มานานกว่า 3 ปี 3) อาสาสมัครที่เป็นสมาชิกเครือข่ายการช่วยเหลือฉุกเฉินในพื้นที่เป็นเวลามากกว่า 1 ปี และเป็นผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ทั้งหมดผ่านการอบรมในหลักสูตรด้านการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (n = 41) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	ผู้บริหาร (n=9)	เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน (n=19)	อาสาสมัครที่เป็นสมาชิกเครือข่าย (n=41)
อายุ (ปี)			
20-30	-	8	20
31-40	5	6	15
>40	4	5	6
ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ (ปี)			
1-2	1	6	23
3-5	3	9	12
6-10	2	5	6
>10	3	2	-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	ผู้บริหาร (n=9)	เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติ การฉุกเฉิน (n=19)	อาสาสมัครที่เป็นสมาชิก เครือข่าย (n=41)
หน่วยงานที่ปฏิบัติงานเป็นหลัก			
ระดับปฐมภูมิ	5	10	-
ระดับทุติยภูมิ	3	9	-
ในชุมชน (อพท หรือ มูลนิธิ)	1	-	41
ผ่านการอบรมในหลักสูตรด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน			
< 1 ปี	ไม่มีข้อมูลใน กลุ่มนี้	8	26
1-3 ปี		11	15

ส่วนที่ 2 การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับพื้นที่ความมั่นคง เป็นผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากมุมมองของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดังกล่าวที่ให้ข้อมูลตรงกันถึงประเด็นในการจัดการที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น โดยจำแนกเป็นประเด็นย่อยตามระยะของการบริการ คือ 1) ระยะการป้องกันก่อนเกิดเหตุ (Prevention) 2) ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) 3) ระยะการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (In hospital care) 4) ระยะการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล (Interfacility transfer care) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระยะการป้องกันก่อนเกิดเหตุ (Prevention) มีการจัดการที่แตกต่างในสองประเด็น

1.1 รูปแบบเฝ้าระวังและป้องกันเหตุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่ความมั่นคงจะมีการป้องกันเหตุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น มีการตั้งด่านรักษาความปลอดภัยในทุกพื้นที่ มีการลาดตระเวนเฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยงโดย

เจ้าหน้าที่รัฐ ตำรวจ ทหาร กองอาสารักษาดินแดน (อส.) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ซึ่งบุคลากรเหล่านี้จะได้รับการอบรมทักษะความรู้เฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับความมั่นคงอย่างสม่ำเสมอ มีการใช้ระบบสื่อสารผ่านทางวิทยุสื่อสารและโทรศัพท์ หากเป็นพื้นที่ในเมืองหรือเขตเทศบาล หรือสถานที่สำคัญต่าง ๆ ที่มีคนพลุกพล่านส่วนใหญ่มีกล้องวงจรปิดค่อนข้างครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันภัยต่าง ๆ ได้ ดังข้อมูล

“ทุกพื้นที่ที่มีการขอความร่วมมือจากประชาชนและคนในชุมชนร่วมกันสอดส่องดูแลความปลอดภัยในหมู่บ้านหากมีเหตุการณ์ผิดปกติให้รีบแจ้งกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านให้ทราบ นั่นคือช่วยกันกับฝ่ายปกครองส่วนโรงพยาบาล มีการขอความร่วมมือประชาชนให้จอดรถไว้ที่เกาะกลางถนนหรือมีที่สำหรับจอด

เฉพาะที่อยู่นอกโรงพยาบาล และขอให้รถ
มอเตอร์ไซด์ทุกคันจอดเปิดเบาะนั่ง”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“อบจ.ให้รถ ท้องถิ่นหาคน ที่เหลือทุกอย่าง
โรงพยาบาลจัดการหมด แต่ว่าระบบนี้มันก็
เกิดขึ้นมาแบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้ระบบ
ง่ายขึ้น”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

1.2 ปรับวิธีการใช้ชีวิตเพื่อลดความเสี่ยง
ประชาชนในเมืองและชุมชนมีการปรับตัวในการใช้
ชีวิตประจำวัน เช่น การไม่ออกไปไหนในเวลากลางคืน
ประกอบพิธีการเวียนเทียนในเวลากลางวัน การไม่ออก
ไปในสถานที่คนพลุกพล่าน รวมทั้งการปฏิบัติงานของ
ผู้ให้บริการที่ต้องระมัดระวังและป้องกันตนเอง
ตลอดเวลา ดึงข้อมูลการสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน
ได้ให้ข้อมูลสะท้อนสถานการณ์ในระยะการป้องกัน
ก่อนเกิดเหตุ ไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้

“ประชาชนเรียนรู้และเข้าใจ ตอนนี้ปรับตัวกัน
ได้แล้วว่าจะเดินทางไปไหนให้ศึกษาเส้นทาง
และเวลาที่ปลอดภัย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายนอก
บ้านก็จะเป็นกลางวัน ส่วนพยาบาลที่ทำอยู่
ออกจากบ้านไปทำงาน ต้องศึกษาเส้นทางให้ดี
และคอยติดตามข่าวสารในที่เรา มี เชื่อถือ
ได้ หากใครที่อยู่ใกล้ขึ้นหรือลงเวรบายตึก
โรงพยาบาลจัดที่พักให้”

(พยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)

2) ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital
care) มีการให้บริการที่เพิ่มจากสถานการณ์ปกติทั่วไป
ใน 3 มิติ คือ

2.1 การแจ้งเหตุส่งการจากทหารหรือตำรวจ
การแจ้งเหตุในพื้นที่ความมั่นคงมีความแตกต่างจาก

พื้นที่ปกติ คือ ในพื้นที่นอกจากจะมีการรับแจ้งเหตุจาก
ประชาชนผ่าน 1669 แล้วจะมีการแจ้งเหตุจากทหาร
ตำรวจซึ่งทำการโทรแจ้งโดยตรงไปยังโรงพยาบาลใน
พื้นที่เกิดเหตุ นอกจากนั้นโรงพยาบาลในพื้นที่จะมี
การติดตามสถานการณ์ผ่านทางวิทยุของทหาร ตำรวจ
เมื่อได้รับแจ้งเหตุการณ์ฉุกเฉินทางโรงพยาบาลจะโทร
ยืนยันกับตำรวจในพื้นที่นั้น ๆ ว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง
หรือไม่ สถานการณ์ปลอดภัยหรือไม่ สามารถส่งหน่วย
ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิด
เหตุได้หรือไม่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับ
ความมั่นคง การออกเหตุจะดำเนินการเมื่อได้รับแจ้ง
จากทางทหาร หรือตำรวจก่อน หากมีความปลอดภัย
โรงพยาบาลจะส่งการให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น
ในพื้นที่ (หน่วยพนักงานกู้ชีพ (FR) ของ อบต.
อบจ. หรือมูลนิธิ) ออกไปสังเกตสถานการณ์ และโทร
รายงานเหตุการณ์ให้โรงพยาบาลทราบจำนวน อาการ
ผู้บาดเจ็บเพื่อเตรียมรับและขอสนับสนุนการช่วยเหลือ
ทั้งหมดทุกหน่วยงานมีการซ้อมแผนร่วมกันทุกปี ดึงข้อมูล
การสัมภาษณ์ ในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่ม
ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น

“หน่วยงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินมี
แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกับทุกภาคส่วน
ในการแจ้งเหตุ เพื่อจัดกำลังพลรองรับแผน
ปฏิบัติการเบื้องต้น ...ตัวรูปแบบภายในสาม
จังหวัดนี้ โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหลัก ๆ
ก็ ผมว่ายังเป็นระบบเหมือนระบบของประเทศ
อยู่ครับ ก็คือใช้ 1669 เป็นหลักครับ แต่ว่า
สิ่งที่มีความพิเศษเพิ่มเติมเข้ามาก็คือว่าจะ
มีทางเหล่าทัพเข้ามารับผิดชอบด้วยครับ”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“ถ้ามีเหตุการณ์ความมั่นคงเราจะไม่ออก เหตุครับ จะมีการแจ้งจากทางเครือข่าย เราจะมีเครือข่ายของทางทหาร เครือข่ายของทางการปกครองนะครับแจ้งเรา จะมีการใช้ระบบวิทยุใช้ทั้งระบบโทรศัพท์นะครับ ผู้รับก็คือจะเป็นพยาบาลในห้องฉุกเฉินนะ ครับ ศูนย์สั่งการเค้าจะแจ้ง เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินเลย และในเหตุการณ์ก็จะปล่อยให้แพทย์เวรและห้องฉุกเฉินตอนนั้นตัดสินใจได้เลยโดยไม่ต้องรอให้อำนาจเค้าเต็มที่ในตรงนั้น”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“เมื่อเกิดเหตุการณ์จะติดต่อทางวิทยุ ทางไลน์ เมื่อไหร่ที่โรงพยาบาลจะออกพร้อมกับ FR ก็จะไปแจ้งไป เราก็จะประเมินความปลอดภัยก่อนที่จะออกไปยังจุดเกิดเหตุ”

(พยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ)

“มีการอบรมร่วมกันซ้อมแผนร่วมกัน แล้วก็เรื่องความรู้ที่เขาจะสามารถสอนเราได้ ที่กู้ชีพของเราสามารถเรียนรู้ อาจไม่ถึงขั้นรวมกันแต่ก็สามารถเรียนรู้ได้ว่าถ้ามีเหตุการณ์ประมาณนี้เราต้องเข้าไปยังไง เข้าไปแบบไหน เราต้องปฐมพยาบาลแบบไหนในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ”

(ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น)

2.2 การรับมือกับสถานการณ์ด้วยความรวดเร็วและแม่นยำในการจัดการด้วยทรัพยากรที่เหมาะสม การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) ในพื้นที่ความมั่นคง พบว่าทีมออกเหตุส่วนใหญ่คือ FR ซึ่งจะเป็นการรับเข้าไปยังจุดเกิดเหตุ และรับนำตัวผู้บาดเจ็บออกมาส่งโรงพยาบาลใกล้เคียงโดยเร็วที่สุด เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงในการเกิดเหตุซ้ำซ้อน แต่ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ทีม FR จะเข้าไปนำตัวผู้บาดเจ็บออกมาส่งต่อให้ทีม ALS ที่มารอรับและดูแลผู้ป่วย ณ จุดนัดพบ ซึ่งเป็นการดูแลแบบร่วมด้วยช่วยกัน คล้ายระบบร่วม (Dual system) และการปฏิบัติที่แตกต่างจากปกติ คือ ใช้ทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีระบบรายงานข้อมูลสถานการณ์โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่เพื่อการจัดการบุคลากรและทรัพยากรในและนอกโรงพยาบาล และรับมือกับสถานการณ์ที่รวดเร็วแม่นยำ เพื่อบริหารคนและกระจายความช่วยเหลือในเครือข่ายด้วยทรัพยากรที่คุ้มค่า ไม่เกิดสถานะ “วุ่นวายหรือใช้ทรัพยากรเกินกว่าที่เป็นจริงมาก” ดังเช่นที่ผู้บริหารยกตัวอย่างของการรับมือในพื้นที่เครือข่ายของโรงพยาบาลปัตตานี

“ในกรณีของจังหวัดปัตตานี หากเกิดเหตุการณ์ระเบิดที่อำเภอสายบุรีในอดีตโรงพยาบาลปัตตานีจะต้องปิด ER เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกเพื่อรองรับผู้บาดเจ็บ แต่พบว่าการประเมินสถานการณ์ที่ไม่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการและสิ้นเปลืองทรัพยากรอย่างมาก ถือเป็นประเมินสถานการณ์ที่นอกเหนือหรือเกินจริงมากเกินไป ต่อมาภายหลังได้มีการจัดระบบการตั้งรับสถานการณ์ใหม่ ด้วยการประสานเครือข่ายที่มีอยู่ในพื้นที่ด้วยโทรศัพท์ smart phone เมื่อเกิดเหตุแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินสามารถสื่อสารกับเครือข่ายผ่าน FaceTime เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาและดูวิธีการช่วยเหลือของผู้ปฏิบัติงานที่ทำการรักษาและสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลง ระหว่างทางที่นำส่งผู้ป่วยทำให้โรงพยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมทั้ง

บุคลากรและบริหารทรัพยากรที่แผนก
ฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

(หัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน)

“ตำรวจและทหารด้วยครับ เพราะว่าเราทำงาน
ร่วมกับตำรวจและทหาร เพราะว่าเราจะทำงาน
ร่วมกันหมดครับ แล้วก็บางครั้งมันจะอยู่ที่
ว่าเราได้รับแจ้งจากใครด้วยซ้ำ บางครั้งก็เป็น
อส.(อาสาสมัคร)แจ้งหรือว่าตำรวจแจ้ง
ทหารแจ้ง ถ้าหน่วยไหนแจ้งเรามาเป็น
หน่วยแรกเราก็เริ่มสนทนากับหน่วยนั้น
จะถามเพราะว่ามันทุกวันนี้การสื่อสารเขา
จะเข้าฟังกันหมด”

(ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น)

2.3 การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานแบบ
ทางด่วนพิเศษ การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่าง
นำส่ง ในกรณีที่พื้นที่มีความปลอดภัย ตำรวจ ทหาร จะ
เป็นผู้อนุญาตให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นไป
ลำเลียงผู้ป่วยเจ็บเพื่อทำการส่งโรงพยาบาล ยกเว้นใน
กรณีที่เหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงจะไม่มี
การปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ แต่จะเป็นการรีบเข้าไป
นำตัวผู้ป่วยเจ็บออกมาจากจุดเกิดเหตุเพื่อส่งโรง
พยาบาลหรือส่งไปยังจุดนัดพบเพื่อให้ชุดปฏิบัติการ
ฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ดูแล และส่งต่อ หากหัวหน้าทีม
ดูแลมีการประเมินแล้วว่าผู้ป่วยเจ็บมีความจำเป็นต้อง
ถูกส่งตัวเร่งด่วนไปยังโรงพยาบาลปลายทาง คือ โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันในการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บจากเหตุการณ์ในพื้นที่ความมั่นคง
ทางโรงพยาบาลต้นทางจะทำการโทรประสานศูนย์
แพทย์ทหารบก จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ในพื้นที่คือ
ฝ่ายทหารที่รับผิดชอบ) และสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเพื่อทำการขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยาน การ

ลำเลียงทางอากาศทั้งหมด มีการดำเนินงานจากต้นทาง
สู่ปลายทางโดยผ่านศูนย์ประสานงาน ณ จุดเดียว (one
point one contact) หรือแบบทางด่วนพิเศษ ทั้งนี้เพื่อ
เพิ่มอัตราการรอดชีวิต

นอกจากนี้พบว่า บริบทพื้นที่บางแห่งมีความ
ซับซ้อนห่างไกล บางแห่งเป็นภูเขา เข้าถึงบริการค่อนข้าง
ลำบาก เมื่อได้รับแจ้งเหตุ ศูนย์สั่งการซึ่งตั้งอยู่ใน
โรงพยาบาล จำเป็นต้องหาพิกัดพื้นที่ที่จะเข้าไปช่วยเหลือ
ทาง google map แต่พบปัญหาคือ บางพื้นที่ไม่ได้มีระบุ
ไว้ใน google map ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึง
แก้ปัญหาด้วยวิธีการโทรศัพท์ ประสานให้เครือข่ายที่
กระจายอยู่ในหมู่บ้าน การประสานงานส่วนใหญ่มีการ
ดำเนินการผ่านทางผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
เพื่อการชี้จุดพิกัดบ้านผู้ป่วยเจ็บได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
และปลอดภัย เนื่องจากบุคลากรมีการสับเปลี่ยน
หมุนเวียนกำลังคนบ่อย ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการ
ประสานสั่งการ ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์แต่ละครั้ง บุคคล
ที่เป็นผู้ประสานหรือสั่งการ ยังไม่ระบุแน่ชัดว่าเป็นใคร
ขึ้นกับเหตุการณ์และการได้รับมอบหมาย เช่น ผู้ว่า
ราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด ทหาร หรือนาย
อำเภอ ซึ่งยังมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์และ
บริบท ทำให้การประสานงานมีความลำบากและล่าช้า
ในบางครั้ง

ดังนั้น ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่ม
ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้นได้ให้ข้อมูลสะท้อน
ในระบะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital
care) และระบุปัญหาการทำงานในภาวะที่ต่างจาก
สถานการณ์ปกติ ในด้านการติดต่อสั่งการ เพื่อลำเลียง
ผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉิน ความล่าช้าในการช่วยเหลือปฐมพยาบาล
ในเหตุการณ์ฉุกเฉิน ดังข้อมูล

“แรก ๆ มีปัญหาเรื่องประสานสั่งการ เราจึงมีข้อตกลงของทางจังหวัดว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์เกี่ยวกับความมั่นคง การระเบิด การทำร้ายเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจะต้องแจ้งไปยังกองทัพบก โดยให้ทหารเป็นผู้นำส่ง ทางโรงพยาบาลจะไม่ออกเหตุ และเป็นฝ่ายตั้งรับ เนื่องจากลักษณะของการปฏิบัติงานของทางเราเน้นความรวดเร็ว แต่ทางฝ่ายความมั่นคงเน้นความปลอดภัย”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“ในการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลจังหวัดไม่โอเค และการสื่อสารระหว่างในพื้นที่ในอบต.หรือองค์กรสื่อสารโดยท้องถิ่นสื่อสารมาหรือการสื่อสารระหว่างเอ่อ พูดง่าย ๆ โรงพยาบาลจะสื่อสารไปตำรวจ มันหลายขั้นตอนไปถึงร้อยเวรกว่าจะถึงผู้บังคับบัญชาว่าผู้บังคับบัญชาเขาจะสั่งการลงมาจะอย่างไร มันไม่ได้สายตรงเขาสายตรงมาที่เราแต่พอถึงเวลาเรา เราไม่สามารถสายตรงไปถึงเขาได้”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“มีปัญหาตอน response เขาให้เวลาแค่ นาที สพล.กำหนด คือ 8 นาที แต่บับนังสตาทำไม่ได้ response เนื่องจากเป็นพื้นที่ไกล และเป็นภูเขา เป็นข้อจำกัดทางพื้นที่ในการเข้าถึง...อย่างไรก็ตาม การมีทหารมาช่วยลำเลียงทางอากาศช่วยเราและผู้ป่วยได้มาก แต่ต้องประสานให้ถูกคน”

(พยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)

“การช่วยเหลืออาจช้ากว่าปกติ เพราะต้องคอยให้เคลียร์พื้นที่ บางครั้งนานมาก ดูให้ปลอดภัยแล้วค่อยเข้า คอย check สถานการณ์จากตำรวจ ประสานกับศูนย์ใหญ่ของมูลนิธิให้ติดต่อให้ครับ แล้วเราก็ฟังวิทยุเอาครับ ... บางพื้นที่ไม่รอกี่มี คือเราไปถึงก่อน เราจะดูแล case เลย และจะรับนำผู้ป่วยออกมาส่งเลยครับ คือเราต้องรีบออกจากพื้นที่ครับ เสี่ยงหน่อย”

(ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาว่าบางพื้นที่ยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง และการคัดแยกผู้ป่วยที่ถูกต้อง เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรในองค์กร โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานที่สะท้อนปัญหานี้

“เรามีคนหมุนเวียนสับเปลี่ยนในองค์กรตลอดเวลา อย่างน้อยเราก็ต้องมีการพัฒนาตลอดเวลา บางคนเข้ามาทำชำนาญแล้วก็ออกไป คนใหม่เข้ามาก็ต้องนับหนึ่งใหม่มาอบรมใหม่ ปกติจะมีอบรมปีละ 2 ครั้ง อยากให้เพิ่มการอบรม FR เป็นปีละ 4 ครั้ง”

(ผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น)

3) ระยะเวลาดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (In hospital care) ในระยะนี้ มีการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีคุณภาพมากขึ้น จากเดิมและได้ตามมาตรฐาน การจัดการบริการในระยะนี้ไม่พบว่าแตกต่างไปจากปกติ เพราะได้มีการกระจายผู้ป่วยเพื่อรักษา ณ สถานพยาบาลในเครือข่ายตามระดับความรุนแรง พร้อมทั้งใช้การสื่อสารทางไกลที่ช่วยให้การติดตามผู้ป่วยและวิธีการช่วยเหลือของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น แต่พบว่ามึจุดเน้นของการบริการในระยะนี้ คือ

3.1 ระบบการสื่อสารทางไกลที่ให้การปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ดูแลผู้ป่วยเจ็บในสถานพยาบาลในพื้นที่ความมั่นคงพบว่า ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การบริการภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีเครื่องมือที่ทันสมัย มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีวิธีการประเมิน และระดับการคัดแยกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดระบบการตั้งรับสถานการณ์ด้วยการประสานเครือข่ายที่มีอยู่ในพื้นที่ด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ (smart phone) เมื่อเกิดเหตุแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินสามารถสื่อสารกับเครือข่ายผ่าน Face Time เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษาและดูวิธีการช่วยเหลือของผู้ปฏิบัติงานที่ทำการรักษา และสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงระหว่างทางที่นำส่งผู้ป่วยทำให้โรงพยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมของบุคลากร การบริหารทรัพยากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเจ็บที่ต่อเนื่อง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ข้อมูลตรงกันว่า การเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรอยู่เสมอเหมาะสมในพื้นที่ความมั่นคงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่ สพฉ. กำหนด เช่นการส่งบุคลากรพยาบาลเข้าอบรมในหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มีการกำกับติดตามบุคลากรให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และเกณฑ์การบริการ โดยมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและประสานงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้การรักษาที่มีศักยภาพมากขึ้น ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ที่สะท้อนการปฏิบัติงานในระยะการดูแล ณ ห้องฉุกเฉินดังนี้

“บุคลากรมีการอบรมทุกคนรวมไปถึงมีการอบรม FR ในพื้นที่ในเรื่องการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยทำมาได้อย่างถูกวิธีรวมถึงเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ ก็ได้รับการสนับสนุนมากขึ้น”
(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“ตอนทำระบบ rally ทำให้เราฉลาดขึ้น ได้พัฒนาความรู้ เครื่องมือในสมัยนั้น ได้ดีมาก... และในส่วนของคน ต้องไปเรียน ENP เพิ่ม เพราะต้องดูแลด้านนี้ ถ้ามี ENP จะทำงานอื่นได้ด้วย หัวหน้าก็ควรไปเรียนหลักสูตรอื่น ๆ เช่น EOC สำหรับทีมปฏิบัติพยาบาล ER ทุกคนต้องเรียนการจัดการ management”
(พยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ)

อย่างไรก็ตาม มีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาสภาพของอุปกรณ์ในการใช้งาน และงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ ดังที่ผู้บริหารให้ข้อมูล

“ด้านอุปกรณ์จะมีมาตรฐานกำกับอยู่ส่วนใหญ่ก็จะเพียงพอครับ โรงพยาบาลเองก็จะมีเงินเขาเรียกเงินค่าเสื่อมหรือเงินงบประมาณนะครับ สปสช. ให้มาตามหัวประชากรคิดรวมต่อปี ก็หลายล้าน อาจไม่เพียงพอในบางแห่ง เพราะมีประชากรเยอะนะครับ”
(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

4) ระยะการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล (Interfacility transfer care) ในระยะการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บจากสถานการณ์ในพื้นที่ความมั่นคง พบว่ามี รูปแบบการบริการที่แตกต่างจากปกติ ในเรื่องเดียวคือ

การคำนึงถึงพื้นที่ความปลอดภัย และความรวดเร็วในการส่งต่อ ในระยะส่งต่อ มีการลำเลียงทาง

อากาศยาน โดยมีการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยแพทย์ ปัจจุบันมีแนวทางการลำเลียงผู้ป่วยด้วยเฮลิคอปเตอร์ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้เกิดรูปแบบการประสานส่งต่อแบบบูรณาการระหว่างทหาร ตำรวจกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผ่านทางไลน์กลุ่มที่มีแพทย์เป็นผู้สื่อสารกลางเพียงคนเดียวเรียกว่า one point one contact เพื่อช่วยลดขั้นตอนในการส่งต่อแบบปกติ นอกจากนี้พบว่า ได้เกิดรูปแบบความร่วมมือจากทหาร ในการช่วยเหลือการลำเลียงทางอากาศยานสำหรับผู้บาดเจ็บในพื้นที่ความมั่นคง คือ ทำการประเมินผู้บาดเจ็บ ประเมินสภาพอากาศ และประสานหน่วยงานทางทหาร เพื่อขออนุญาตนำเฮลิคอปเตอร์มาใช้ในการลำเลียงส่งต่อผู้บาดเจ็บ ซึ่งพบว่ามีกรอบรอมซ้อมแผนการเคลื่อนย้ายทางอากาศยานให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ มีศูนย์สั่งการที่ตั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สามารถประสานงานและตอบสนองการทำงานได้อย่างรวดเร็วด้วยการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ด้วยมีผู้นำเข้มแข็ง (เป็นแพทย์เชี่ยวชาญด้านการจัดการผู้บาดเจ็บ) ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถมองภาพรวมและบริหารงานในภาพรวมของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้โดยผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้ปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น ให้ข้อมูลการปฏิบัติงานในระยการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล (Interfacility transfer care) ดังนี้

“มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ระบบการส่งต่อมีมาตรฐานมากขึ้น คือ จะมีแนวทางต่าง ๆ ระหว่างลูกข่ายกับแม่ข่ายรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีมาตรฐานกำกับ มีแนวปฏิบัติชัดเจนและมีความจำเพาะกับพื้นที่กว่าเมื่อก่อน”

(ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“เมื่อก่อนการตัดสินใจเอาคนขึ้นหอฯ ของ กาบัง อำนาจตัดสินใจอยู่ที่ทหาร ตอนหลังเมื่อมีคนไข้เสียชีวิต เราเลยมาตกลงกันว่า แพทย์ที่ทำการรักษา เท่านั้นที่เป็นผู้ตัดสินใจ”

(พยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)

อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางและการหมุนเวียนปรับเปลี่ยนบุคลากรในองค์กรและมีข้อจำกัดในการส่งต่อเพราะขาดแพทย์ ดังข้อมูล

“เรามีคนในองค์กรที่เป็นน้องใหม่ หมุนเวียนมา อย่างน้อยเราก็ต้องใช้เวลาในการพัฒนา ในการส่งต่อ จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลหรือแพทย์ที่มี ประสบการณ์ เราไม่มี paramedic เหมือนบางพื้นที่ บางครั้งพยาบาลเป็นผู้นำส่งโดยไม่มีแพทย์”

(พยาบาลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)

การอภิปรายผล

พื้นที่ความมั่นคงทุกพื้นที่มีรูปแบบการป้องกันก่อนเกิดเหตุในรูปแบบการเฝ้าระวัง และป้องกันเหตุที่คล้ายคลึงกันแต่ปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของพื้นที่ โดยมีคนในชุมชนหรือภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล ที่ว่าการอำเภอ ทหาร ตำรวจ เพื่อช่วยกันสอดส่องดูแลรักษาความปลอดภัย เป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันของชุมชนโดยชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{11,16} ที่พบว่าจากสถานการณ์ความรุนแรงของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลกระทบต่อภาคสาธารณสุขเนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องทำงานภายใต้ความไม่สงบเรื้อรังทำให้ต้องมีการปรับระบบมาตรการความปลอดภัย การวางระบบการดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์ที่เข้าพื้นที่ได้ยากขึ้น ทำให้ต้องดึงความร่วมมือจากภาค

ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น สถานการณ์ปัญหา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงต้องได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support) ซึ่งออกปฏิบัติการฉุกเฉินมากกว่าหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support) ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากการจัดบริการในต่างประเทศ⁹ ที่มีการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบคู่ขนาน (dual system) คือ มีบุคลากรฉุกเฉินการแพทย์ (paramedic) ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นเวลา 2 ปี จำนวน 2 คน ออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควบคู่กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 คน สำหรับศูนย์สั่งการมีบุคลากรฉุกเฉินการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะอยู่ประจำศูนย์ 1 คน โดยจะเป็นผู้สั่งการให้บุคลากรฉุกเฉินการแพทย์ออกให้บริการพร้อมรถฉุกเฉิน และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะด้านยุทธวิธีที่ชัดเจน คือ เข้าถึง-ประเมิน-และอพยพ (3 Echo protocol “Enter, Evaluate, and Evacuate”) ซึ่งใช้ในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากการถูกยิงหรือทำร้าย โดยมีเป้าหมายคือ การเร่งค้นหาผู้เสียชีวิตและให้การช่วยเหลือโดยเร่งด่วน เช่น การประเมินพื้นที่และทำให้ปลอดภัยต่อการเคลื่อนย้าย การห้ามเลือดโดยใช้ทูนิกเก็ต เป็นต้น⁹

ข้อค้นพบจากมุมมองของผู้ให้บริการที่สำคัญต่อการปรับปรุงเชิงระบบของการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้แก่ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดชายแดนภาคใต้มีองค์ประกอบของหน่วยงานที่เข้าร่วมในระบบจากมูลนิธิ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานความมั่นคง ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่าการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ความมั่นคง มีพนักงานกู้ชีพ (FR) ที่มาจากมูลนิธิหรือภาคประชาชนที่มีความสัมพันธ์อันดีกับโรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถออกเหตุในพื้นที่ความมั่นคงได้ตลอดเวลา จึงเป็นจุดเด่นและสามารถเสนอ

เป็นตัวอย่างรูปแบบในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการและสามารถช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลได้ดีในเบื้องต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้^{11,14,16} ที่พบว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนามากขึ้นอย่างเป็นลำดับในระยะเวลาที่ผ่านมาไม่ถึง 5 ปี และมีการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมด้วย รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ⁶⁻⁹ ที่พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงเน้นการวางแผนและให้ความสำคัญในระยะป้องกันและดูแลระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลมากที่สุด มีการปฏิบัติบริการฉุกเฉินแบบร่วมมือกับทุกภาคส่วน

การประเมินคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 5 มิติ คือ ความครอบคลุม ความคล่องแคล่ว ความพร้อม ความคุ้มครอง และคุณภาพ ซึ่งทั้ง 5 มิติ นี้สามารถนำไปใช้กับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคง โดยต้องเพิ่มจุดเน้นในเรื่องความคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ให้การช่วยเหลือเป็นสำคัญ นอกจากนี้ พบว่าแนวปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในทุกกระยะช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ จากการสังเคราะห์มุมมองของผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ในจังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา พบว่า ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการคัดแยก เพื่อจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนและความรุนแรงในแต่ละช่วงเวลาไม่เท่ากัน ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การคัดแยกที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทักษะการสังเกตและการประเมินอาการอย่างรวดเร็วเพื่อตัดสินใจจำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์จัดกลุ่มระดับความรุนแรง¹⁸⁻¹⁹

นอกจากนี้ ควรเตรียมความพร้อมในการรับผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์อย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยอาศัยเทคโนโลยีในการสื่อสารที่มีอยู่มาช่วยในการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่กล่าวถึงการเป็นตัวอย่างที่ดีของโรงพยาบาลปัตตานีที่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยในการสื่อสารและจัดการในการออกเหตุและรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จึงสามารถเป็นแหล่งในการเรียนรู้ของทุกจังหวัดในพื้นที่ความมั่นคงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า การพัฒนาระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคง ต้องเน้นการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ใช้บริการได้ทันที่อย่างเป็นระบบ จัดสรรบุคลากรและอุปกรณ์ที่มีอย่างจำกัดในการให้บริการผู้ใช้บริการที่หลากหลายในแต่ละช่วงเวลาอย่างทั่วถึง การประสานงานอย่างเป็นระบบ การบันทึกการดูแลที่ใช้สำหรับการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนการประเมินผลการดูแล¹⁹⁻²⁰

สรุป การจัดการบริการในพื้นที่ความมั่นคงที่มีการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนหรือรูปแบบเครือข่ายทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีการพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนการทำงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็วต่อ หรือให้เกิดความต่อเนื่องจากจุดเกิดเหตุสู่โรงพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานหลายภาคส่วน เช่น ทหาร ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีความร่วมมือทั้งในการจัดทำแผนต่าง ๆ เช่น แผนการลำเลียงทางอากาศยาน แผนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น มีความร่วมมือจากหน่วย FR ของ อบต. อบจ. และมูลนิธิที่ร่วมกันออกเหตุ ทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาในการสื่อสารการทำงานที่ผ่านหลายขั้นตอน นอกจากนี้ ลักษณะการจัดบริการหรือรูปแบบอาจมี

ความแตกต่างไปจากพื้นที่อื่นในด้านความแตกต่างในเชิงบริบทการทำงานที่ต้องการการสื่อสารในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง และมีศูนย์สั่งการณ จุดเดียวจึงจะช่วยเพิ่มความรวดเร็ว และมีการจัดการรูปแบบใหม่ที่เน้นความปลอดภัยของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น แต่ยังคงให้ความสำคัญกับเป้าหมายและมาตรฐานในการจัดบริการตามเกณฑ์คุณภาพที่สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระดับการบริหาร มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สพฉ. กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และอปท. (องค์กรปกครองท้องถิ่น) ควรมีแผนพัฒนากำลังคนร่วมกัน เพิ่มบุคลากรในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานครอบคลุมทุกพื้นที่ และหนึ่งในบุคลากรสำคัญที่มีบทบาทในการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น คือ พยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

2. สพฉ. และกระทรวงสาธารณสุขต้องมีบุคคลหรือคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงมารับผิดชอบและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องทำงานในลักษณะบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ และเชื่อมโยงงานกับท้องถิ่น ทหาร ตำรวจ ที่ต้องอาศัยศาสตร์ทางยุทธวิธีร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและรวดเร็วในการปฏิบัติการ

ระดับปฏิบัติการ

1. ควรมีศูนย์บูรณาการวิชาการสู่การพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มทักษะเฉพาะทาง สนับสนุนให้มีวิทยากรที่ทันสมัยในพื้นที่ความมั่นคง เพื่อประยุกต์ใช้ และถอดบทเรียนจากรูปแบบหรือตัวอย่างที่ดีของพื้นที่ ในกรณีที่มีการบริหารจัดการ

ทรัพยากรร่วมกันอย่างเหมาะสม เพิ่มความยืดหยุ่นในการจัดการบนฐานการมีส่วนร่วม

2. เพื่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ทุกหน่วยงานในพื้นที่ควรสร้างความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับพื้นที่ความมั่นคงและบทบาทการมีส่วนร่วมในระบบการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงแบบบูรณาการ ควรให้ความสำคัญและมีระบบสวัสดิการและเสริมแรงจูงใจ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง อปท. ในพื้นที่ ควรสนับสนุนระบบการจัดการให้เกิดคุณภาพ การดูแลต่อเนื่องในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของในบางพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่สนับสนุนทุนในการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ความมั่นคงทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการโครงการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอบคุณทีมประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ทุกท่านที่ช่วยดำเนินงานโครงการวิจัย โดยการเดินทางลงไปในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล จนทำให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนารูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่ความมั่นคงต่อไป

References

1. Kanchanasud S. Manual of emergency practice for out of hospital personnel. National Institutes for Emergency Medicine. Bangkok: Ultimate Printing; 2018. (in Thai).

2. Binsaleahman N. Songwathana P. Sornsrivichai V. The emergency medical services of local administrative sectors in the southern borders and related factors. Princess of Naradhiwas University Journal. 2018; 10(1): 41–50. (in Thai).
3. Deep South Watch Database. Report of conflict situation in deep south/patani. 2018; Available from: URL: <https://deepsouthwatch.org/th/node/11901> (in Thai).
4. Kwanphichit C. Songwathana P. Sae–Sia W. Kitrungrate L. Dumgliang J. Sangchan H. at al. Project report of an integrated model of emergency medical service provision in security areas. 2019; Available from: URL: https://www.niems.go.th/1/uploadattach-file/2019/ebook/48519_20191106112651.pdf (in Thai).
5. Carli P. Telion C. Paris city disaster: Response to the recent terror attacks and lessons learned. Current Trauma Reports, 2018; 4: 96–102.
6. Chauhan R. Conti BM. Keene D. Marauding terrorist attack (MTA): prehospital considerations. Emergency Medical Journal, 2018; 35: 389–95.
7. Harris LT. An independent review of London’s preparedness respond to a major Terrorist Incident. 2016[cited 2020 May 08] Available from: URL: <https://www.london.gov.uk>.
8. Sriram VM. Naseer R. Hyder AA. Provision of prehospital emergency medical services in Punjab, Pakistan: Case study of a public sector provider. Surgery, 2017; 162(6): S12–S23.
9. Kemp M. Expanding the role of emergency medical service in homeland security. [Unpublished Master thesis]. Monterey: Naval Postgraduate school; 2013.
10. National Institute for Emergency Medicine. Annual Report 2013 National Institute for Emergency Medicine. Nonthaburi: Ultimate Printing; 2014. (In Thai).

11. Songwathana P. Sangchan H. Emergency medical service in the unrest area of three southern Thai border provinces: a literature review. Princess of Naradhiwas University Journal. 2015;74-87 :(2)7 . (in Thai).
12. Pannana A. Violence-related injury surveillance and development of emergency medicine system in the three southern borders; 2018. [cited 2018 August 21] Available from: URL: http://medipe2.psu.ac.th/~vis/utilization/VIS_EMS.pdf. (In Thai).
13. Rattanasakul N. Dandsuwan K. Development of caring system for patient with life threatening in emergency department. Naradhiwasrajanakarindra Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2016; 8(2): 1-15. (in Thai).
14. Sae-Sia W. Songwathana P. Hirunchuha S. Sangchan H. Continuum of care management for victims and families assaulted in the social unrest, Southern Thailand: a situation analysis. Nursing Science Journal of Thailand. 2014; 32(1): 7-14. (in Thai).
15. National Institute for Emergency Medicine. National Plan for Emergency Medicine No 3-4, 2017-2021. National Institute for Emergency Medicine. Nonthaburi: First Printing; 2016. (in Thai).
16. Elo S. Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008; 62(1): 107-15.
17. Weerakhachon P. Chanthamolee S. Suwan P. Srisupanan M. Development of emergency operation model for the emergency medical technician in border south provinces. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 4(3): 87-103. (in Thai).
18. National Institute for Emergency Medicine. Gap of emergency medicine in Thailand: annual report 2557 of National Institute for Emergency Medicine. Nonthaburi: NIEM; 2014. (in Thai).
19. Sittichanbuncha Y. Emergency management system assessment and primary care for emergency patients. In Chaiyaporn Yuksen and Yuwares Sittichanbuncha, Eds. Emergency medicine (pp. 1-27). Department of Emergency Medicine Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2014. (in Thai).
20. Tadadej C. Mongkolsomlit S. Suriyawongpaisarn P. Evolution of emergency medical service systems in Thailand: a systematic review. Journal of Health Science, 2014; 23(3): 513-23. (in Thai).