



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการย่อยที่ 4

ศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแล รักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

(The Study of Post-Care Quality Improvement for Tourists)

โดย

สุรัชย์ คีลาวรรณ และคณะ

พฤศจิกายน 2556

สัญญาเลขที่ RDG5550035

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการย่อยที่ 4

ศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแล รักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

(The Study of Post-Care Quality Improvement for Tourists)

คณะผู้วิจัย สังกัด

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. นายสุรัชย์ ศิลาวรรณ | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| 2. ดร.ปิ่นรสี ขอนพุดชา | นักวิชาการอิสระ |
| 3. นายทรงศักดิ์ ภูมิสายตร | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| 4. นายพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมมานุสาร | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| 5. นายพิเชษฐ์ หนองช้าง | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| 6. นางสาวสุนัษมา ไชยกาล | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ |

โครงการย่อยที่ 4

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช. สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษา
นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สัญญาเลขที่ RDG5550035

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษา เพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

คณะผู้วิจัย สังกัด

1. นายสุรชัย ศีลาวรรณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
2. ดร.ปิ่นรสี ขอนพุดชา นักวิชาการอิสระ
3. นายทรงศักดิ์ ภูมิสายคร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
4. นายพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมานุสาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
5. นายพิเชษฐ์ หนองช้าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
6. นางสาวสุนัชฌา ไชยกาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช.สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

โครงการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแล รักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

The Study of Post-Care Quality Improvement for Tourists after Traffic accident

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมา

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้นโดยตลอด องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อปี 2551 ว่าในปี 2547 อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ของโลกหรือปีละมากกว่า 1.27 ล้านคน และคาดว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของโลกภายในปี 2573 (ค.ศ. 2030) และจากสถิติการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยสูงเป็นอันดับสามของโลก แต่อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวสามารถได้เข้าสู่ประเทศเป็นอันดับต้นๆ และแนวโน้มนักท่องเที่ยวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินการรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ เพื่อให้การบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว เป็นประเด็นสำคัญ 1 ใน 8 ประเด็นหลักที่ควรผลักดันให้เกิดการแก้ไขอย่างจริงจังตามที่ระบุไว้ในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน จึงได้ทำการศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระดับการให้ความช่วยเหลือการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติให้มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดเก็บข้อมูลชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามาในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ศึกษาบริบทการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนทั้งคนไทย และชาวต่างชาติในพื้นที่ศึกษา
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การนำส่งจนถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการทำงานการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในทุกขั้นตอน

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. วิธีการวิเคราะห์ระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติ โดยการพิจารณาแบบบันทึกข้อมูลทุกแบบที่ใช้ในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ดูตัวแปรที่มีและความสามารถในการแยกแยะกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติ
2. ศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่ศึกษา โดยมีการเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ได้แก่
 - 2.1 การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.2 ความครอบคลุมของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน

2.3 ข้อมูลสถิติด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ปี 2555

2.4 ข้อมูลการส่งเสริมสนับสนุนการช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและสอบถามเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่ศึกษา

3. ศึกษาการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุจนนำส่งถึงโรงพยาบาลโดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยในรูปแบบของการศึกษาเฉพาะราย (Case study) จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาไม่ต่ำกว่า 10 ราย ที่ได้รับการช่วยเหลือโดยชุดปฏิบัติการที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและได้รับการส่งการช่วยเหลือโดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 - 2556 ที่สมัครใจหรือยินยอมให้สัมภาษณ์พื้นที่ศึกษาดังนี้ จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรี และ ประจวบคีรีขันธ์ (หัวหิน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่ม คือกลุ่มชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุ กลุ่มผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และกลุ่มแพทย์พยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รักษาผู้บาดเจ็บชาวต่างชาติ

4. ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิเอกชน สมาคมที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งเป็นชุดปฏิบัติการที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลใน รอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยการออกแบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูลที่เรียกว่าระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ยังไม่สามารถแยกกลุ่มชาวต่างชาติที่เป็นนักท่องเที่ยวมาวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ได้

2. การจัดระบบการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยวไม่มีความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป

3. การให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวนับตั้งแต่การแจ้งขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่ง และการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบมีข้อควรแก้ไขทุกขั้นตอน ทั้งในเรื่องการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือในพื้นที่ท่องเที่ยว ความทันเวลาของการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ มาตรฐานของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ต่อผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

4. ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือเจ้าหน้าที่มีความอ่อนด้อยทางภาษาที่ใช้สื่อสาร หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ท่องเที่ยวมีการประสานกันน้อย ไม่มีความสะดวกในการเบิกค่ารักษาพยาบาลผ่านบริษัทประกันโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง ไม่รู้ช่องทางการขอความช่วยเหลือหลังประสบอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติควรได้รับการพัฒนาให้มีทักษะทางด้านภาษาให้มากขึ้น
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้คนไทยและชาวต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวได้รับรู้มากขึ้น โดยผ่านสื่อประเภทต่างๆ ที่ใช้ภาษาต่างประเทศที่เป็นภาษาหลัก ได้แก่ ภาษาอังกฤษ ภาษาฝรั่งเศส ภาษารัสเซีย ภาษาจีน ภาษาเกาหลี ภาษาญี่ปุ่น เป็นต้น
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวควรมีการพบปะพูดคุยและประสานความร่วมมือเพื่อการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในทุกด้านหลังจากประสบอุบัติเหตุทางถนน
4. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวควรมีการจัดระบบการให้บริการแก่ชาวต่างชาติโดยสามารถศึกษาดูงานได้ที่โรงพยาบาลหัวหิน
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศต้นสังกัดของนักท่องเที่ยว เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นกลยุทธิ์หนึ่งที่เป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศไทยให้ชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวให้มากขึ้น
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรมีการปรับปรุงโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูลที่เรียกว่าระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ให้มีตัวแปรเกี่ยวกับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่สามารถนำไปวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลไปใช้ประโยชน์สำหรับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐานเทียบเท่าสากลต่อไป
7. ปรับปรุงการให้บริการการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะการให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติให้เกิดความประทับใจในการบริการทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

โครงการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน

The Study of Post-Care Quality Improvement for Tourists after Traffic accident

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การนำส่งจนถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล และปัญหาและอุปสรรคของการทำงาน การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในทุกขั้นตอน ศึกษาการจัดระบบการเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มชาวต่างชาติ ศึกษาบริบทการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนทั้งคนไทยและชาวต่างชาติในพื้นที่ศึกษา รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลเชิงลึกเฉพาะรายใน กลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติจำนวน 10 ราย ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเดือนตุลาคม 2555 - เมษายน 2556 กลุ่มชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้ความช่วยเหลือชาวต่างชาติ ณ จุดเกิดเหตุ และกลุ่มแพทย์พยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาชาวต่างชาติ ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา ชลบุรี ประจวบคีรีขันธ์ (หัวหิน) และภูเก็ต นำข้อมูลทั้ง 3 ส่วน มาวิเคราะห์ ประมวลผลให้ได้ข้อเท็จจริงมากที่สุด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ที่มีรายละเอียดครอบคลุมทุกขั้นตอนของการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในโปรแกรม สำหรับการจัดเก็บข้อมูลที่เรียกว่า ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) และค้นคว้าเอกสารในการวิเคราะห์บริบทด้านการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่ศึกษา ในการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ผลการศึกษาพบว่า นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติไม่ทราบจะแจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลืออย่างไร ความทันเวลาของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุหลังจากส่งการภายใน 10 นาที มีร้อยละ 50 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว (อาการไม่รุนแรง) เป็นของมูลนิธิทั้งหมด ซึ่งเป็นระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ส่วนผู้ป่วยสีเหลืองและแดง ได้รับการช่วยเหลือ โดยชุดปฏิบัติการระดับต้น (BLS) และระดับสูง (ALS) ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาทันทีที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 70 ค่ารักษาพยาบาลมี 8 รายจ่ายเป็นเงินสด อีก 2 ราย จ่ายโดยบริษัทประกัน ปัญหาสำคัญที่พบ คือการสื่อสารด้านภาษา การประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลอำนวยความสะดวกแก่นักท่องเที่ยว ยังไม่ดีเท่าที่ควร การจัดระบบการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยวไม่มีความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป ยกเว้นโรงพยาบาลหัวหิน ที่มีการตั้งศูนย์ให้บริการช่วยเหลือชาวต่างชาติ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล ที่เรียกว่า ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ยังไม่สามารถแยกกลุ่มชาวต่างชาติที่เป็นนักท่องเที่ยวมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยวได้

ข้อเสนอแนะ บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ควรได้รับการพัฒนาให้มีทักษะทางด้านภาษาให้มากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานสากล เพิ่มการประชาสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้คนไทยและชาวต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวได้รับรู้มากขึ้น โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวควรมีการจัดระบบการให้บริการแก่

ชาวต่างชาติหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ และ
โรงพยาบาลเอกชน ที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศต้นสังกัดของนักท่องเที่ยว สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล ที่เรียกว่า ระบบสารสนเทศ
การแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ให้มีตัวแปรเกี่ยวกับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

The Study of Post-Care Quality Improvement for Tourists after Traffic accident

Abstract

This research aims to study the emergency medical operation to injured foreigners in road accident during an accident scene, transit, transferring to definitive care including problems and solutions, to study the data collection system of emergency medical foreign injury in road accidents, to study the emergency medical assist to all injured in road accident in selected areas. Methodology in this study was survey research which studied in 5 provinces: Chiangmai, Nakhonratchasima, Chonburi, Prachuabkirikhan (Hua Hin District) and Phuket. Data collection was also carried out by in-depth interview and questionnaire from studied groups: 10 foreigners injured in road accident during October 2012 to April 2013, the emergency medical units assisting on scene and the emergency medical personnel at the emergency department. The collected data from effective questionnaires, Information Technology for Emergency Medical System (ITEMS) data program and emergency medical literature reviews in the studied areas were concluded and analyzed. The result showed that the foreigners do not know how to ask for assistance. As a result, 50 percent of emergency medical units could meet 10 minute response time standard. The result also indicated that patients in green (non-urgent) received First Responder (FR) units owned by foundation while patients in yellow (urgent) and red (most urgent) received Basic Life Support (BLS) units and Advanced Life Support (ALS) units, respectively. Moreover, 70 percent of the patients received an intervention immediately upon arrival at the emergency room. For medical treatment cost, 8 patients paid in cash while 2 patients were paid by insurance companies. The result also revealed that language differences caused communication problems and coordination among tourism related organizations should be improved. Furthermore, the data also presented that there was no significant difference between emergency medical service management in tourist attraction areas and emergency medical service management in common areas. However, Hua Hin hospital has been a good model which set up the medical center for foreigners. For data collection program, ITEMS still has a limitation due to it cannot identify and analyst foreigners data to utilize and develop emergency medical service in tourist attraction areas.

In Conclusion and Recommendation, emergency medical personnel who are responsible for foreigners should improve in English language skill. Moreover, emergency medical units should be enhanced skills and competency to meet international medical standard. In tourist attraction areas, increasing of public relations will provide emergency medical service recognition and public hospitals should prepare and set up the emergency medical service center for foreigners. In addition, healthcare related organizations should set up medical payment system of public hospitals and private hospitals to support foreigners in Thailand and abroad. National Institute for Emergency Medicine (NIEM) should design and adapt ITEMS data program to support tourist data information.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี จากผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระ จังหวัดภูเก็ต และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด จังหวัดที่ศึกษาที่มีการรายงานผู้บาดเจ็บชาวต่างชาติจนสามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามที่โครงการระบุเป้าหมายไว้ ขอขอบคุณทีมสัมภาษณ์นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติทุกท่าน ขอขอบคุณนายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล อดีตเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นายแพทย์ประจักษ์วิช เล็บนาค อดีตรองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่ให้การสนับสนุนงบประมาณตลอดโครงการ ขอขอบคุณทีมงานวิจัยทุกท่านที่มีความมุ่งมั่นและทุ่มเทเวลาจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

คำนำ

รายงานผลการศึกษานี้ เป็นโครงการย่อยที่ 4 ของแผนงานวิจัยการยกระดับความปลอดภัยในการท่องเที่ยวของชาวต่างชาติตามมาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นศึกษา เพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปัญหาอุปสรรค ของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงระบบการจัดเก็บข้อมูลของระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) เกี่ยวกับข้อมูลนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติและศึกษาบริบทด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดที่ศึกษา ในการให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ จากผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยเชื่อว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปปรับปรุงและพัฒนายกระดับการให้ความช่วยเหลือดูแลนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ให้มีความพร้อมที่จะรับประชาคมอาเซียนและต้อนรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติทุกชาติ ให้มีความพึงพอใจต่อการให้บริการหลังประสบอุบัติเหตุทางถนนหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ ของชาวต่างชาติ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไป

คณะผู้วิจัย

27 มิถุนายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
การขับเคลื่อนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน	1
ประเทศไทยขานรับขับเคลื่อนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์และนิยามศัพท์ปฏิบัติการ	6
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย	7
การพัฒนาทรัพยากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	9
ผลงานด้านการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	10
ผลงานด้านการรับแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669	11
พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอื่น	11
บุคคลอื่นๆ ที่มีบทบาทในการตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	22
องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามข้อกำหนดองค์การอนามัยโลก	22
หลักฐานอ้างอิงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของมาตรการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล	22
ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและจริยธรรม	24
ข้อเรียกร้อง	24
ปัญหาและอุปสรรคต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	24
สิ่งที่จะช่วยทำให้การแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	30
ผลการวิเคราะห์ระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติ	30
บริบทการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทางถนนในพื้นที่ศึกษา จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ตและชลบุรี	34
กรณีศึกษาการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
จำนวน 10 ราย นับตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	38
ผลการสัมภาษณ์ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่สังกัดมูลนิธิสมาคมที่ไม่แสวงหากำไรที่ปฏิบัติงาน อยู่ในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่พบจากประสบการณ์การให้ ความช่วยเหลือแก่นักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน และข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง	52
บทที่ 5 อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	55
ปัญหาอุปสรรคการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยว	
ชาวต่างชาติ	59
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	60
รายการอ้างอิง	61
ภาคผนวก	64

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี 2555	10
ตารางที่ 2 ภาพรวมระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	30
ตารางที่ 3 รายละเอียดที่มีในข้อมูลสั่งการในระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	31
ตารางที่ 4 รายละเอียดที่มีในแบบเก็บข้อมูลผู้เจ็บป่วยในระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	32
ตารางที่ 5 สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มชาวต่างชาติจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี 2555 จำแนกเป็นรายจังหวัด ความทันเวลา ระดับความรุนแรง และการแจ้งเหตุผ่าน 1669	32
ตารางที่ 6 สรุปภาพรวมการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ จำนวน 10 ราย	50

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

การขับเคลื่อนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (1)

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้นโดยตลอด องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อปี 2551 ว่า ในปี 2547 อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ของโลกหรือปีละมากกว่า 1.27 ล้านคน และ คาดว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของโลกภายในปี 2573 (ค.ศ. 2030) ที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติได้สนับสนุนให้มีการประชุมระดับรัฐมนตรี เรื่องความปลอดภัยทางถนนโลก เมื่อวันที่ 19 – 20 พฤศจิกายน 2552 ณ กรุงมอสโก ซึ่งผลจากการประชุมได้มีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะให้ประเทศ สมาชิกสหประชาชาติ ให้ความสำคัญกับการลงมือแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างจริงจัง (ปฏิญญามอสโก) และ เรียกร้องให้ที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติให้การรับรองปฏิญญามอสโก ซึ่งในช่วงเวลาต่อมา ที่ประชุมใหญ่ สหประชาชาติ ได้ให้การรับรองปฏิญญามอสโก และประกาศให้ช่วงปี ค.ศ. 2011 – 2020 เป็น Decade of Action for Road Safety และเชิญชวนประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อย่างจริงจัง มีเป้าหมายลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2564

ประเทศไทยขับเคลื่อนทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน

สำหรับประเทศไทย ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ในปี 2552 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างปี พ.ศ. 2541 – 2552 เฉลี่ยปีละ 19.92 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต อยู่ที่อัตรา 17.39 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อ เปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้ประชาชาติอยู่ในอัตราสูง

ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ได้ผลักดันให้มีการขับเคลื่อน “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” โดยคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนได้หารือในคราวประชุมเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2553 เห็นควรให้เสนอคณะรัฐมนตรีกำหนดให้ ปี พ.ศ. 2554 – 2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ของประเทศไทย และกำหนดเป้าหมายให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดครึ่งหนึ่งหรือ ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน มีประเด็นหลักที่ควรผลักดันให้เกิดการแก้ไขอย่างจริงจัง 8 ประเด็น ได้แก่

1. ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ทุกคน ต้องสวมหมวกนิรภัย
2. ลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับยานพาหนะ โดยมีเป้าหมาย ให้พฤติกรรมเมาแล้วขับของผู้ขับขี่ยานพาหนะลดลง
3. แก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง จุดอันตรายโดยมีเป้าหมายให้จุดเสี่ยงทุกจุดได้รับการแก้ไขภายใน ระยะเวลาที่กำหนด
4. ปรับพฤติกรรมของผู้ขับขี่ยานพาหนะให้ใช้ความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะ ความเร็วของรถจักรยานยนต์ รถโดยสารสาธารณะและรถบรรทุก

5. ยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัยโดยเฉพาะมาตรฐานของรถจักรยานยนต์
รถกระบะ รถโดยสารสาธารณะและรถบรรทุก
6. พัฒนาสมรรถนะของผู้ใช้รถใช้ถนน (Road user) ให้มีความปลอดภัย
7. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ เพื่อให้การบริการระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว
8. พัฒนาระบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนของประเทศให้มีความเข้มแข็ง เพื่อให้
หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ มีความพร้อมในการปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีการประชุมเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2553 และมีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของศูนย์อำนวยการ
ความปลอดภัยทางถนน

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมีบทบาทที่สำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการท่องเที่ยว
ของนักท่องเที่ยวต่างชาติ รายได้จากการท่องเที่ยวในปี 2553 ประเทศไทยมีรายได้สูงสุด 5.85 แสนล้านบาท
และภูมิภาคที่ก่อให้เกิดรายได้ด้านการท่องเที่ยวสูงสุดคือ ยุโรป คิดเป็นร้อยละ 38.86 ของรายได้ทั้งหมด โดยจาก
ข้อมูลพบว่านักท่องเที่ยวระหว่างประเทศของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 7.51
จากสถิตินักท่องเที่ยวที่เดินทางมาประเทศไทยระหว่างปี 2548 - 2553 พบว่า จำนวนนักท่องเที่ยวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่องจาก 11,516,936 คนในปี 2548 เป็น 15,841,683 คนในปี 2553 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยมีจำนวน
นักท่องเที่ยวสูงสุด ในขณะที่การท่องเที่ยวเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาคเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
ก็ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อภาพพจน์และการตัดสินใจของนักท่องเที่ยว ต่อการมาท่องเที่ยวประเทศไทย
โดยรายงานจาก Bad Trips International Tourism and Road Deaths in the Developing World ของมูลนิธิ
เอฟไอเอ (FIA Foundation) พบว่า อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติอันดับที่ 1 ที่ทำให้
นักท่องเที่ยวชาวสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตในขณะที่ท่องเที่ยวในระหว่างปี ค.ศ. 2005 - 2007 และประเทศไทยก็ถูกจัดให้
อยู่ในอันดับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากการท่องเที่ยวอยู่ในอันดับต้น โดยการเปรียบเทียบอัตรา
จำนวนผู้เสียชีวิตของประเทศนั้นต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทยจะมีค่าอยู่ที่ประมาณ 18 คนต่อ
ประชากร 100,000 คน และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนนักท่องเที่ยวที่เสียชีวิตต่อจำนวนนักท่องเที่ยวที่มาท่องเที่ยว
ในประเทศ 100,000 คนพบว่าอัตราการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวอยู่ที่ประมาณ 48 คนต่อนักท่องเที่ยว 100,000
คน หรือมากกว่า 2.5 เท่า (2)

จากความสำคัญของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมีบทบาทที่สำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ
ความปลอดภัยในการเดินทางท่องเที่ยวในประเทศอาจเป็นปัจจัยเสริมหรือขัดขวางการเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศได้
โดยเฉพาะหากอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ย่อมมีผล
ต่อการเปลี่ยนเป้าหมายการเดินทางของนักท่องเที่ยวจากประเทศไทยไปยังประเทศอื่นแทนได้ ความปลอดภัยจาก
อุบัติเหตุทางถนนเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ถ้าผู้ใช้รถใช้ถนน ทั้งผู้เดินเท้าและผู้ขับขี่พาหนะ มีวินัย
ในการเดินทางสัญจร ใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย เช่นหมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัยและไม่ประมาท สภาพของถนน
มีการออกแบบที่รองรับความปลอดภัย ไม่มีจุดเสี่ยงจุดอันตราย และสภาพรถได้มาตรฐาน เหล่านี้จะทำให้
การเดินทางมีความปลอดภัย แต่ในความเป็นจริงสิ่งเหล่านี้มักไม่มีครบถ้วน ณ จุดใดจุดหนึ่ง จึงยังพบเห็นการเกิด
อุบัติเหตุอยู่เนืองๆ ไม่เว้นแม้แต่ชาวต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวในเมืองไทย

เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุอย่างทันท่วงที การให้
การรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ การนำส่งไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาล
ที่มีความพร้อมในการรักษามากที่สุดที่อยู่ใกล้ จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ
รวมทั้งลดโอกาสที่จะเกิดความพิการลงได้

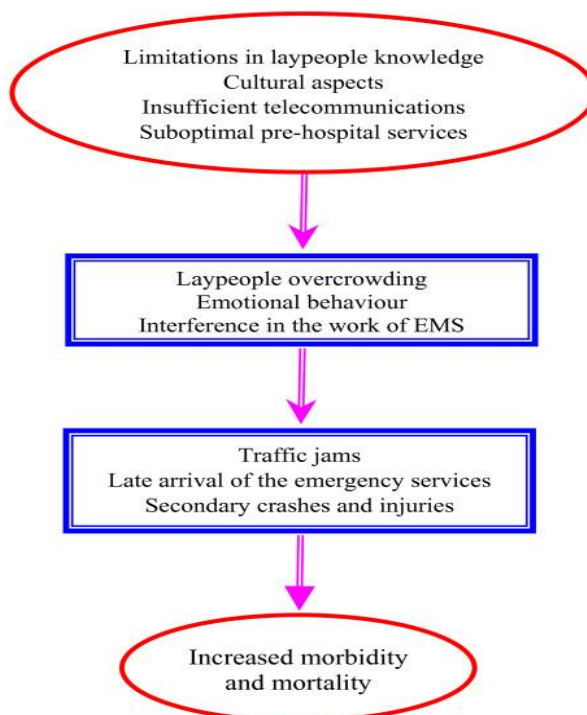
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้รับการพัฒนาขึ้นนับตั้งแต่มูลนิธิฮั่วเฉียวป๋อเด็กเซี่ยงตึ้ง (มูลนิธิป๋อเด็กตึ้งในปัจจุบัน) ได้ริเริ่มให้บริการขนส่งศพไม่มีญาติใน พ.ศ. 2480 และได้ให้บริการรับส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ต่อมาใน พ.ศ.2513 มูลนิธิร่วมกตัญญูได้เปิดให้บริการในลักษณะเดียวกัน ทั้งสองแห่งนี้รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) ณ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ได้เป็นต้นกำเนิดของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่คนทั่วไปสามารถเข้าถึงการบริการได้โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และไม่ใช้บริการเฉพาะกิจ อีกต่อไป (3)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

(4) เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ เป็นองค์กรของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและสามารถบริหารงานตามนโยบายการบริหารงานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย สามารถก้าวกระโดดไป ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม และมีคุณภาพมาตรฐาน ให้การดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทุกคนไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือชาวต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ในแผ่นดินไทย ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละระดับ (5) เริ่มจากผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Emergency medical team-Basic) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Emergency medical team-intermediate) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Emergency medical team- Advance) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมมีจำนวนทั้งหมดทั่วประเทศ ประมาณ 120,000 คน สังกัดอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ โรงพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ สมาคมที่ไม่แสวงหากำไร เป็นต้น มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินรวมทั้งสิ้น 12,691 ชุด มีรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 14,189 คัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ครอบคลุมตำบล 6,683 ตำบล จากทั้งหมด 7,852 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 85.11ของตำบลทั้งหมด

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดอุบัติเหตุและมีผู้ได้รับบาดเจ็บบุคคลที่มักเข้าให้การช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บเป็นอันดับแรกคือ บุคคลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียงก่อนที่ผู้ที่มีบทบาทและมีความสามารถที่แท้จริงจะมาถึง ปัญหาอุปสรรคที่มักเกิดขึ้นจนอาจทำให้ผู้ได้รับการบาดเจ็บมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรืออาจเสียชีวิตได้คือการขาดความรู้ของประชาชนทั่วไปที่เข้าช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นชาวต่างชาติ ที่มีความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมของผู้ให้การช่วยเหลือและผู้บาดเจ็บ การติดต่อสื่อสารไปยังผู้รับผิดชอบที่เหมาะสมทั้งการขอรับการช่วยเหลือ การประสานข้อมูลระหว่างการช่วยเหลือมีไม่เพียงพอ และการบริการก่อนถึงโรงพยาบาลที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งการที่ประชาชนมุงรายรอบผู้บาดเจ็บอย่างหนาแน่น ทำให้ขัดขวางการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจราจรที่หนาแน่นขาดการประสานงานที่ดี สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนของการนำผู้ป่วยไปยังสถานรักษาพยาบาล ทำให้ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นได้ ดังแสดงตามรูปภาพต่อไปนี้ (6)

แผนภาพที่ 1 แสดงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร



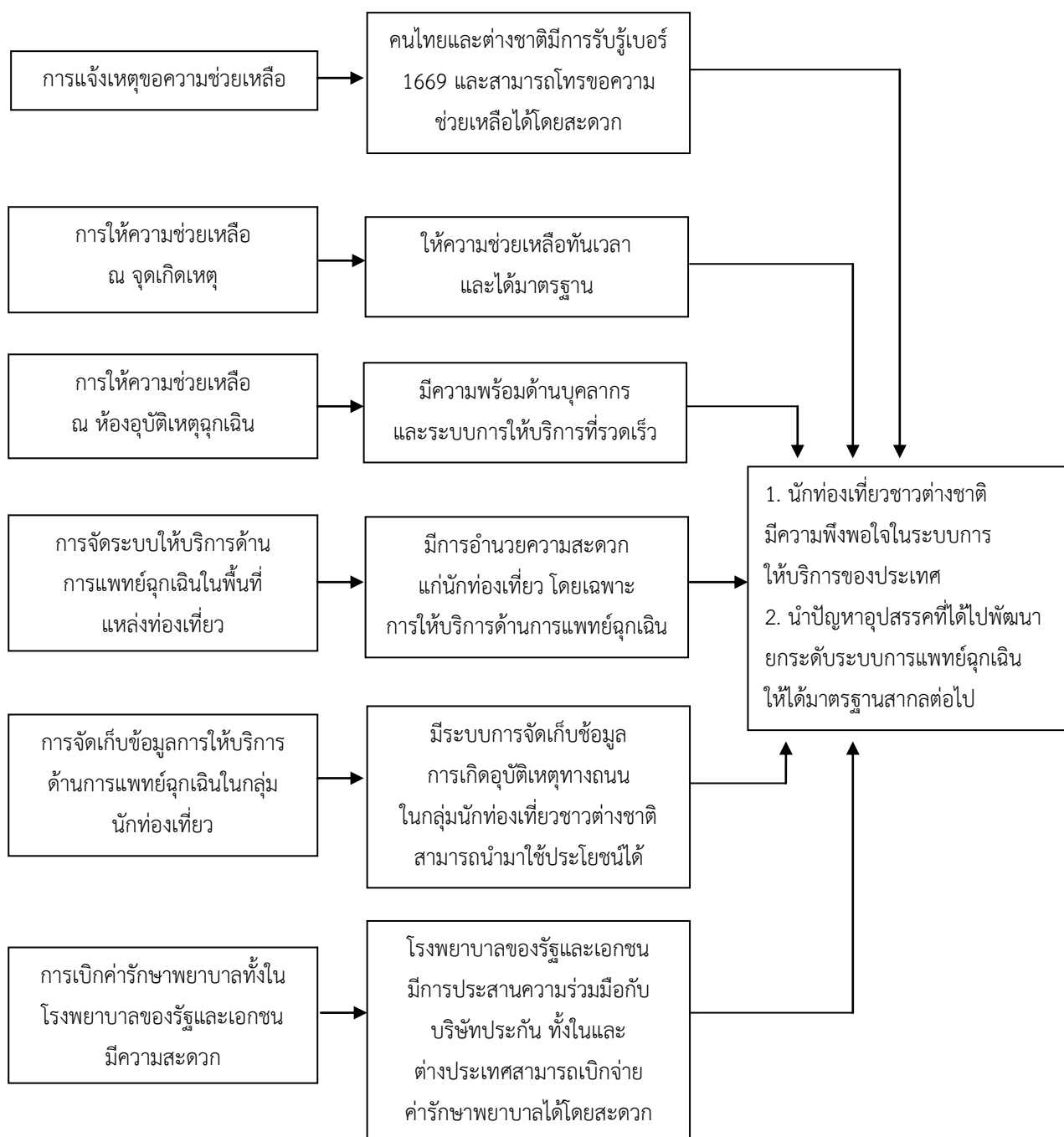
คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาในเรื่องดังกล่าว จึงจัดทำโครงการวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหลังประสบอุบัติเหตุทางถนนขึ้น เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ จนกระทั่งนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรคที่มี ณ ปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการให้การช่วยเหลือที่จำเป็นและเหมาะสม และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระดับการให้ความช่วยเหลือการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติให้มีคุณภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อจัดระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมถึงชาวต่างชาติ
- 2.2 ศึกษาบทบาทการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนทั้งคนไทย และชาวต่างชาติในพื้นที่ศึกษา
- 2.3 เพื่อศึกษาการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การนำส่งจนถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- 2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการทำงานการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในทุกขั้นตอน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน



4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวให้ได้มาตรฐานสากล
- 4.2 ปรับปรุงโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สามารถวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติได้

4.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงรูปแบบและระบบการให้บริการ แก่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติให้มีประสิทธิภาพ เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน บริษัทประกันภัย เป็นต้น

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวต่างชาติที่มาท่องเที่ยวในประเทศไทยที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 - เมษายน 2556 เท่านั้น

5.2 ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 - มิถุนายน 2556

6. นิยามศัพท์และนิยามศัพท์ปฏิบัติการ

6.1 นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ หมายถึง ชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อการท่องเที่ยว มีระยะเวลาที่พำนักในประเทศไทยไม่เกิน 3 เดือน กลุ่มที่มีสามีภรรยาเป็นคนไทยไม่นับเป็นนักท่องเที่ยว ชาวต่างชาติที่มาทำงานในประเทศไทย เช่น ลาว เขมร พม่า เวียดนามไม่ถือเป็นนักท่องเที่ยว

6.2 กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่ได้รับการช่วยเหลือโดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่ยังมีชีวิตอยู่ขณะสัมภาษณ์ และได้รับอุบัติเหตุ มาไม่เกิน 2 สัปดาห์นับจากวันเกิดอุบัติเหตุถึงวันสัมภาษณ์

6.3 การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ หมายถึง ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

6.4 อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง การเกิดเหตุการณ์ยานพาหนะทุกชนิดชน เฉี่ยว กับพาหนะคู่กรณีหรือ คนเดินถนนถูกเฉี่ยวชนหรือยานพาหนะไปเฉี่ยวชนสิ่งกีดขวางตามถนนหรือข้างถนนจนมีผู้ได้รับบาดเจ็บ

6.5 กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ ได้แก่

6.5.1 นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุที่สามารถให้คำสัมภาษณ์ได้ หรือเป็นเพื่อนญาติ ครอบครัว เดียวกันกับผู้บาดเจ็บที่ประสบอุบัติเหตุ เหตุการณ์เดียวกัน ในกรณีผู้บาดเจ็บไม่สามารถให้คำสัมภาษณ์ได้

6.5.2 ผู้ที่อยู่ในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งผู้บาดเจ็บจนถึง โรงพยาบาล

6.5.3 แพทย์หรือพยาบาล ที่เป็นผู้ดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว การให้ความช่วยเหลือแก่นักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุอย่างทันท่วงที การให้การรักษายาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการการนำส่งไปรับการรักษาพยาบาลสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษามากที่สุดที่อยู่ใกล้จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมทั้งลดโอกาสที่จะเกิดความพิการลงได้ อุบัติเหตุบนถนนสามารถป้องกันได้และแม้หลังจากที่เกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้ว เรายังอาจลดการตาย และผลกระทบของการบาดเจ็บจะลงได้โดยให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ เป้าหมายสูงสุดของการสร้างความปลอดภัยทางถนนไม่ใช่เพียงแค่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการป้องกันการตายและความพิการด้วย ดังนั้นจึงควรลงมือทำอย่างเร่งด่วนเพื่อปรับปรุงการตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุและการรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น บทบาทของหน่วยงานสุขภาพในการรักษาผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของความผิดพลาดถนน จะเริ่มต้นจากจุดที่เกิดเหตุและต่อเนื่องไปยังศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และสถานที่พักฟื้นถ้าจำเป็น ระบบบริการผู้บาดเจ็บเป็นแผนงานที่รวมขั้นตอนเหล่านี้ทั้งหมดไว้ด้วยกันรวมทั้งการป้องกันและการดูแลให้การส่งต่อระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างราบรื่น (7)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดอุบัติเหตุและมีผู้ได้รับบาดเจ็บบุคคลที่มักเข้าให้การช่วยเหลือแก่ผู้บาดเจ็บเป็นอันดับแรกคือบุคคลทั่วไป ก่อนที่ผู้ที่มีบทบาทและมีความสามารถที่แท้จริงจะมาถึงปัญหาอุปสรรคที่มักเกิดขึ้นจนอาจทำให้ผู้ได้รับการบาดเจ็บมีอาการแย่ลงหรืออาจเสียชีวิตได้คือการขาดความรู้ของประชาชนทั่วไปที่เข้าช่วยเหลือ ความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรมของผู้ให้การช่วยเหลือและผู้บาดเจ็บการติดต่อสื่อสารไปยังผู้รับผิดชอบที่เหมาะสมมีไม่เพียงพอและการบริการก่อนถึงโรงพยาบาลที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ปัจจัยกลุ่มนี้ยังอาจนำไปสู่การที่ประชาชนมุ่งรายรอบผู้บาดเจ็บอย่างหนาแน่นและขัดขวางการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนของการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานรักษาพยาบาล ได้แก่การจราจรที่หนาแน่นขาดการประสานงานที่ดี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นได้

การศึกษานี้จะได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับระบบการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศและต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจวิวัฒนาการและเปรียบเทียบมาตรฐานของระบบบริการในประเทศต่างๆ ส่วนประกอบที่สำคัญและจำเป็นของระบบบริการ และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย (8)

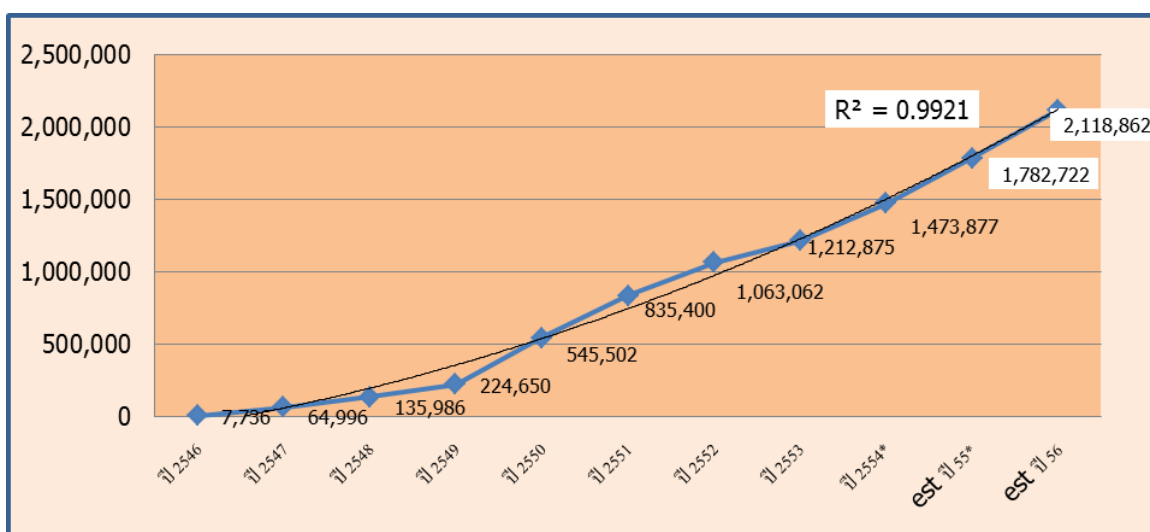
การเจ็บป่วยฉุกเฉินนับว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2555 หนึ่งในสี่ของการตายทั้งหมดในโลก เกิดจากโรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะ Stroke และการบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล และครอบครัวอย่างรุนแรง นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมากในภาพรวม ในประเทศไทย มีข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ พบผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี มีผู้เจ็บป่วยวิกฤติ

และเร่งด่วนประมาณ ร้อยละ 30 คาดว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตประมาณ ปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน หากมีระบบบริการการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าว ได้ประมาณปีละ 9,000 – 12,000 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ในประเทศไทยมีความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ นั้น จากการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชาชนจากอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีมูลค่าสูงถึง 134,197 ล้านบาทต่อปี (9)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้รับการพัฒนาขึ้น นับตั้งแต่มูลนิธิอหิวาต์เฉื่อยชืด (มูลนิธิอหิวาต์เฉื่อยชืดในปัจจุบัน) ได้ริเริ่มให้บริการขนส่งศพไม่มีญาติใน พ.ศ. 2480 และได้ให้บริการรับส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ต่อมาใน พ.ศ.2513 มูลนิธิร่วมกตัญญูได้เปิดให้บริการในลักษณะเดียวกัน ทั้งสองแห่งนี้รวมทั้งการจัดตั้ง ศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) ณ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน ได้เป็นต้นกำเนิดของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่คนทั่วไปสามารถเข้าถึงการบริการได้โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และไม่ใช่งานเฉพาะกิจ อีกต่อไป ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ เป็นองค์กรของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว และสามารถบริหารงานตามนโยบายการบริหารงานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย สามารถก้าวกระโดดไป ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดบริการและมีการใช้บริการของผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา โดยมีการออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 7,736 ครั้ง ในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 64,996 ครั้ง (8.4 เท่าของปี 2546) หลังจากนั้นตั้งแต่ปี 2548 - 2551 แนวโน้มของปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ระหว่างปี 2542 - 2555 มีแนวโน้มการปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 20 - 30 ต่อปี โดยในปี 2552 มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 1,063,062 ครั้ง ในปี 2553 มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 1,212,875 ครั้ง และปี 2554 มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 1,473,877 ครั้ง ทำให้มีการคาดการณ์ว่า ในปีงบประมาณ 2555 และปีงบประมาณ 2556 จำนวนการปฏิบัติการฉุกเฉิน มีโอกาสสูงถึง 1,782,772 และ 2,118,862 ครั้ง ตามลำดับ

ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ปี 2547 - 2554 และแนวโน้มปี 2555 - 2556



แหล่งที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2555

การพัฒนาทรัพยากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ทรัพยากรที่สำคัญและเป็นหัวใจของระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยทรัพยากรบุคคล และยานพาหนะ ซึ่งการออกปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละครั้งจะต้องปฏิบัติการภายใต้การสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ที่ได้รับการร้องขอจากญาติ ผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือจากผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 และเรียกหน่วยที่ออกปฏิบัติการว่า “ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน” เพราะการออกปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละครั้ง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ผ่านการอบรม ยานพาหนะซึ่งอาจเป็นรถฉุกเฉิน เรือ หรืออากาศยาน พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด

1. ทรัพยากรบุคคลในระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน

ทรัพยากรบุคคลในระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางที่กำหนดไว้ ตามมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมาได้ดำเนินการจัดอบรมและฝึกปฏิบัติแก่กลุ่มผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในระบบเพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะ และการจัดอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติการใหม่ พร้อมขึ้นทะเบียนทำให้ปัจจุบันมีจำนวนผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสิ้น 122,945 คน ได้แก่ แพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP) จำนวน 247 คน แพทย์ (Physician) จำนวน 1,237 คน พยาบาลกู้ชีพ (Nurse) จำนวน 15,049 คน เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I) จำนวน 873 คน เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B) จำนวน 3,849 คน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) จำนวน 101,690 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกประเภท พร้อมทั้งจัดให้มีแผนแม่บท สำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ทั่วไปที่อบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเติม พยาบาลกู้ชีพ เวชกรฉุกเฉินระดับสูง เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง เวชกรฉุกเฉินระดับต้น รวมทั้งอาสาสมัครฉุกเฉินเบื้องต้น นอกจากนี้ เพื่อเป็นการธำรงรักษาบุคลากรให้คงไว้ในระบบและเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ จึงได้จัดทำโครงการประกันชีวิตบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีกรมอบเข็มเชิดชูเกียรติให้แก่ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2555

ลำดับ	ประเภททรัพยากรบุคคลปฏิบัติการฉุกเฉิน	จำนวน (คน)
1	แพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Physician: EP)	247
2	แพทย์ (Physician)	1,237
3	พยาบาลวิชาชีพ (Nurse)	15,049
4	เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I)	873
5	เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B)	3,849
6	ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder)	101,690
	รวมทั้งสิ้น	122,945

แหล่งที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2556

2. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยมีองค์ประกอบคือ ผู้ปฏิบัติการ พานะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับประเภทของชุดปฏิบัติการให้เป็นไปตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด และจากการประสานความร่วมมือจัดทำคู่มือมาตรฐานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและออกชี้แจงทำความเข้าใจกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทในการเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้มีหลายหน่วยงานสนใจและขึ้นทะเบียน ทำให้มีชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับที่ขึ้นทะเบียน และพร้อมให้บริการ ในปี 2555 จำนวนทั้งสิ้น 12,691 ชุด จำแนกเป็น 4 ประเภทคือ

- 1) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support: ALS) จำนวน 2,183 ชุด
- 2) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support: ILS) จำนวน 42 ชุด
- 3) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) จำนวน 1,837 ชุด
- 4) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) จำนวน 8,629 ชุด

นอกจากนี้ ในส่วนของระบบปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ มีเรือเป็นพาหนะสำหรับใช้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทางน้ำจากการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1,128 ลำ และระบบปฏิบัติการทางอากาศยานมีเครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์ จากการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 108 ลำ

ผลงานด้านการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการจัดการบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นจังหวะวิกฤตของชีวิตของแต่ละบุคคล จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันกาล เพราะผลลัพธ์ที่ตามมาอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2556 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีผลงานด้านการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยจำแนกตามประเภทการปฏิบัติการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย กระทั่งถึง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และ

การบำบัดอย่างทันด่วนที่ ดูแลรักษาอย่างทันด่วนที่ ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน สำหรับ การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัจจุบันจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ประเภทฉุกเฉิน 2) ประเภทไม่ฉุกเฉิน และในระดับ ของประเภทฉุกเฉิน ยังได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และ 3) ผู้ป่วย ฉุกเฉินไม่รุนแรง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะใช้รหัสสีแดง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนใช้รหัสสีเหลือง และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ใช้รหัสสีเขียว

ผลงานด้านการรับแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669

การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 โดยการจัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทั่วประเทศ 78 ศูนย์ เพื่อให้ ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มาตรฐาน และได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น ประชาชนหรือผู้ประสบเหตุ สามารถแจ้งเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานศูนย์สั่งการจะพิจารณาสั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมตามระดับ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งให้คำปรึกษาในการดูแลและช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับผลงานปี 2556 ในช่วง 8 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีสถิติการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 (first call) จำนวน 518,675 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.83 ของการแจ้งเหตุทุกช่องทาง (ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2556) ซึ่งลดลงจากผลงานในปี 2555 ในช่วงเวลาเดียวกัน 118,993 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.20 นอกจากนี้ ยังมีการแจ้งเหตุผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น ประชาชนแจ้งผ่านหมายเลขอื่น แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือหน่วยกู้ชีพและกู้ภัย รวมถึงแจ้งผ่านวิทยุสื่อสาร เป็นต้น

พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอื่น

ประเทศมาเลเซีย (10)

การพัฒนาของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศมาเลเซียมีข้อมูลปรากฏว่าเริ่มขึ้นที่โรงพยาบาล Hospital of University Sains Malaysia (HUSM) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนที่ใหญ่ที่สุด โรงพยาบาลหนึ่งในประเทศมาเลเซีย อยู่ห่างจากโกตาบารูเมืองหลวงของรัฐกลันตันประมาณหกสิบกิโลเมตร มีประชากร 398,835 คน โกตาบารูมีหน่วยบริการรถพยาบาลสองหน่วยที่สำคัญและหนึ่งในจำนวนนั้น ดำเนินการ โดย HUSM เป็นศูนย์การแพทย์ตติยภูมิและรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นในภูมิภาคชายฝั่งตะวันออก ของคาบสมุทรมลายู พื้นที่ให้บริการของ HUSM ครอบคลุมพื้นที่ 65,000 ตารางกิโลเมตร แผนกฉุกเฉิน ของ HUSM ดำเนินการเกี่ยวกับการโทรฉุกเฉินที่ได้รับประมาณ 600 ถึง 700 ครั้งปี ที่แผนกฉุกเฉินของ HUSM บริการรถพยาบาลจะดำเนินการภายใต้ระบบที่เรียกว่าระบบโรงพยาบาล โดยรถพยาบาลทั้งหมดจะตั้งอยู่ในบริเวณ โรงพยาบาล (ใกล้แผนกฉุกเฉิน) ในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ลูกค้าหรือ ผู้ประสบอุบัติเหตุจะกระตุ้นการทำงานของระบบ EMS โดยใช้หมายเลขฉุกเฉิน 991 รถพยาบาลก็จะส่งไปยังที่เกิด เหตุโดยเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ก่อนที่จะมีการจัดตั้งระบบปัจจุบัน HUSM หรือรัฐกลันตันไม่ได้มีหน่วยงานเฉพาะ หรือฝึกรถพยาบาลที่ได้รับฝึกรถพยาบาลเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการโทรเรียกรถพยาบาล พนักงานที่ทำหน้าที่นี้ ในตอนนั้นเป็นคนเดียวกันกับคนที่ต้องทำงานประจำที่สำคัญในแต่ละวันในแผนก เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยสำหรับการไปถึง ผู้บาดเจ็บก่อนที่จะจัดตั้งของทีม EMD คือ 21.8 นาที จากการเริ่มใช้งานของระบบปัจจุบัน เจ้าหน้าที่แผนก รถพยาบาลทุกคนที่แผนกฉุกเฉินของ HUSM จะได้รับการอบรมฝึกฝนให้ทำหน้าที่ส่งผู้ที่มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ทางทางการแพทย์ออกไป ณ จุดเกิดเหตุกรณีฉุกเฉิน (EMD) การฝึกรถพยาบาลนี้เริ่มต้นในช่วงกลางปี 2004 ผู้สมัครต้อง

อบรมให้ได้ 46 ชั่วโมง ตามกำหนดก่อนที่จะสามารถเข้าขั้นสุดท้ายได้ ถ้าประสบความสำเร็จในการสอบพวกเขาจะจบการศึกษาเป็นบุคลากร EMD หลักสูตร EMD นี้ ปรับปรุงมาจากหลักสูตรที่ใช้ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งแคลิฟอร์เนีย ทีม EMD เปิดตัวอย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม 2005 และตั้งแต่นั้นมาบุคลากร EMD สามารถจัดการการเรียกรถพยาบาลในโรงพยาบาลนี้ทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของ เวลาที่ใช้สำหรับไปถึงบริเวณที่ประสบเหตุลดลง 69.7% จาก 21.8 นาที เป็น 15.2 นาที แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันการมีบุคลากร EMD ช่วยให้เวลาที่ใช้สำหรับการดำเนินการเมื่อมีการโทรเรียกฉุกเฉินได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปรัชญาและการทำงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินระบบ (EMS) ในประเทศมาเลเซียยังมีความไม่ชัดเจน ณ เวลาที่มีการตีพิมพ์รายงานฉบับนี้ใช้อ้างอิง (2008) ซึ่งหมายถึง มีความต้องการการใส่ใจอย่างมากจากผู้มีอำนาจหน้าที่ในการปรับปรุงเพื่อให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลในประเทศมาเลเซียทั้งหมด (อาบูฮัสซัน, 2005) ในประเทศที่พัฒนาแล้วระบบ EMS มีการจัดการโดยองค์กรอิสระ ตัวอย่างเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงานพิเศษเพื่อดูแลระบบ EMS รวมทั้งบริการรถพยาบาล และในการศึกษาบางการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าเกิดการปรับปรุงที่สำคัญของการให้บริการรถพยาบาลหลังจากที่มีการดูแลโดยหน่วยงานพิเศษนี้ (โรเบิร์ต, 1999; วิลสัน, et al, 2002) หน่วยงานนี้ไม่เพียงฝึกอบบรมบุคลากรพยาบาล แต่ยังพัฒนาฝีมือและระเบียบการสำหรับการจัดการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมเส้นทางอาชีพสำหรับพนักงานขององค์กรด้วยซึ่งรวมถึงการจัดทำหลักสูตรปริญญาตรีและปริญญาชั้นสูง ตรงกันข้ามระบบ EMS ของมาเลเซียจะดำเนินการโดยบุคลากรเดียวกันที่ยังเป็นส่วนหนึ่งของแผนกฉุกเฉิน พนักงานขับรถ ผู้ช่วยทางการแพทย์และพยาบาลล้วนทำงานให้โรงพยาบาลและในเวลาเดียวกันพวกเขาได้รับมอบหมายให้จัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย ซึ่งทำให้บุคลากรเหล่านี้มีความยากลำบากมากในการทำงานที่จะมีผลกระทบต่อกคุณภาพของการบริการในเวลาต่อมา

ประเทศสิงคโปร์ (11)

ประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศที่เป็นเกาะเล็กมีพื้นที่ 697.1 ตารางกิโลเมตรมีความยาวตลอดชายฝั่งประมาณ 193 กิโลเมตรมีประชากรประมาณ 4.5 ล้านคน ซึ่งถือว่ามีความหนาแน่นของประชากรสูงมีการปกครองแบบประชาธิปไตย ลักษณะทางประชากรประกอบด้วยหลายเชื้อชาติ ได้แก่ จีนมีร้อยละ 76.2 มาเลเซียร้อยละ 13.8 อินเดียร้อยละ 8.3 และกลุ่มยุโรปและอื่นๆ ร้อยละ 1.7 การพัฒนาการให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 - 1976 โดยเริ่มจากโรงพยาบาลดำเนินการเอง ขณะนั้นมีรถพยาบาล 2 คัน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ในการช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งผู้เจ็บป่วยไปโรงพยาบาล ที่ผ่านมาในแต่ละปีจะมีผู้โทรขอความช่วยเหลือมากกว่า 10,000 สายต่อปี โดยมีค่าเฉลี่ยของความทันเวลาประมาณ 25 นาที แต่ถ้าเป็นอุบัติเหตุทางถนนและเหตุการณ์ไฟไหม้ จะมีความทันเวลาถึงที่เกิดเหตุภายใน 15 นาที

ในปี ค.ศ. 1989 การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency ambulance system : EAS) ได้ถูกปรับให้ไปอยู่ในหน่วยป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนของสิงคโปร์ (SCDF) อยู่ภายใต้กระทรวงสวัสดิการสังคม แรกเริ่มได้มีการจัดการรถพยาบาลให้บริการ 16 คัน ผู้ปฏิบัติการประจำรถพยาบาลต้องผ่านการอบรมทั้งในเรื่องของการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support : BLS) และอนามัยครอบครัวย โดยผู้ที่เข้าอบรม จะเป็นพนักงานดับเพลิง รวมทั้งคนขับรถยนต์ หลังจากนั้นในปีเดียวกันได้มีการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (AED) ในปี 1993 ได้มีการจัดหารถยนต์เพิ่มขึ้นเป็น 20 คัน รถทุกคันจะมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจประจำรถพร้อมใช้

ปัจจุบัน มีรถพยาบาลฉุกเฉินทั่วประเทศ 40 คัน ประจำอยู่สถานียดับเพลิง 13 แห่ง ในแต่ละปีจะมีผู้โทรขอความช่วยเหลือ ประมาณ 80,000 - 90,000 สาย เบอร์โทรสายด่วน คือ 995 ทุกสายจะเข้าไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการกลาง และจะมีการสั่งการไปยังสถานียดับเพลิงต่างๆ ในปี 1992 จากการศึกษาพบว่า มีความทันเวลาภายใน 11 นาทีประมาณร้อยละ 95 ของสายที่โทรมาทั้งหมดและหน่วยป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ได้มีการจัดหารถมอเตอร์ไซด์สำหรับออกปฏิบัติการฉุกเฉิน (Motorcycle –based fast response paramedic) ในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุทางถนน ในแต่ละสถานียดับเพลิงจะมีมอเตอร์ไซด์ 1-2 คัน โดยรถจะมีอุปกรณ์กู้ชีพและศักยภาพเหมือนกับรถพยาบาล ซึ่งผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซด์ฉุกเฉินนี้ จะต้องผ่านหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพ (BLS) มีเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจ (AED) มีอุปกรณ์ช่วยหายใจ ซึ่งรถมอเตอร์ไซด์จะเดินทางเข้าไปช่วยเหลือในที่เกิดเหตุก่อนที่รถพยาบาลจะเข้าไปถึง เพื่อนำส่งผู้บาดเจ็บไปโรงพยาบาลภายหลัง การปฏิบัติงานในรูปแบบดังกล่าวทำให้ความทันเวลาในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจาก 15 นาที ก่อนหน้านั้นเหลือเพียง 8 นาที โดยเฉลี่ยในปัจจุบัน

ประเทศอินโดนีเซีย (12)

การดูแลนอกโรงพยาบาลในประเทศอินโดนีเซีย อาจจะกล่าวได้ว่ามีต้นกำเนิดย้อนกลับไปได้ไกลถึง ค.ศ.1969 เมื่อสมาคมศัลยแพทย์อินโดนีเซียได้ประกาศยอมรับว่าแม้จะมีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรสูงถึงร้อยละ 70 ของการตาย จากการบาดเจ็บทั่วประเทศ แต่ขณะนั้นยังไม่มีระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลที่จะจัดการกับเรื่องนี้ ในปี ค.ศ.1972 โครงการรถพยาบาลนำร่องได้ก่อตั้งขึ้น แต่ก็ยากที่จะพัฒนาเพราะปัญหาทางการเงินและการจัดลำดับความสำคัญอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเผชิญ (โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ) ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 และต้นทศวรรษ 1990 รัฐบาลและวิชาชีพมีการตระหนักรู้ว่าระบบของการดูแลนอกโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นและทรัพยากรที่มีอยู่ ณ ขณะนั้นจำเป็นต้องมีการขยาย สิ่งที่ได้รับการพัฒนาคือ บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 118 ซึ่งเป็นมูลนิธิที่สร้างขึ้นโดยสมาคมศัลยแพทย์อินโดนีเซีย พวกเขาทำงานร่วมกับสำนักงานเทศบาลในห้าเมืองที่ใหญ่ที่สุดในอินโดนีเซียคือ จาการ์ตา ปาเล็มบัง ยอกยาคารตา สุราบายาและมาร์คัสเซอร์ (และตอนนี้มีมาลัง และเดนปาซาร์) ในการพัฒนาระบบบริการรถพยาบาลสาธารณะที่บริหารจัดการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์แต่มีการฝึกอบรมเพื่อการกู้ชีพกู้ภัยโดยเฉพาะ

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลพลเรือนประมาณ 104 โรงพยาบาลในจาการ์ตา ที่มีแผนกฉุกเฉินซึ่งมีมาตรฐานและขนาดที่แตกต่างกันโรงพยาบาลเหล่านี้ประกอบด้วย โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลทหารที่รักษาผู้ป่วยพลเรือนด้วย โรงพยาบาลมักจะมีรถพยาบาลของตัวเอง ซึ่งจะถูกนำมาใช้สำหรับการถ่ายโอนผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 118 เป็นบริการรถพยาบาลสาธารณะเพียงบริการในประเทศอินโดนีเซีย ตั้งอยู่ในห้าเมืองดังกล่าวข้างต้น บริการนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากรัฐบาล แต่จะเรียกเก็บจากผู้ที่สามารถที่จะจ่าย การเข้าใช้บริการทำได้โดยการโทรออกหมายเลข 118 ฟรี ศูนย์บริการรับคำร้องในจาการ์ตาได้รับสายประมาณ 50 - 75 สายต่อวัน ในเมืองที่มีประชากรสูงถึง 10 - 12 ล้าน แสดงให้เห็นว่าบริการยังคงห่างไกลจากการเป็นระบบบริการที่เข้าถึงทุกคน โทรศัพท์ที่เรียกไปที่ศูนย์ฯ จะมีผู้จัดการโดยพนักงานด้านการแพทย์ผ่านการฝึกอบรมแล้วซึ่งจะเก็บรายละเอียดจากผู้โทรมาและจะให้คำแนะนำหลังจากที่ได้รับข้อมูลทางคลินิกแล้ว และจากนั้นจะส่งรถพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดไปยังสถานที่เกิดเหตุ บริการรถฉุกเฉิน 118 ใช้ระบบส่งรถพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ที่ตั้งไว้ และหากจำเป็นจะ triage การโทรด้วย ในทางทฤษฎีบริการจะครอบคลุมพื้นที่จาการ์ตาทั้งหมด (พื้นที่ 661 ตารางกิโลเมตรและมีประชากร 10 - 12 ล้านบาท) แต่มีโรงพยาบาลที่ทำงานได้จริงเพียง 26 โรงพยาบาลเท่านั้น จึงไม่สามารถครอบคลุมพื้นที่ดังกล่าวได้ โรงพยาบาลตั้งอยู่ที่จุดยุทธศาสตร์ 10 จุดบริเวณภาคเหนือและใจกลางเมือง จึงไม่น่าแปลกใจที่เวลาในการตอบสนองต่อการโทร

ขอความช่วยเหลือไม่ได้เพราะขาดยานพาหนะ ปริมาณการจราจรบนถนนในกรุงจาการ์ตาและพื้นที่ขนาดใหญ่ที่บริการจะต้องครอบคลุม ส่วนยอดจาการ์ตาที่อยู่ใจกลางของชาวมีความทันเวลาต่อเหตุการณ์ดีกว่านั้น คือ ความทันเวลามักจะเฉลี่ยที่ประมาณ 10 นาที แต่เมืองนี้มีประชากรเพียง 425,000 คนเท่านั้น และปริมาณการจราจรที่เป็นเศษเสี้ยวของจาร์กาตาร์

บุคลากรกู้ชีพที่รับผิดชอบต่อการโทรเรียกนั้นๆ จะบริหารการรักษาตามแนวทางที่เรียกว่าเอบีซี และจากนั้นจะนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ใกล้และเหมาะสมที่สุดที่ได้จากการประเมินโดยใช้อัลกอริทึมที่มีข้อมูลลักษณะของโรงพยาบาลต่างๆ ในท้องที่ โดยปกติโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนจะให้การรักษาฟรีแก่ผู้ป่วย บุคลากรกู้ชีพจะเก็บบันทึกข้อมูลการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วย คะแนนการบาดเจ็บที่ปรับปรุงแล้ว ความทันเวลาและโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยถูกนำส่งไปรักษา ขณะนี้แผ่นบันทึกข้อมูลแบบใหม่กำลังอยู่ในระหว่างการวางแผนซึ่งจะทำให้ลดลงเหลือเพียงหน้าเดียวและจะมีการบันทึกข้อมูลของการสำรวจปฐมภูมิและทุติยภูมิ (ใช้ภาพในการถาม) รวมทั้งรายละเอียดการบริหารจัดการ ส่วนที่ด้านหลังของแผ่นจะมีตัวช่วยเตือนความจำสำหรับคะแนนการบาดเจ็บ

ปัจจุบัน หมายเลข 118 ของเมืองจาการ์ตามีรถพยาบาลการที่ใช้ในการทำงาน 26 คัน และมีรถจักรยานยนต์ 12 คัน รถเหล่านี้จะอยู่ที่สถานี 118 หรือจุดยุทธศาสตร์ทั่วเมือง หมายเลขนี้เห็นได้ชัดว่าไม่ได้ใกล้เคียงกับจำนวนรถพยาบาล 100 คัน ที่ประมาณการณ่ว่าจำเป็นต้องใช้อย่างเพียงพอ เพื่อให้ครอบคลุมเมืองใหญ่ และเพื่อจัดเจ้าหน้าที่ให้เข้าชุดกับยานพาหนะเหล่านี้ต้องใช้บุคลากร 150 คน (ทั้งที่ยังอยู่ในการฝึกอบรมหรือผ่านการฝึกอบรมเรียบร้อยแล้ว) ซึ่งทำงานกะละ 24 ชั่วโมง รถพยาบาลมีอุปกรณ์ได้แก่ออกซิเจน เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องหมุนเวียนอากาศ กระดานสำหรับรองรับกระดูกสันหลังและเปลือกและมีการจัดการโดยบุคลากรสองคนในรถแต่ละคัน ส่วนรถจักรยานยนต์นั้นยังไม่มีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมเพียงพอต่อการปรับใช้ให้ได้ตลอดเวลาดังนั้นรถจักรยานยนต์จึงใช้เฉพาะในช่วงชั่วโมงเร่งด่วนในเมืองจาการ์ตาด้านเหนือ รถจักรยานยนต์มีอุปกรณ์การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีบทบาทคือการรักษาเสถียรภาพของผู้ป่วยก่อนที่รถพยาบาลจะมาถึง

บริการรถพยาบาลฉุกเฉินหมายเลข 118 มักจะออกแบบและผลิตอุปกรณ์ของตัวเองเนื่องจากมีราคาถูกกว่าการนำเข้าจากต่างประเทศและสามารถทำตามความต้องการใช้งานของตนเองได้ พวกเขาได้ทำแผงรองกระดูกสันหลัง ผีอก รถเข็น เพล ปลอกคอและแม้กระทั่งตัวรถพยาบาล เพลหามจะต้องวางได้บนพื้นนุ่มและพื้นผิวที่ไม่สม่ำเสมอ เพลจะถูกออกแบบให้สามารถเปลี่ยนความกว้างแตกต่างกันไป ความกว้างของล้อที่จะรับมือกับพื้นผิวที่แตกต่างกัน รูปภาพของรถพยาบาลและรถมอเตอร์ไซด์ที่ใช้โดยหน่วยบริการฉุกเฉินมีแสดงในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่อกับเครือข่าย

รถพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศอินโดนีเซีย มักเป็นรถตู้สีขาวมีเปลภายใน รถพยาบาลที่ซื้อมาจากในต่างประเทศ มีแนวโน้มที่จะมีราคาแพงมากและอาจไม่เหมาะกับสภาพถนนที่มีพื้นผิวที่คุณภาพแตกต่างกันไป ช่องเดินรถแคบหรือน้ำท่วมบ่อย ในอดีตที่ผ่านมาหน่วยบริการได้ซื้อรถพยาบาลจำนวนมากจากต่างประเทศ หรือรับบริจาค สิ่งนี้มีผลให้ได้ยานพาหนะที่แตกต่างกันในแง่ความเหมาะสม อายุและหน้าที่ เมื่อเร็วๆ นี้ รถพยาบาลต้นแบบ 2 แบบ ได้ถูกสร้างขึ้นโดยหน่วย 118 รถเหล่านี้ทำจากไฟเบอร์กลาสที่ง่ายในการทำความสะดวก ถูกกว่า เบากว่า และเย็น มีฐานล้อยาวและมั่นคงแข็งแรง และมีการยกสูงขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นจึงยังคงทำงานได้ในพื้นที่น้ำท่วม ต้นแบบเหล่านี้ ยังจะต้องออกวางตลาด แต่คาดว่าจะถูกใช้โดยหน่วย 118 และผู้ให้บริการรถพยาบาลอื่นๆ ในประเทศอินโดนีเซียและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ว่าหน่วย 118 จะเป็นบริการรถพยาบาลสาธารณะ แต่ก็ไม่ได้ได้รับสนับสนุนทุนจากรัฐบาลเสมอมา บางครั้งได้รับสนับสนุนจากสภาเทศบาล ร้อยละ 50 ของเงินทุนได้มาจากผู้ป่วยที่สามารถที่จะจ่ายได้ (200 000 รูเปียห์ ต่อการโทรเรียกใช้บริการหรือ ประมาณ £ 13) และอีกร้อยละ 50 ได้รับจากหลักสูตรที่สมาชิกจาก 118 สอน เงินเหล่านี้ใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ค่าจ้างพนักงานและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยเป็นอาชีพใหม่ในประเทศอินโดนีเซียดังนั้นหน่วยบริการ 118 จึงรับสมัครพยาบาลแล้วให้การฝึกอบรม

พยาบาลเหล่านี้ (เกือบทั้งหมดเป็นผู้หญิง) ได้สำเร็จการฝึกอบรมที่วิทยาลัยพยาบาล หลักสูตรสามปี (หลังจากสำเร็จการศึกษาทั่วไประยะเก้าปี) ก่อนที่จะเข้าฝึกอบรมเป็นเจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยมีสามระดับ และทุกคน เป็นคนขับรถที่ได้รับการฝึกฝน พวกเขาได้รับการสอนที่ศูนย์ 118 ในจาการ์ตา โดยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ ที่มีประสบการณ์ในด้านนี้ ขณะนี้เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยได้รับการรับรองให้เป็น พยาบาล แต่ก็หวังว่าศูนย์ 118 ในจาการ์ตาจะได้รับการยอมรับและได้รับการรับรองเป็นโรงเรียนผู้ช่วยแพทย์ด้านกู้ชีพกู้ภัยเร็วๆ นี้

การพัฒนาในปัจจุบัน

การจัดการรถพยาบาล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้รถขนส่งสาธารณะหรือเอกชนรูปแบบต่างๆ เพื่อไปโรงพยาบาล การจัดหาและให้บริการรถพยาบาลในเมืองหลวงมีไม่เพียงพอ เหตุการณ์หนึ่งที่น่าเศร้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2000 มีระเบิดอยู่ในใจกลางของกรุงจาการ์ตา คนสองคนที่ผ่านไปบริเวณนั้นเสียชีวิตอย่างอนาถ และมีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนหนึ่ง คนหนึ่งซึ่งในจำนวนนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ทางการทูต โชคดีที่ในขณะนั้นมีรถพยาบาลอยู่ใกล้เคียงและถูกส่งไปในทันทีที่เกิดเหตุ และมาถึงภายในไม่กี่นาที เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยให้การดูแลผู้บาดเจ็บที่ร้ายแรงที่สุดและรีบนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง ส่วนนักการทูตที่ได้รับบาดเจ็บตะโกนขอความช่วยเหลือทำให้เจ้าหน้าที่ประเมินว่าเขามีทางเดินทางหายไถ่ การหายใจและการไหลเวียนเลือดเพียงพอจึงปล่อยให้เขารอรถพยาบาลคันต่อไป แต่อย่างไรก็ตามรถพยาบาลที่สองต้องใช้เวลา 30 นาที

ผลจากเหตุการณ์นี้ทำให้รัฐบาลจัดตั้งคณะกรรมการที่มีหน่วยบริการฉุกเฉิน 118 และเจ้าหน้าที่สำนักงานเทศบาลเป็นสมาชิกและคาดการณ์ว่ามีความจำเป็นต้องมีรถพยาบาลประมาณ 100 คัน (พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่) สำหรับกรุงจาการ์ตาเพื่อลดเวลาการตอบสนอง หน่วย 118 ในปัจจุบันมีรถพยาบาล 26 คัน แต่จะเพิ่มขึ้นเป็น 40 - 50 คันภายในเดือนสิงหาคม 2004 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากสำนักงานเทศบาล พร้อมกันนั้นคือความต้องการที่จะรับสมัครเจ้าหน้าที่กู้ชีพให้มากขึ้น จุดมุ่งหมายคือการมีจุดปล่อยรถพยาบาล 20 จุด (จากปัจจุบัน 10) ทั่วกรุง

ประเทศเนเธอร์แลนด์ (13)

รถพยาบาลภาคพื้นดิน

หน่วยแพทย์ฉุกเฉินในประเทศเนเธอร์แลนด์ดำเนินการให้บริการโดยเอกชนหลายองค์กรภายใต้สัญญา กับรัฐบาล ระบบประกอบด้วย บริษัทรถพยาบาลเอกชนหลายบริษัท ที่มีพื้นที่การให้บริการของตัวเองที่กำหนดภายในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งภายใน 15 พื้นที่บริการโดยใช้มาตรฐานการดำเนินงานที่อยู่ในสัญญาที่ทำกับรัฐบาล สัญญาทั้งหมดระบุว่าผู้รับเหมาจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่ดีพิมพ์และระบุสำหรับยานพาหนะ อุปกรณ์ การฝึกอบรม และการปฏิบัติงาน ซึ่งออกโดยสถาบันการพยาบาลเคลื่อนที่แห่งเนเธอร์แลนด์ สัญญาสำหรับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ทั้งหมดจะถูกส่งไปให้ผู้เข้าขายรับสัญญาทุกๆ สี่ปี และจะมอบให้กับผู้สมัครที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด กฎหมายในเนเธอร์แลนด์ห้ามระบบ EMS ไม่ให้ทำอะไรใดๆ รายได้ส่วนเกินทั้งหมดจะต้องถูกนำไปในการปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น ทั้งการฝึกอบรม อุปกรณ์และยานพาหนะ

ระบบบริการฉุกเฉินทางอากาศ

รัฐบาลเนเธอร์แลนด์ได้ทำสัญญาสำหรับการให้บริการหน่วยพยาบาลทางอากาศโดยเฮลิคอปเตอร์สี่ลำ ตลอด 24 ชั่วโมง เฮลิคอปเตอร์เหล่านี้จะตั้งอยู่ทั่วประเทศเพื่อลดเวลาการตอบสนองให้สั้นลง เฮลิคอปเตอร์ที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยพยาบาลทางอากาศทั้งหมดมีทั้งพยาบาลและแพทย์ บทบาทหลักของเฮลิคอปเตอร์คือการขนส่งทีมแพทย์และพยาบาลเคลื่อนที่อย่างรวดเร็วในขณะที่การขนส่งของผู้ป่วยโดยเครื่องบินแม้จะเป็นสิ่งที่ทำได้ แต่ก็ไม่ใช่วัตถุประสงค์หลัก ในบางกรณีโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินที่อยู่นอกชายฝั่ง ระบบพยาบาลโดยพลเรือนจะถูกเสริมด้วยเฮลิคอปเตอร์ 3 ลำของหน่วยบริการค้นหาและกู้ภัย ของหน่วยยามชายฝั่งของ

เนเธอร์แลนด์โดยใช้ทรัพยากรของกองทัพเรือและกองทัพอากาศ เฮลิคอปเตอร์ทั้งหมดเหล่านี้ความสามารถใช้ในการขนส่งได้ ในบางพื้นที่ของประเทศเนเธอร์แลนด์ยังได้รับบริการฉุกเฉินทางอากาศจากเฮลิคอปเตอร์หรือยานพาหนะในประเทศเบลเยียมและเยอรมนีเนื่องจากสถานที่เหล่านี้อยู่นอกช่วงบินปกติของอากาศยานที่เนเธอร์แลนด์เป็นเจ้าของ

การฝึกอบรม

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา กฎหมายดัตช์ได้กำหนดให้มีพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนต่อรถพยาบาลตลอดเวลา พยาบาลประจำรถพยาบาลทั้งหมด ล้วนผ่านการฝึกอบรมเต็มรูปแบบสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพในประเทศเนเธอร์แลนด์ รวมทั้งได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมเพิ่มเติมและได้รับประกาศนียบัตรด้านการทำให้ผู้ป่วยสลบ การดูแลผู้ป่วยแบบเข้มข้น การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหรือห้องฉุกเฉินเพื่อใช้สำหรับการสมัครฝึกอบรมเพิ่มเติมอีก 1 ปีจนมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลประจำรถพยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายการแพทย์ทั้งหมดในประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นพยาบาล อันเป็นผลให้หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ และยานพาหนะที่ใช้เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทั้งหมด มีความสามารถในการให้การช่วยชีวิตขั้นสูง (ALS) ได้โดยไม่ต้องมีการควบคุมทางการแพทย์ผ่านระบบควบคุมคอมพิวเตอร์

เจ้าหน้าที่

หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ทั้งหมด จะมีพนักงานสองคน ประกอบด้วยพยาบาลหนึ่งคนที่ผ่านการฝึกอบรมและคนขับรถโดยเฉพาะ คนขับรถจะได้รับการอบรมทางการแพทย์เพียงเล็กน้อยเท่านั้นและจะได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อยในการดูแลผู้ป่วย ทีมรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ (MMT) จะประกอบด้วยแพทย์ผ่าตัดอาวุโสหรือวิสัญญีแพทย์ที่มีการฝึกอบรมเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถทำงานในสภาพแวดล้อมนอกโรงพยาบาลได้และมีพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง อากาศยานสำหรับหน่วย MMT ได้รับการออกแบบสำหรับการขนส่งทีมงานรักษาแต่ไม่ได้ใช้การขนส่งผู้บาดเจ็บ การขนส่งผู้บาดเจ็บจะใช้รถพยาบาลที่เป็นผู้โทรศัพท์เรียกตั้งแต่แรกโดยทีมงานรักษาจะขึ้นมาด้วย ในกรณีที่สภาพอากาศไม่เหมาะสำหรับการปฏิบัติการบินทีมรักษาพยาบาลเคลื่อนที่แต่ละทีมจะมีรถตู้พิเศษสำหรับการตอบสนองในภาคพื้นดินด้วย

การส่งหน่วยพยาบาลฉุกเฉินไปปฏิบัติหน้าที่

พื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 25 พื้นที่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ สามารถส่งหน่วยพยาบาลฉุกเฉินไปด้วยตนเอง บางพื้นที่อาจมีศูนย์จัดส่งมากกว่าหนึ่งศูนย์ แต่ทั้งหมดจะเชื่อมต่อระหว่างกัน โดยเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในการจัดส่งโดยทั่วไปจะเทียบเท่ากับมาตรฐานของประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ศูนย์จัดส่งทุกศูนย์ใช้หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินเดียวกันคือ 112 การบริหารจัดการสายเรียกบริการฉุกเฉินทั้งหมดในประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำโดยพยาบาล โดยใช้แนวทางปฏิบัติและคู่มือที่พัฒนาโดย Dutch Ambulance Institute ศูนย์ส่วนใหญ่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจ

ความทันเวลา

กฎหมายดัตช์ให้การสนับสนุนมาตรฐานการดำเนินงานที่ตีพิมพ์โดย Netherlands Ambulance Institute ซึ่งกำหนดให้รถพยาบาลต้องไปถึงสถานที่เกิดเหตุฉุกเฉินใดๆ ในประเทศภายใน 15 นาที ซึ่งพบว่าความทันเวลาได้มาตรฐานประมาณร้อยละ 95 ของการให้ความช่วยเหลือทั้งหมด

ประเทศฝรั่งเศส (14)

บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศสให้บริการโดยองค์กรหลายองค์กรภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข นำโดยหน่วยควบคุมกลางที่เรียกว่า SAMU ซึ่งย่อมาจาก *Service d'Aide Médicale*

Urgente หรือหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นี้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรรวมทั้งยานพาหนะที่ตอบสนองขั้นต้นหรือรถพยาบาลจากหน่วยดับเพลิงหรือบริการรถพยาบาลเอกชนโดยอาจมีหรือไม่มีรถพยาบาลนำจาก SMUR ก็ได้ (*Service Mobile d'Urgence et Reanimation* – แปลตามตัวอักษรว่าบริการฉุกเฉินและการกู้ชีพฉุกเฉิน) ซึ่งเป็นหน่วยบริการผู้ป่วยหนัก (MICU-mobile intensive care units) ที่มีแพทย์หนึ่งคนหรือมากกว่าประจำอยู่ในหน่วยนี้

องค์กร

กฎหมายในปี ค.ศ.1986 ได้กำหนดภารกิจของ SAMU ให้เป็นบริการที่ตั้งอยู่โรงพยาบาลทำหน้าที่อย่างถาวรในการสนับสนุนทางโทรศัพท์รวมทั้งการเลือกและการส่งหน่วยบริการตอบสนองที่เหมาะสมสำหรับการร้องขอทางโทรศัพท์ องค์ประกอบหลักของ SAMU เป็นศูนย์กลางการจัดส่งความช่วยเหลือ โดยมีทีมงานประกอบด้วยแพทย์และผู้ช่วยมีหน้าที่ดังต่อไปนี้:

- การวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ เกี่ยวกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วย เมื่อมีการโทรศัพท์เรียก
- ตัดสินใจเลือกทางออกที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วย
- จัดส่งทรัพยากรการดูแลที่เหมาะสมที่สุด (หน่วยบริการผู้ป่วยหนัก รถพยาบาลหรือผู้ดูแลรักษามืออาชีพ) หรือ
- ให้คำแนะนำการเดินทางแก่ผู้ป่วยให้ไปที่สถานบริการอื่น เช่นหน่วยงานที่ให้การผ่าตัดเบื้องต้นหรือโรงพยาบาลหรือ
- แนะนำการดูแลรักษา

เนื่องจากทำงานอย่างรัดกุมและเข้มงวด (เรียกว่ากฎระเบียบทางการแพทย์) ทำให้มีเพียงประมาณร้อยละ 65 ของการร้องขอไปยัง SAMU ได้รับการตอบสนองโดยหน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ ประสิทธิภาพการทำงานปัจจุบันคือร้อยละ 80 ของความทันเวลามีระยะเวลาไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาทีและร้อยละ 95 ถึงที่เกิดเหตุภายใน 15 นาที ซึ่งหมายความว่า SAMU ควบคุมการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนอย่างหลากหลายตั้งแต่การแพทย์ทั่วไปจนถึงการบริการที่โรงพยาบาลอย่างเข้มข้น SAMU มีการจัดการที่ระดับกรมโดยที่แต่ละกรมจะจัดบริการของตนเอง และมีรหัสที่ไม่ซ้ำกันเช่น SAMU 06 ในนิวยอร์กและ SAMU 75 ในปารีส นอกจากนี้ SAMU 2 แห่งมีหน้าที่เฉพาะคือ

- SAMU ในปารีส รับผิดชอบให้บริการแก่รถไฟความเร็วสูง (TGV) และเครื่องบินแอร์ฟรานซ์ ในขณะที่อยู่ในเที่ยวบิน
- SAMU ในตุลูลู รับผิดชอบให้บริการไปยังเรือที่อยู่ในทะเล

การให้บริการรถพยาบาล

ในระบบของฝรั่งเศสคำว่า "รถพยาบาล" หมายถึง การขนส่งบุคคลบนเปลตามใบคำสั่งแพทย์รวมและคำนี้อาจใช้โดยทั่วไปกับยานพาหนะที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์และดำเนินการโดย SAMU ในท้องถิ่นรวมทั้งรถฉุกเฉินจากหน่วยบริการรถดับเพลิงหรือบริษัทเอกชน ซึ่งมีอุปกรณ์สำหรับขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงพร้อม ยานพาหนะการขนส่ง รถสีแดง (บริการดับเพลิง) มีพนักงานทำงาน 3 หรือ 4 คน รถสีขาว (บริษัท เอกชนและโรงพยาบาล) พนักงานทำงาน 2 หรือ 3 คน ทั้งสองทีมมีการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลในพื้นที่เดียวกัน

ดังนั้นภายใต้ระบบ SAMU ในประเทศฝรั่งเศสมีผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหลากหลายและให้บริการรักษาพยาบาลหลายระดับแก่ผู้ป่วย หลายสภาพ แม้ว่ายานพาหนะข้างต้นทุกประเภทพยายามที่จะปฏิบัติตามมาตรฐานรถพยาบาลในยุโรป CEN 1789 ออกโดยคณะกรรมการมาตรฐานแห่งยุโรปสำหรับ แต่ระดับของการปฏิบัติตามกฎระเบียบก็แตกต่างกันไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ยานพาหนะที่ไม่ได้จัดว่าเป็นรถพยาบาลอย่างเป็นทางการว่าในฝรั่งเศส

บริการรพยบาลเอกชน

หากเป็นกรณีไม่ใช่เหตุฉุกเฉินหรือความสำคัญน้อย บริษัทเอกชนจะเป็นผู้ให้บริการรพยบาล สำหรับการขนส่งทางการแพทย์ประเภทอื่นๆ จะไม่ใช่รพยบาล แต่จะใช้คำว่า พาหนะน้ำหนักเบาที่ปรับใช้กับการขนส่งผู้ป่วย แทนบริการรพยบาลภาคเอกชนยังมีส่วนร่วม (ในฐานะหน่วยงานที่ให้การตอบสนองต่อการร้องขอเบื้องต้น) กับหน่วยงานที่บริการความช่วยเหลือเร่งด่วนทางการแพทย์ แต่จะไม่ได้ใช้ทดแทนสำหรับการดูแลรักษาที่ทันสมัยโดยแพทย์

บริการดับเพลิง

การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอาจจะดำเนินการใช้รพยบาลกู้ภัย จากแผนกดับเพลิงซึ่งเป็นรถอเนกประสงค์ พนักงานดับเพลิงที่ผ่านการฝึกอบรมข้ามวิชาชีพและจะช่วยให้การดูแลรักษา ณ สถานที่เกิดเหตุ และการขนส่งสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหรือผู้ป่วยได้ แต่สำหรับกรณีที่เจ็บป่วยรุนแรงจะได้รับการสนับสนุนจากหน่วย SMUR

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน SMUR

ปรัชญาฝรั่งเศสต่อเหตุฉุกเฉิน คือการให้การดูแลทางการแพทย์ระดับสูงในที่ที่เกิดเหตุ ดังนั้นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน SMUR จะมีแพทย์ที่ผ่านการรับรองคุณสมบัติพร้อมทั้งพยาบาล และ/หรือเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแตกต่างกับระบบในส่วนอื่นๆ ของโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แถบประเทศแองโกลแซกซอน (สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฯลฯ) ที่การดูแลในที่ที่เกิดเหตุจะดำเนินการในเบื้องต้นโดยผู้ช่วย ผลก็คือหน่วย SMUR จะใช้เวลาในที่เกิดเหตุเมื่อเทียบกับรพยบาลในระบบที่แตกต่างออกไป แพทย์อาจดำเนินการเต็มรูปแบบทั้งการสังเกตและการตรวจร่างกาย การดำเนินการรักษาก่อนที่จะพาส่งโรงพยาบาล คุณลักษณะนี้จะตรงกันข้ามกับระบบอังกฤษหรืออเมริกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์ที่เกิดกับบุคคลสำคัญ เช่น การตายของไดอาน่าเจ้าหญิงแห่งเวลส์ในปารีสที่ล่าช้าเกือบ 2 ชั่วโมงก่อนที่จะเดินทางมาถึงที่โรงพยาบาล ทำให้มีการกล่าวว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ในการตายของเธอ

หน่วย SMUR ขึ้นกับโรงพยาบาลและถึงแม้ว่าจะมีป้ายกำกับ SAMU แต่ที่จริง หมายถึงการบริการแบบบูรณาการซึ่งควบคุมหน่วย SMUR หลายหน่วย (อาจจะจากหลายโรงพยาบาล) และทรัพยากรทั้งหมดของการดูแลฉุกเฉินภายในชุมชนนับตั้งแต่แพทย์ทั่วไป ไปจนถึงโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยแบบเต็มรูปแบบ แม้จะเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลก็ตามหน่วย SMUR อาจเลือกที่จะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นที่เห็นได้ชัดว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด และไม่ได้จำเป็นต้องไปที่โรงพยาบาลแหล่งกำเนิด

มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับ SAMU

โรงพยาบาลในฝรั่งเศส (ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน) จะต้องบริหารจัดการแผนฉุกเฉินเมื่อมีความสามารถในการรักษาบาดเจ็บที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเท่านั้น ซึ่งรวมถึงการกู้ชีพ การรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยผู้ใหญ่ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กุมารเวชศาสตร์ วัสดุวิทยา ศัลยกรรมกระดูกและมะเร็ง และสูติศาสตร์ กรณีที่ยากแ้ว คือหน่วยพิเศษซึ่งรับรักษาเฉพาะโรคหรือผู้ป่วยประเภทเฉพาะเจาะจง (เช่น กุมารเวชศาสตร์) โรงพยาบาลจะต้องมีห้องปฏิบัติการสองห้อง (และห้องพักรักษา) โดยมีบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ที่ช่วยให้สามารถดำเนินงานได้ตลอดเวลา รวมทั้งบริการสนับสนุนที่สามารถดำเนินการตรวจสอบเพิ่มเติมหรือการวิเคราะห์ ณ เวลาใดๆ เช่นการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ ultrasonography, CAT หน่วยบริการพิเศษจะถูกบริหารจัดการโดยแพทย์ฉุกเฉิน แพทย์ฉุกเฉินต้องพร้อมเสมอสำหรับการเรียก เพื่อไปปฏิบัติหน้าที่และสามารถเรียกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ทีมต้องมีพยาบาลสองคน ผู้ช่วย (และอาจจะช่วยดูแลเด็ก) นักสังคมสงเคราะห์ และพนักงานต้อนรับ ทั้งหมดล้วนได้รับการอบรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการรับมือกับกรณีฉุกเฉิน

บริการจะจัดในพื้นที่สามเขต

- เขตต้อนรับ
- เขตสำหรับการตรวจร่างกายและการรักษา (รวมถึงการรักษาอย่างเข้มข้น)

การเข้าถึงระบบบริการโดยสาธารณะชน

ฝรั่งเศสพร้อมกับประเทศที่เหลือของสหภาพยุโรปใช้หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินเดียวกันคือ 112 ที่ช่วยให้สามารถติดต่อตำรวจ แผนกดับเพลิงและรถพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามหมายเลขฉุกเฉิน 15 สำหรับ SAMU และ 18 สำหรับแผนกดับเพลิง ยังใช้งานได้อยู่

เงินทุนสนับสนุนและค่าใช้จ่าย

การใช้บริการ SAMU ทำได้ฟรี แต่การใช้ในทางที่ผิดมีโทษตามกฎหมาย ในประเทศฝรั่งเศส SAMU ประมาณ 100 หน่วย (หนึ่งหน่วยสำหรับแต่ละแผนก) จะดำเนินการโดยโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้โรงพยาบาลของรัฐ (ไม่เหมือนโรงพยาบาลเอกชน) ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐบาล ประเทศฝรั่งเศสทำงานบนระบบการรักษาพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้ในระดับสากล ผู้ป่วยที่มีอิสระในการเลือกโรงพยาบาล แพทย์ หรือ อื่นๆ และมีราคาที่กำหนดไว้สำหรับแต่ละประเภทของบริการเมื่อดำเนินงานในระบบสาธารณะผู้ป่วยจะถูกขอให้ร่วมจ่ายส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลแต่ละประเภทที่พวกเขาได้รับ ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับเดือนแรกและไม่ต้องจ่ายอะไรอะไรหลังจากนั้น

ประเทศนอร์เวย์ (15)

มีพลเมืองประมาณ 4.5 ล้านคน อาศัยอยู่ในบริเวณทั้งหมด 385,155 ตารางเมตร ดังนั้นจะมีประชากรหนาแน่นถึง 14 คนต่อ 1 ตารางกิโลเมตร มีความกดอากาศโดยมีอิทธิพลจากอากาศหนาวเย็นและกระแสน้ำอุ่นในแอตแลนติก ซึ่งทำให้ฤดูหนาวมีอุณหภูมิต่ำกว่า 0 องศา และจะมีปริมาณหิมะมากในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนมีนาคม ในแต่ละปีนอร์เวย์จะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 6.2 พันล้านยูโร สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระบบภาษีจะประกอบด้วยภาษีผลให้ออกสู่สาธารณะร้อยละ 80 นอกจากนั้นนอร์เวย์ยังมี 13,000 เตียงที่เตรียมไว้สำหรับประชากรจำนวน 1,000 คน ต่อ 3 เตียงและมีแพทย์เชี่ยวชาญ 3.8คน ต่อประชากร 1,000 คน

การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีพยาบาลที่ลงทะเบียนคอยช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล โดยรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 113 เป็นเบอร์โทรศัพท์ที่เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา เป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMC) มีมากกว่า 40 ศูนย์ทั่วประเทศ ซึ่งคาดว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยลดลงร้อยละ 50 บนภาคพื้นดินมีหมอและรถพยาบาลเป็นผู้นำการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล รถพยาบาลจะเป็นตัวแทนการปฏิบัติงานของ 5 หน่วย คือ ปฏิบัติงานเอง, ดับเพลิง, บริษัท, ส่วนตัว และตามความสมัครใจ เช่น กษัตริย์ เมื่อ 5 ปีที่แล้ว มีการใช้บริการรถพยาบาลเพิ่มขึ้น ในระยะแรกของปี 2002 มีมากกว่า 100 สายต่อ 1,000 คน โดยแบ่งเป็นรถพยาบาลและเรือพยาบาลมี 547 และ 37 ตามลำดับ ระยะเวลา 1,600 สายต่อปี การทำงานโดยเฉลี่ยของรถพยาบาล 830 เหตุต่อปี ขับรถ 60 กิโลเมตรในการโทรแต่ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6 ของรถพยาบาล และร้อยละ 60 ของเรือพยาบาลในการออกเหตุ ค่าใช้จ่ายในการบริการ 160 ล้านเหรียญยูโร ในปี 2001

นอร์เวย์เป็นประเทศใหญ่มีความแตกต่างกันในด้านเวลาที่มีการอบรมพนักงาน และความคุ้มครองของระบบรถพยาบาล การบริการรถพยาบาลยังไม่ได้รับข้อเสนอแนะหรือข้อบังคับจากรัฐบาล ไม่ต้องการการศึกษาความสามารถ ความพร้อมเพียง เวลาการตอบสนอง หรือการแพทย์พื้นฐาน แต่ทุกภูมิภาคต้องการเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ ความต้องการมีความหลากหลาย แม้จะมีการสอนในระดับแพทย์ ในปี 1976 มีความต้องการที่สูง

กว่าขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การแพทย์ฉุกเฉิน 120 ชั่วโมง, เทคนิคการกู้ชีพ 70 ชั่วโมง, หน้าที่โรงพยาบาล 3 สัปดาห์ และการเรียนขับรพพยาบาล 80 ชั่วโมง ความต้องการด้านการศึกษาน้อย 3 เดือน คือวันนี้ไม่เพียงพอสำหรับบุคลากรประจำรพพยาบาล โดยกลางปี 1990 ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลยังไม่ตรงกับเป้าหมาย มี 2 ระดับของบุคลากรพยาบาล การอบรมขั้นพื้นฐานและการอบรมใบประกาศนียบัตรเครื่องกระตุ้นหัวใจที่มีการสอดใส่ท่อ IV ช่วยกระตุ้นการหายใจ และหรือการหยุดของระบบทางเดินหายใจ บุคลากรที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการแพทย์ท้องถิ่น เมื่อเร็วๆ นี้ การช่วยชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลได้รับการรับรองให้สามารถปฏิบัติได้ในระดับชาติ

การอบรมเจ้าหน้าที่รพพยาบาล ประกอบด้วย ทฤษฎี 2 ปีและปฏิบัติ 2 ปีกับบริษัทที่รับรองหลังจากการฝึกงานและอนุญาตให้ปฏิบัติแพทย์ทั่วไป เมื่อเรียกตามชุมชนและไม่ต้องการมีการฝึกอบรมหรือใบประกาศนียบัตรอย่างเป็นทางการในระบบ ด้วยเหตุนี้เองระดับความแตกต่างกันระหว่างแพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทั่วไปเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำงาน 24 ชั่วโมงในที่สาธารณะ คลินิกฉุกเฉินตามชุมชน แต่อาจจะยังอยู่ตามบ้านและตอบสนองในพื้นที่ที่เกิดเหตุ

การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล จัดตั้งขึ้นในปี 1953 เริ่มดูแลเรื่องการตอบสนองของหัวใจ การระบาดของโรค ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ในปี 1967 การดูแลผ่านเครื่องมือสื่อสาร เริ่มขึ้นในเมืองออสโล การขนย้ายทางอากาศในนอร์เวย์ เริ่มขึ้นเมื่อปี 1920 และพิจารณาการรายงานหลักเกณฑ์ในปี 1950 ในปี 1978 ดร.เจน โม เป็นผู้เริ่มการขนย้ายทางอากาศ เป็นมูลนิธิส่วนตัวอยู่นอกเมืองออสโล ซึ่งได้ความคิดเรื่องระบบมาจากเยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์

ในปี 1988 รัฐบาลจัดตั้งระบบขึ้นอย่างครอบคลุมทั้งประเทศ มีการใช้เฮลิคอปเตอร์ เครื่องบิน และรถยนต์ตอบสนองเร็ว ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงการเป็นพนักงานขนย้ายทางอากาศ โดยในขณะนี้ มีเฮลิคอปเตอร์ 11 ลำ เครื่องบิน 6 ลำ และ เฮลิคอปเตอร์ SAR 5 ลำ ซึ่งตรงกับเป้าหมายของรัฐบาลร้อยละ 90

การบรรจุคนเข้ารับตำแหน่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฮลิคอปเตอร์ และรถตอบสนองเร็ว มีมากกว่า 5,000 คนต่อปี สอดคล้องกับรายงานประจำปี 2001 คิดเป็นร้อยละ 41 มาจากการบาดเจ็บ และร้อยละ 27 โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยปกติร้อยละ 80 เป็นส่วนที่อยู่นอกโรงพยาบาล ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 เป็นการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

นอร์เวย์จะเหมือนกับประเทศตะวันตกอื่นๆ ที่มีตัวแทนการสนับสนุนการช่วยเหลือระดับสูง ทั้งตามกฎหมายและการศึกษาที่กำหนด การช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น ความเจ็บปวด แพทย์ทั่วไปจะเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำงานเป็นช่วงเวลา

กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้วิสัยทัศน์ในระบบบริการต้องมีการอบรมอย่างน้อย 2 ปีและต้องมีทักษะและรู้ขั้นตอนการขนย้ายทางอากาศ ในขณะนี้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ประมาณร้อยละ 80 ไม่มีความต้องการด้านการรักษาดูแล ในทางตรงกันข้ามกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรฐานในการกู้ชีพในระบบ

รายงานประจำปี 1998 แสดงว่าร้อยละ 17 ผู้ป่วยได้รับการรักษา ร้อยละ 12 ใส่ท่อช่วยหายใจ เฮลิคอปเตอร์ SAR ก่อตั้งขึ้นปี 1973 ประกอบด้วยกองกำลัง 4 ฝ่าย ฐานทางตอนเหนือรักษาทะเล King Sea มีเฮลิคอปเตอร์ แสตนด์บาย 24 ชั่วโมงครอบคลุม 1.3 ล้านตารางกิโลเมตรมากกว่าร้อยละ 90 ของพื้นที่ทะเล Barents มีเรือประมงมากกว่า 10,000 ลำ ครอบคลุมระยะทาง 1,000 กิโลเมตร เนื่องจากแพทย์ที่มีมาก การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลใช้พยาบาลเกือบจะไม่อยู่ในนอร์เวย์ ยกเว้นพยาบาลตามมูลนิธิที่องค์กรตามความสมัครใจมีราว 800,000 คน ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ สนับสนุนและพัฒนาบริการสุขภาพในนอร์เวย์

รายงานคำแนะนำอย่างเป็นทางการ ประชาชนนอร์เวย์เป็นศูนย์กลางอำนาจในการแพทย์ฉุกเฉินก่อตั้งในภูมิภาค วิจัยและพัฒนาในภูมิภาคตะวันตกเฉียงใต้ของนอร์เวย์ ศูนย์กลางคาดหวังการดำเนินการอิสระทั้งงานวิจัย การศึกษา ความสามารถเฉพาะทาง และการพัฒนาให้คำปรึกษารัฐบาล และโครงการปัญหาการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเทศสวีเดน (16)

มีประชากร 8.6 ล้านคน ทางตอนใต้มีถนนที่สามารถเป็นจุดเชื่อมต่อที่ดีและมีบริเวณภูเขาขนาดใหญ่ซึ่งอยู่ทางตอนกลางและตอนเหนือ สภาพภูมิอากาศส่งผลต่อการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอันมาก นอกจากนี้ยังมีบริเวณที่เป็นเมืองใหญ่ทางตอนใต้และตอนกลางของประเทศ ซึ่งประชากรได้ถูกเคลื่อนย้ายในหน่วยทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้รัฐบาลได้รับผิดชอบทางด้านนี้อย่างเต็มที่ รวมถึงยังมีการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ซึ่งได้ถูกจัดเตรียมไว้ในโรงพยาบาล 92 แห่ง

การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

การบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 20 ศูนย์ มีหมายเลขที่ใช้ คือ 112 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลแต่ก็มีองค์กรอิสระ บริษัท เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ ศูนย์ฯ ประสานงานกับตำรวจและกู้ภัยตลอดจนสนับสนุนทางการแพทย์ทั่วโลก และการให้คำปรึกษาและร่วมมือการทำงานของ SAR หลักคือด้านภัยพิบัติซึ่งมีฐานที่สต็อกโฮล์มและกอดเทนเบิร์ก

ผู้ดำเนินการในศูนย์ฯ ไม่จำเป็นต้องอบรมการแพทย์อย่างเป็นทางการแม้จะได้รับการคัดเลือกจากการบริการด้านสุขภาพ ผู้ดำเนินการทุกคนจะได้รับการรับรองทุกปีเกี่ยวกับการอบรมข้อบังคับเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยและการตอบสนอง พยาบาลที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และแพทย์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถคัดแยกผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด ศูนย์ฯ มี 18 ล้านสายต่อปี โรงพยาบาลมีทั้งหมด 630 คน ประจำ 250 สถานีในพื้นที่หลักใช้พาหนะตอบสนองเร็วที่โรงพยาบาลหรือรถพยาบาลตามสถานีภายในรถพยาบาลมีบุคลากรประจำ 2 คน คือพนักงานขับรถ และแพทย์ที่อบรมการช่วยเหลือสนับสนุนขั้นสูง 40 สัปดาห์ การอบรมอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละภูมิภาค อย่างที่สองคือร้อยละ 50 จะต้องมีพาหนะ พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในอีก 5 ปี จะเพิ่มระดับให้เป็นร้อยละ 100 ทั้งสองสิ่งที่กล่าวมาจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งการศึกษา และฝึกอบรม 10 วันต่อปีและได้รับใบประกาศนียบัตร

พาหนะที่มีความรวดเร็วจะอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ซึ่งจะเป็นบริษัทอิสระปฏิบัติงานในแต่ละภูมิภาค การดำเนินการบริการเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉิน HEMS ประกอบด้วย 4 ตำแหน่งคือ นักบิน 2 ท่าน พยาบาลตมยา 1 ท่าน และวิสัญญี 1 ท่าน โดยปกติแล้วแพทย์ และแพทย์ตมยาจะเป็นผู้กำกับดูแล กลุ่มเป้าหมายที่มีประชากรร้อยละ 80 ของพื้นที่การเข้าถึงการบริการพาหนะภายใน 8 นาที ร้อยละ 95 ภายใน 15 นาที ในขณะที่สิ่งที่พบเห็นในเมืองหรือพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น มีความทันเวลาใช้เวลาน้อยกว่า 5 นาที ในชนบททางไกลก็ยังมีเงื่อนไขเกี่ยวกับความทันเวลาอยู่หลายปัจจัยเช่นเดียวกัน

ประเทศแอฟริกาใต้ (17)

ส่วนประกอบที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องประกอบด้วย 1) การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ และศักยภาพของสถานบริการเพื่อนำส่งผู้ป่วย 2) ระบบข้อมูล และ 3) บุคคลอื่นๆ ที่มีบทบาทในการตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ และศักยภาพของสถานบริการเพื่อนำส่งผู้ป่วย

ส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบบาดเจ็บ คือการตรวจสอบความสามารถในการให้การดูแลรักษาพยาบาลของสถานที่ให้บริการ เพื่อทำการขนย้ายผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม และต้องมีการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้กับหน่วยกู้ชีพกู้ภัยแต่ละหน่วยทราบ

ระบบข้อมูล

องค์ประกอบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของระบบการบาดเจ็บก็คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล หากไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจะทำให้เกิดช่องว่างหรือข้อบกพร่องในการดูแลทางการแพทย์ไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากนี้

ข้อมูลยังอาจใช้เพื่อแจ้งหรือรายงานให้ผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับปัญหาความปลอดภัยทางถนนได้รับทราบ และนำไปใช้ในการทำงานต่อไปด้วยด้วย

บุคคลอื่นๆ ที่มีบทบาทในการตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ไม่ใช่เป็นเพียงบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นบทบาทของบุคลากรอื่นๆ เช่นวิศวกรการจราจรบนถนน สามารถแสดงบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวกให้ทีมตอบสนองฉุกเฉินในการเข้าถึงจุดที่เกิดการชน โดยการออกแบบถนนให้มีช่องจราจรฉุกเฉินหรือการขึ้นข้อความบนหน้าจอรिमถนนเกี่ยวกับตำแหน่งของรถฉุกเฉิน นอกจากนี้การบริหารจัดการเหตุการณ์ หลังจากการเกิดอุบัติเหตุยังเกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชาทั้งเจ้าหน้าที่จราจร ตำรวจ พนักงานดับเพลิงและบุคลากรสุขภาพฉุกเฉิน การจัดการบริเวณที่เกิดเหตุอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้การดูแลผู้บาดเจ็บทำได้อย่างรวดเร็ว การฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ในการคัดแยกผู้ป่วย และช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน จะช่วยทำให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาขาต่างๆ ดีขึ้นและทำให้การดูแลฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นไปได้เร็วขึ้น ในหลายๆ กรณี ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบของท้องถิ่นอาจจะไม่ใช่คนกลุ่มแรกที่จะมาถึงบริเวณที่เกิดเหตุ การสนับสนุน สมาชิกในชุมชน ให้ได้รับการฝึกฝนในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอาจช่วยผู้บาดเจ็บได้อีกทาง (18)

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามข้อกำหนดองค์การอนามัยโลก (19)

การบาดเจ็บเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตายและการเจ็บป่วยทั่วโลก และก่อให้เกิดภาระต่อสังคมมหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดภารกิจของกรมป้องกันการบาดเจ็บและความรุนแรงแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ไม่ได้มีเพียงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและความรุนแรง แต่ยังมีเพื่อลดผลที่ตามมาจากสิ่งเหล่านั้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้คนที่มีการพิการของร่างกายด้วย โดยตระหนักว่าการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ คือสิ่งสำคัญในเป้าหมายนี้ ดังนั้นคณะทำงานของผู้เชี่ยวชาญจึงมีการประชุมเพื่อร่างแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบจัดการต่อการบาดเจ็บ นอกโรงพยาบาลโดยส่งเสริมระบบที่ยึดหลักความเรียบง่าย ความยั่งยืน การปฏิบัติได้จริง ประสิทธิภาพและมีความยืดหยุ่น

หลักฐานอ้างอิงเกี่ยวกับประสิทธิภาพของมาตรการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล

อาจมีผู้สงสัยว่ามาตรการที่เสนอในเอกสารนี้เป็นวิธีการที่พื้นๆ เกินไป อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าวิธีการรักษาที่มีความก้าวหน้าและซับซ้อนมากกว่าและมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องสูงกว่า จะดีกว่าวิธีการที่ถูกกว่าแต่มีประสิทธิภาพการที่ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บสาหัสได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตอย่างทันท่วงที น่าจะเป็นการดีที่สุด องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในเอกสารนี้ คือแนวคิดที่ว่าทำให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ อาสาสมัครชุมชนและประชาชนอื่นๆ ที่มีการฝึกอบรมเพียงเล็กน้อย สามารถทำงานร่วมกับผู้ให้บริการ ดูแลสุขภาพระดับมีอาชีวะได้ และการมีระบบโครงสร้างการดูแลทางการแพทย์อย่างเป็นทางการสามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืนไม่ว่าทรัพยากรของประเทศจะอยู่ในระดับใดก็ตาม

องค์ประกอบหลัก

ระบบการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทุกระบบจะต้องมีองค์ประกอบหลักด้านการบริหารและการปฏิบัติที่แน่นอน เมื่อไหร่ก็ตามที่เป็นไปได้บริการเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ของภูมิภาค หรือประเทศที่มีอยู่ควรจะนำมาใช้และเสริมสร้างความแข็งแกร่งโดยใช้ข้อมูลจากผู้นำชุมชนและประชากรที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการ รูปแบบโครงสร้างการดูแลนอกโรงพยาบาลมีหลายรูปแบบ ระบบที่เลือกใช้สำหรับสถานที่เกิดเหตุ ควรคำนึงถึงปัจจัยและทรัพยากรของท้องถิ่นในระดับชาติ ควรจะกำหนดให้มีหน่วยงานหลักเพื่อส่งเสริมการดูแลการบาดเจ็บ

นอกโรงพยาบาล ในบางประเทศบทบาทนี้อาจจะอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข ในประเทศอื่นๆ หน่วยงานนี้อาจอยู่ในกระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคมหรือที่อื่นๆ เนื่องจากการดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล เช่นนี้ จะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชน จึงจำเป็นต้องมีความร่วมมือของหน่วยงานหลายหน่วยงาน และไม่ว่าวิธีการที่ใช้จะเป็นวิธีการที่เรียบง่ายหรือซับซ้อนก็ตาม ระบบการดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลจะต้องมีองค์ประกอบที่ความจำเป็นบางอย่างเพื่อลดการเจ็บป่วยและความตายที่ป้องกันได้ องค์ประกอบเหล่านี้อย่างน้อยที่สุดที่ต้องมี คือการสื่อสารและระบบการตอบสนองที่รวดเร็ว การประเมินผู้ป่วย และการขนส่งผู้ได้รับบาดเจ็บเพื่อส่งตัวไปยังสถานที่ดูแลสุขภาพที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น เมื่อไรก็ตามและที่ใดก็ตามที่ควรจะใช้ประโยชน์จากคลินิก โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้แน่ใจว่าการระดมทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในเขตชนบทที่ห่างไกลหรือพื้นที่ในเมืองก็ตาม

การดูแลผู้บาดเจ็บโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์เป็นคนแรก

ในกรณีที่ไม่มีระบบการดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ ขั้นตอนแรกและพื้นฐานที่สุดของระบบนี้อาจจัดขึ้นโดยการสอนสมาชิกในชุมชนที่สนใจเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน ผู้พบเห็นเหตุการณ์เป็นคนแรกสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุฉุกเฉิน การติดต่อขอความช่วยเหลือและให้การรักษานักเรียนกว่าบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นทางการจะมาถึง เพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติม อาจมีการระบุหรือมองหาคณะที่มีแรงจูงใจสูงหรือเป็นผู้ที่มีสถานที่ทำงานชัดเจน เช่นข้าราชการ คนขับรถแท็กซี่หรือผู้นำชุมชน และฝึกอบรมเขาเหล่านั้นเกี่ยวกับการดูแลนอกโรงพยาบาลอย่างครอบคลุมมากขึ้น นอกจากการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการปฐมพยาบาลที่หลากหลายมากขึ้นแล้ว บุคลากรกลุ่มนี้อาจจะมีการเรียนรู้หลักการพื้นฐานของการช่วยชีวิตและการนำส่งผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ด้วยการฝึกอบรมระดับนี้พร้อมกับการมีชุดวัสดุอุปกรณ์รักษาพยาบาลอย่างง่ายและการเข้าถึงยานพาหนะที่เหมาะสม บุคคลเหล่านี้จะสามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บในขณะนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสมได้ดีในระดับที่ยอมรับได้

การดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน

การดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาลขั้นที่สอง สามารถทำได้ในระดับชุมชนโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน (ที่รู้จักกันในนามการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน) ผู้ให้บริการเหล่านี้ควรมีการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ในการดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลอย่างกว้าง การจัดการบริเวณที่เกิดเหตุ การกู้ชีพการรักษาเสถียรภาพและการขนย้ายผู้บาดเจ็บ ผู้ที่ให้การดูแลขั้นพื้นฐานเหล่านี้จัดว่าเป็นแกนกลางของระบบการดูแลบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลที่เป็นทางการในที่มีระบบนี้อยู่

การดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลขั้นสูง

ถ้ามีข้อพิจารณาและการตอบสนองในท้องถิ่นเป็นตัวกำหนดและถ้ามีทรัพยากรเพียงพอแล้วการดูแลนอกโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งจัดเป็นการดูแลระดับที่สามารถทำได้ (ที่รู้จักกันว่าการช่วยชีวิตขั้นสูง) อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจที่จะให้การดูแลขั้นสูงนี้ไม่ควรจะทำเพื่อแทนที่ระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน ตัวอย่างของการดูแลนอกโรงพยาบาลขั้นที่สาม ได้แก่การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเกี่ยวกับการโทรศัพท์ในระดับภูมิภาคที่ซับซ้อนและเครือข่ายการสื่อสารอย่างบูรณาการ รวมทั้งการให้บริการทางเทคนิคขั้นสูง ในระดับที่เป็นระบบแล้ว การช่วยชีวิตขั้นสูงจะประกอบด้วยศูนย์บริหารจัดการการโทร การพัฒนาเครือข่ายการสื่อสารไร้สายแบบบูรณาการ และการจัดซื้อและการบำรุงรักษาหน่วยพยาบาลภาคพื้นดินหรือภาคอากาศ จากคำเรียกกว้างๆ ที่ว่า "การช่วยชีวิตขั้นสูง" การบริการคลินิกเช่นนี้ โดยทั่วไปจำเป็นต้องใช้ทักษะของผู้ให้บริการดูแล มีอาชีพทั้งแพทย์หรือที่บุคลากรอื่นๆ ที่มีชั่วโมงของการฝึกอบรมหลายร้อยหรือพันชั่วโมง แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการให้บริการช่วยชีวิตขั้นสูงแต่มีหลักฐานเพียงเล็กน้อยที่แสดงว่าการดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาลขั้นสูงนี้มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยวิกฤตป่วยหรือได้รับบาดเจ็บมากที่สุดจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ถ้านำไปใช้โดย

ไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายแล้ว การช่วยชีวิตขั้นสูงอาจเป็นอันตรายต่อระบบการดูแลผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาลได้โดยดึงทรัพยากรไปจากมาตรการที่ดูว่ามีความน่าสนใจน้อยกว่า แต่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อคนจำนวนมากกว่า ด้วยเหตุนี้จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้วางแผนใช้ความระมัดระวังในการพิจารณาว่าจะเลือกการแนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูงหรือไม่และตัดสินใจบนความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายของการดำเนินงานกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

องค์ประกอบหลักด้านการบริหารจัดการ

นอกจากการใช้ระบบการดูแลพื้นฐานแล้ว องค์ประกอบด้านการบริหารบางอย่างต้องจัดทำขึ้นเพื่อให้แน่ใจว่าระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้บาดเจ็บแต่ละคนควรทำเป็นเอกสารไม่เพียงเพราะมันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อติดตามตรวจสอบกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแล้ว แต่ยังเป็นเพราะระเบียบข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับธรรมชาติและสถานที่อันตรายในชุมชนและที่ว่าการป้องกันการบาดเจ็บอาจทำได้เช่นไร

ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและจริยธรรม

สุดท้ายแล้ว เพื่อให้ระบบการดูแลการบาดเจ็บนอกโรงพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักจริยธรรมและหลักกฎหมายบางอย่างจะต้องถูกกำหนดขึ้นและยึดถือปฏิบัติตาม ผู้อยู่ในเหตุการณ์ต้องรู้สึกรู้สีกว่าตนเองสามารถทำหน้าที่ได้และมีความมั่นใจว่าจะไม่ได้รับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ตามมาเช่นความรับผิดชอบตามกฎหมายอันเนื่องมาจากการช่วยเหลือคนที่ได้รับบาดเจ็บ แนวคิดทางกฎหมายและจริยธรรมภายใต้การให้การดูแลรักษานอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับนับถือในระดับสากลไม่ว่าจะเป็นประเทศ ศาสนา ประเพณีจริยธรรมและวัฒนธรรมใด

ข้อเรียกร้อง

ภาระที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลกกำลังขยายตัว หากไม่เริ่มขั้นตอนการทำงานแล้วการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของยานยนต์ในประเทศกำลังพัฒนาจะทำให้การบาดเจ็บเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษหน้า สิ่งนี้จะต้องไม่เกิดขึ้นผู้กำหนดนโยบาย สามารถป้องกันการบาดเจ็บจำนวนมากและลดความสูญเสียทั้งด้านบุคคลและเศรษฐกิจในประเทศของตนเองได้โดยการใช้ระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน รัฐบาลสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลภาวะฉุกเฉินอย่างหลากหลาย โดยการเชื่อมโยงระบบเหล่านี้ไปยังโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศของตนอย่างใกล้ชิด

ปัญหาและอุปสรรคต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสืบค้นหารายงานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน พบว่ามีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 รายงานที่ทำการศึกษาในประเทศอิหร่าน โดยนักวิจัยได้สัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหลังการชนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ปัจจุบันและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเป็นไปได้ดีขึ้น การสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้างโดยดำเนินการกับบุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ สมาชิกสภาเทศบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานด้านถนน ผู้ใช้ถนนและเหยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรพบว่าอุปสรรคในการจัดการหลังการชนที่ประกอบด้วยมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไป การขาดการประสานงาน

การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาลไม่เพียงพอ การบกพร่องในโครงสร้างพื้นฐาน สำหรับข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงการมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยดังต่อไปนี้ (20)

1) การรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล บทบาทของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความร่วมมือของประชาชนที่เกิดเหตุ

2) การฝึกอบรมกลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้ขับรถมีอาชีพตำรวจและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ

นอกจากนี้ การจัดทาระบบบริการผู้บาดเจ็บอย่างบูรณาการและการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาสำหรับการจัดการความผิดพลาดที่เกิดบนถนนอย่างมีประสิทธิภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไป ได้แก่ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมการไม่มีความรู้ที่มากพอ และความล่าช้าของบริการฉุกเฉิน เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมได้แก่ ความเต็มใจที่จะช่วย การช่วยเหลือทางมนุษยธรรม ความอยากรู้อยากเห็น ความรู้สึกเกรงใจ ความตื่นตัวและการขาดความร่วมมือที่เป็นระเบียบ นำไปสู่การแออัดของผู้คน และการประสานงานที่ไม่เป็นระเบียบ ประชาชนรู้สึกว่าการรับนำตัวผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วจะดีกว่าสำหรับผู้บาดเจ็บ

ขาดการประสานงาน

มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน การจัดการจัดการบริเวณที่เกิดเหตุและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ล่าช้า ในหลายๆ ที่ที่เกิดปัญหา ตำรวจจะต้องไปอยู่ในที่นั้น เพื่อจัดบันทึกข้อความซึ่งมีความสำคัญสำหรับการเอาประกันและเพื่อวัตถุประสงค์ทางกฎหมาย แต่สมาชิกหน่วยบริการฉุกเฉินกลับมองว่าทำให้เสียเวลาอันมีค่าและทำให้เกิดความล่าช้าในการขนส่งของผู้ป่วยไปโรงพยาบาล สมาชิกขององค์กรอื่นๆ ระบุว่าการมีหน่วยส่งรถพยาบาลออกช่วยผู้ป่วยไม่เพียงพอ ส่งผลให้การขนส่งผู้ป่วยล่าช้าออกไป นอกจากนี้ความจริงที่ว่ากิจกรรมกู้ภัยมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปในองค์กรที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดความล่าช้าในการขนย้ายผู้ป่วยด้วยปัจจัยอื่นที่จะเป็นอุปสรรคต่อการประสานงานคือการขาดการทำงานอย่างเป็นระบบ การมีองค์กรอื่นที่ทำหน้าที่คล้ายกับหลายองค์กร การโทรคมนาคมที่ไม่ได้มาตรฐาน

การบริการก่อนถึงโรงพยาบาลไม่เพียงพอ

สิ่งที่ถูกระบุว่าเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพของบริการของถึงโรงพยาบาล คือจำนวนตำแหน่งบริการจัดส่งรถพยาบาลไม่มาก และรวมทั้งการขาดพนักงานและการฝึกอบรม จำนวนรถพยาบาลและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ บางคนระบุว่าบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บบนถนนไม่ชัดเจนและแตกต่างกันในองค์กรแต่ละแห่ง ส่วนมากมักจะไม่มีเจ้าหน้าที่ตำรวจในที่เกิดเหตุและบ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ไม่มีทักษะในการจัดการเหตุการณ์

ข้อบกพร่องในโครงสร้างพื้นฐานของเมือง

ผู้เข้าร่วมการศึกษาบางส่วนทั้งจากใน หน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ตำรวจระบุว่าโครงสร้างพื้นฐานที่บกพร่องเป็นอุปสรรคสำคัญอันดับหนึ่งต่อประสิทธิภาพของระบบบริการฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงระบบโครงสร้างพื้นฐานของเมืองที่ไม่ดี และการไม่มีดาวเทียมนำทางหรือระบบโทรคมนาคมที่สมบูรณ์ การไม่มีช่องทางจราจรที่สงวนไว้สำหรับบริการฉุกเฉินการใช้หมายเลขโทรศัพท์ที่แตกต่างกันไปในกรณีฉุกเฉินสำหรับองค์กรต่างๆ จะทำให้คนสับสนว่าพวกเขาควรจะโทรหมายเลขใดเมื่อพบเห็นความผิดพลาดและสถานการณ์ฉุกเฉิน

สิ่งที่ช่วยทำให้การแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การรณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะ

ผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด ระบุว่าการศึกษาแก่ประชาชนจะมีบทบาทสำคัญในการทำให้ระบบกู้ชีพกู้ภัย มีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรกระทำอย่างกว้างขวาง โดยครอบคลุมการให้ความร่วมมือของประชาชนกับระบบที่ดีขึ้น เทคนิคการปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน บทบาทภาคส่วนต่างๆ ในการให้บริการฉุกเฉิน รวมทั้งการนำผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเมื่อรถพยาบาลไม่สามารถใช้ได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากประชาชนส่วนมาก ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลอย่างเพียงพอ ดังนั้นความร่วมมือควรจะจำกัดอยู่ที่การดูแลบริเวณโดยรอบที่เกิดเหตุ และแจ้งเตือนไปยังหน่วยบริการฉุกเฉินโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และความร่วมมือของพวกเขาควรจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่ของบริการฉุกเฉิน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เน้นศึกษาการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหลังได้รับอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนนำส่งโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. วิธีการวิเคราะห์ระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติ โดยการพิจารณาแบบบันทึกข้อมูลทุกแบบที่ใช้ในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ดูตัวแปรที่มีผลความสามารถในการแยกแยะกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติ

2. ศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่ศึกษา โดยมีการเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ได้แก่

2.1 การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2 ความครอบคลุมของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน

2.3 ข้อมูลสถิติด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนปี 2555

2.4 ข้อมูลการส่งเสริมสนับสนุน การช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสอบถามเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่ศึกษา

3. ศึกษาการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ณ จุดเกิดเหตุจนนำส่งถึงโรงพยาบาลโดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยในรูปแบบของการศึกษาเฉพาะราย (Case study)

3.2 วิธีการเลือกตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง

จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาไม่ต่ำกว่า 10 ราย ที่ได้รับการช่วยเหลือโดยชุดปฏิบัติการ ที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและได้รับการส่งการช่วยเหลือโดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา ในช่วงเวลาดังแต่เดือนตุลาคม 2555 - เมษายน 2556 โดยมีข้อกำหนดดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์
- โรงพยาบาลที่รักษาผู้บาดเจ็บยินยอมในการให้เก็บข้อมูล
- วันที่สัมภาษณ์นับจากวันที่ประสบอุบัติเหตุต้องไม่เกิน 14 วัน เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความจำที่สมบูรณ์

- ตัวอย่างมีสติสัมปชัญญะที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้

- สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้

3.3 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาติตามนิยามศัพท์ที่กำหนด

3.4 พื้นที่ศึกษาเลือกพื้นที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มชาวต่างชาติ จากฐานข้อมูลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบกับพิจารณาพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยวให้กระจายไปทั่วประเทศ นำเข้าที่ประชุมให้ผู้รับผิดชอบโครงการย่อย ทั้ง 4 โครงการ ร่วมพิจารณาหาข้อตกลง ได้พื้นที่ศึกษาดังนี้ จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรี และประจวบคีรีขันธ์ (หัวหิน)

3.5 วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลตามกรอบในแบบสอบถามที่กำหนด

3.5.1 ในกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้ผู้ที่มีทักษะด้านภาษาอังกฤษ และมีความเข้าใจในระบบงานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้สัมภาษณ์ หรือให้กลุ่มตัวอย่างทำการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามด้วยตัวเอง

3.5.2 ในกลุ่มที่ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และกลุ่มแพทย์พยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน สัมภาษณ์โดยผู้ที่มีความเข้าใจในระบบงานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้สัมภาษณ์

3.5.3 ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา และเดินทางเข้าพบทีมแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ในการชี้แจงโครงการและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.5.4 ผู้รับผิดชอบโครงการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบเก็บข้อมูล และลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติมกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่ม ที่ผ่านการทดสอบและปรับปรุงแก้ไขจากทีมที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว ได้แก่

- ก. กลุ่มผู้บาดเจ็บที่เป็นตัวอย่างศึกษา แบบสอบถามเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ข. กลุ่มที่เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาล แบบสอบถามเป็นภาษาไทย
- ค. กลุ่มแพทย์ หรือพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ดูแลรักษาผู้บาดเจ็บที่เป็นตัวอย่างศึกษา แบบสอบถามเป็นภาษาไทย

แบบสอบถามมีประเด็นที่สำคัญในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของนักท่องเที่ยวที่เกิดอุบัติเหตุ
2. ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ
3. ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลผู้บาดเจ็บขณะนำส่ง
4. การดูแลรักษา ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
5. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้บาดเจ็บ
6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอในการปรับปรุงการให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ
7. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอในการปรับปรุงการให้ความช่วยเหลือ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
8. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอในการปรับปรุงระบบการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้อง ของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ในการให้ความช่วยเหลือทุกขั้นตอน เปรียบเทียบกับบริบทของการจัดระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่และข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินปี 2555 จากฐานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมถึงเปรียบเทียบกับ การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศที่เป็นตัวอย่างที่ดี

4. ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน สังกัดมูลนิธิเอกชน สมาคมที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งเป็นชุดปฏิบัติการที่อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลใน รอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยการออกแบบสัมภาษณ์ สอบถามใน 5 ประเด็นดังนี้

- 4.1 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ
- 4.2 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ
- 4.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ ณ ห้องฉุกเฉินของ

โรงพยาบาล

- 4.4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์

ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยว

- 4.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ให้มีการกระจาย

ครอบคลุมทุกภาคในจังหวัดที่มีแหล่งท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาในแต่ละพื้นที่เป็นจำนวนมาก ดังนี้

1. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิขอนแก่นสามัคคีอุทิศ จังหวัดขอนแก่น
2. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิสว่างวิชชาธรรมสถาน (ฮุก 31) จังหวัดนครราชสีมา
3. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิร่วมกตัญญู จังหวัดสมุทรปราการ
4. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิสว่างราษฎร์ศรัทธาธรรมสถาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
5. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิธรรมรักษามิณรัตน์ มูลนิธิมังกร จังหวัดเพชรบุรี
6. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิพิทักษ์กาญจน์ จังหวัดกาญจนบุรี
7. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง, ร่วมกตัญญู, หงษ์แดง จังหวัดกรุงเทพมหานคร
8. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิสว่างเมฆาธรรมสถาน จังหวัดพังงา
9. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิกุศลศรัทธา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
10. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิไต่เต็กตึ๊ง จังหวัดนครศรีธรรมราช
11. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิสว่างมงคลธรรมสถาน จังหวัดเพชรบูรณ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการดำเนินการวิจัย ได้ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระบบการจัดเก็บข้อมูล การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มชาวต่างชาติ

จากการศึกษาระบบฐานข้อมูลการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจุบันได้ใช้โปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่เรียกว่า ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยมีรายละเอียดภาพรวมของโปรแกรมในตารางที่ 2 ซึ่งทำให้ทราบถึงโครงสร้างการปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือหน่วยกู้ภัย ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรง การให้บริการรักษาพยาบาล รวมถึงความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุแต่ละประเภท ซึ่งฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านการจัดเก็บข้อมูล ส่งการ และข้อมูลผู้ป่วย ตามรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4 ซึ่งสามารถนำมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุ เชิงลึกในรายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านอุบัติเหตุได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าว ไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในระดับจังหวัดได้โดยตรง

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บข้อมูล การได้รับบาดเจ็บทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ได้มีการจัดเก็บข้อมูลเช่นเดียวกัน แต่ยังไม่สามารถระบุว่าเป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวได้ชัดเจน แต่สามารถแยกได้ว่าเป็นคนไทยหรือชาวต่างชาติ ตามที่มีรายละเอียดของข้อมูลในตารางที่ 5 ซึ่งต้องมีการพัฒนาให้สามารถแยกแยะเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวให้สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ต่อไป

ตารางที่ 2 ภาพรวมระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ITEMS	รายละเอียด
ผู้รับผิดชอบ	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ทุกกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ
ความครอบคลุมพื้นที่	ทุกพื้นที่ของประเทศไทย (ระบบบริการ EMS ระบบโรงพยาบาล call center 1669)
เครื่องมือ	- แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการ - แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) - แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (BLS) - แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)
ผู้รายงานข้อมูลระดับต้น	ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ทุกจังหวัด
เวลาจัดส่งข้อมูลรายงาน	3 วันขึ้นไป หลังจากปฏิบัติการช่วยเหลือ
การวิเคราะห์ข้อมูล	เป็นรายเดือน

ITEMS	รายละเอียด
โปรแกรมที่รองรับ	ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ประกอบการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนค่าออกเหตุ/ ปรับปรุงคุณภาพบริการ/ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ตารางที่ 3 รายละเอียดที่มีในข้อมูลสั่งการในระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ITEMS	รายละเอียด	Data	Information	Knowledge (User)
ข้อมูลสั่งการ	ข้อมูลรายละเอียด การเกิดเหตุ บันทึก โดยเจ้าหน้าที่ขณะ ให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อรักษานำส่ง รพ.	1. เลขปฏิบัติการ 2. สถานที่เกิด เหตุ 3. ชื่อหน่วยกู้ภัย 4. ผู้แจ้งเหตุ 5. วัน,เวลา 6. ประเภทเหตุ 7. ระยะเวลา เดินทาง 8. การให้บริการ 9. ระดับการ ให้บริการ (ALS, BLS, FR) 10. เลขทะเบียน รถที่ประสบ อุบัติเหตุและรถ คู่กรณี	1. สถิติอุบัติเหตุ 2. ตำแหน่งสถานที่ เกิดเหตุ 3. ข้อมูลแหล่งที่ การแจ้งเหตุ 4. ข้อมูลวัน, ช่วงเวลา การเกิดเหตุ 5. ข้อมูลประเภทเหตุ 6. ข้อมูลระยะเวลา การเดินทาง 7. ข้อมูลการเสียชีวิต, การนำส่ง รพ. 8. ข้อมูลลักษณะอาการ ของผู้ป่วย	1. การแก้ไขปรับปรุง จุดอันตราย (กรมทาง หลวง, เทศบาล, องค์การ ปกครอง ส่วนท้องถิ่น, จังหวัด) 2. ยานพาหนะคู่กรณี (กรมการขนส่ง, ตำรวจ) 3. ฝัาระวังช่วงเวลา ที่เกิดเหตุบ่อยครั้ง (หน่วยกู้ภัย, รพ., ตำรวจ) 4. วางแผนการเข้าถึง จุดเกิดเหตุหลังได้รับ การแจ้งเหตุ(หน่วยกู้ภัย, รพ., ตำรวจ) 5. การจัดเตรียม ยานพาหนะ อุปกรณ์ และ บุคลากร ในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย (หน่วยกู้ภัย, รพ.)

ตารางที่ 4 รายละเอียดที่มีในแบบเก็บข้อมูลผู้เจ็บป่วยในระบบฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ITEMS	รายละเอียด	Data	Information	Knowledge (User)
ข้อมูล ผู้เจ็บป่วย	ข้อมูลผู้ป่วยหลังจาก ได้รับการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาล แสดงรายละเอียด การรักษาพยาบาล เบื้องต้นขณะนำส่ง รพ. และติดตามผล	1. เลขปฏิบัติการ 2. เลขผู้ป่วย 3. จังหวัด 4. ชื่อผู้ป่วย 5. เพศ, อายุ 6. อาการผู้ป่วย 7. การ รักษาพยาบาล	1. สถิติจำนวนผู้ป่วย จากอุบัติเหตุ 2. ข้อมูล เพศ, ช่วงอายุของผู้ป่วย 3. ข้อมูลลักษณะ อาการผู้ป่วย การตอบสนอง, บาดแผล, อวัยวะ	1. ฝัาระวังกลุ่มประชากร ที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง (งานระดับนโยบาย ควรมีการร่วมมือจาก หลายๆ หน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงคมนาคม,

ITEMS	รายละเอียด	Data	Information	Knowledge (User)
	หลังจากได้รับ การรักษาพยาบาล	8. การวินิจฉัย 9. การให้ยารักษา 10. ผลขั้นต้น 11. ผลขั้นสุดท้าย 12. จำนวนวัน admit 13. หลักประกัน (ชาวต่างชาติ)	สำคัญ, การแตกหัก ของกระดูก, เกี่ยวกับระบบ ทางเดินหายใจ, อวัยวะภายใน ฯลฯ 4. ข้อมูลการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย ใน รพ. 5. ข้อมูลผลขั้นต้น จากการนำส่ง รพ. 6. ข้อมูลผล ขั้นสุดท้าย อาการ หลังรักษาพยาบาล ใน รพ.	ตำรวจ เป็นต้น) 2. พัฒนาการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุของ รพ.

ตารางที่ 5 สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มชาวต่างชาติจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2555

จำแนกเป็นรายจังหวัด ความถี่เวลา ระดับความรุนแรง และการแจ้งเหตุผ่าน 1669

(แหล่งข้อมูล: ศูนย์บริการสารสนเทศ กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 17 พ.ค. 2556)

จังหวัด	จำนวนทั้งหมด (คน)	Response Time				ระดับชลปฏิบัติกร						ระดับความรุนแรง										แจ้งเหตุผ่าน 1669	
		ภายใน 10 นาที (คน)	ร้อยละ	มากกว่า 10 นาที (คน)	ร้อยละ	ALS		BLS		FR		แดง		เหลือง		เขียว		ขาว		คำ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
						จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เชียงใหม่	236	209	88.56	27	11.44	57	24.15	79	33.47	100	42.37	57	24.15	165	69.92	14	5.93	0	0.00	0	0.000	219	92.80
ลำพูน	5	5	100.00	0	0.00	4	80.00	0	0.00	1	20.00	2	40.00	3	60.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	5	100.00
ลำปาง	16	14	87.50	2	12.50	2	12.50	10	62.50	4	25.00	3	18.75	13	81.25	0	0.00	0	0.00	0	0.000	15	93.75
แพร่	5	3	60.00	2	40.00	1	20.00	3	60.00	1	20.00	0	0.00	5	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	4	80.00
น่าน	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	0	0.00
พะเยา	3	2	66.67	1	33.33	0	0.00	2	66.67	1	33.33	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	2	66.67
เชียงราย	34	26	76.47	8	23.53	4	11.76	22	64.71	8	23.53	6	17.65	25	73.53	3	8.82	0	0.00	0	0.000	31	91.18
แม่ฮ่องสอน	50	40	80.00	10	20.00	17	34.00	29	58.00	4	8.00	2	4.00	47	94.00	1	2.00	0	0.00	0	0.000	38	76.00
อุดรดี	3	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	3	100.00
ตาก	5	5	100.00	0	0.00	1	20.00	1	20.00	3	60.00	1	20.00	4	80.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	2	40.00
สุโขทัย	9	6	66.67	3	33.33	0	0.00	6	66.67	3	33.33	0	0.00	9	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	9	100.00
พิษณุโลก	7	6	85.71	1	14.29	0	0.00	2	28.57	5	71.43	0	0.00	7	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	4	57.14
เพชรบูรณ์	6	6	100.00	0	0.00	0	0.00	6	####	0	0.00	0	0.00	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	6	100.00
ชัยนาท	2	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	2	100.00
นครสวรรค์	15	11	73.33	4	26.67	6	40.00	6	40.00	3	20.00	5	33.33	10	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.000	14	93.33
กำแพงเพชร	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	2	100.00
พิจิตร	2	1	50.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	1	50.00
นนทบุรี	6	5	83.33	1	16.67	1	16.67	0	0.00	5	83.33	1	16.67	5	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	3	50.00
ปทุมธานี	11	11	100.00	0	0.00	1	9.09	5	45.45	5	45.45	1	9.09	1	9.09	9	81.82	0	0.00	0	0.000	8	72.73
พระนครศรีอยุธยา	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.000	2	100.00
อ่างทอง	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	1	100.00
สระบุรี	5	5	100.00	0	0.00	0	0.00	1	20.00	4	80.00	1	20.00	3	60.00	1	20.00	0	0.00	0	0.000	4	80.00
ราชบุรี	7	6	85.71	1	14.29	1	14.29	5	71.43	1	14.29	0	0.00	7	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	5	71.43
กาญจนบุรี	34	28	82.35	6	17.65	3	8.82	0	0.00	31	91.18	7	20.59	27	79.41	0	0.00	0	0.00	0	0.000	11	32.35
สุพรรณบุรี	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	1	100.00
นครปฐม	10	9	90.00	1	10.00	1	10.00	1	10.00	8	80.00	0	0.00	3	30.00	7	70.00	0	0.00	0	0.000	10	100.00
สมุทรสาคร	4	4	100.00	0	0.00	0	0.00	2	50.00	2	50.00	1	25.00	0	0.00	3	75.00	0	0.00	0	0.000	4	100.00
สมุทรสงคราม	3	1	33.33	2	66.67	1	33.33	2	66.67	0	0.00	2	66.67	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	3	100.00
เพชรบุรี	18	14	77.78	4	22.22	2	11.11	8	44.44	8	44.44	1	5.56	16	88.89	1	5.56	0	0.00	0	0.000	12	66.67
ประจวบคีรีขันธ์	96	83	86.46	13	13.54	12	12.50	6	6.25	78	81.25	7	7.29	89	92.71	0	0.00	0	0.00	0	0.000	91	94.79
สมุทรปราการ	26	24	92.31	2	7.69	5	19.23	1	3.85	20	76.92	5	19.23	18	69.23	2	7.69	1	3.85	0	0.000	26	100.00
ชลบุรี	359	311	86.63	48	13.37	15	4.18	0	0.00	344	95.82	20	5.57	339	94.43	0	0.00	0	0.00	0	0.000	138	38.44
ระยอง	12	9	75.00	3	25.00	3	25.00	0	0.00	9	75.00	2	16.67	10	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	6	50.00
จันทบุรี	10	9	90.00	1	10.00	0	0.00	0	0.00	10	100.00	2	20.00	8	80.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	8	80.00
ตราด	96	53	55.21	43	44.79	7	7.29	5	5.21	84	87.50	6	6.25	89	92.71	1	1.04	0	0.00	0	0.000	84	87.50
ฉะเชิงเทรา	29	25	86.21	4	13.79	1	3.45	3	10.34	25	86.21	5	17.24	24	82.76	0	0.00	0	0.00	0	0.000	26	89.66
ปราจีนบุรี	5	2	40.00	3	60.00	1	20.00	1	20.00	3	60.00	1	20.00	1	20.00	3	60.00	0	0.00	0	0.000	5	100.00
สระแก้ว	4	2	50.00	2	50.00	0	0.00	1	25.00	3	75.00	2	50.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	2	50.00
ขอนแก่น	16	11	68.75	5	31.25	2	12.50	2	12.50	12	75.00	2	12.50	14	87.50	0	0.00	0	0.00	0	0.000	14	87.50
มหาสารคาม	9	5	55.56	4	44.44	1	11.11	2	22.22	6	66.67	0	0.00	3	33.33	6	66.67	0	0.00	0	0.000	9	100.00
ร้อยเอ็ด	6	4	66.67	2	33.33	2	33.33	0	0.00	4	66.67	2	33.33	3	50.00	1	16.67	0	0.00	0	0.000	4	66.67
กาฬสินธุ์	4	4	100.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00	3	75.00	1	25.00	3	75.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	4	100.00
หนองบัวลำภู	4	3	75.00	1	25.00	3	75.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	3	75.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	4	100.00
อุดรธานี	32	23	71.88	9	28.13	11	34.38	3	9.38	18	56.25	6	18.75	21	65.63	5	15.63	0	0.00	0	0.000	26	81.25
เลย	3	3	100.00	0	0.00	2	66.67	0	0.00	1	33.33	2	66.67	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.000	3	100.00
หนองคาย	6	5	83.33	1	16.67	0	0.00	3	50.00	3	50.00	1	16.67	5	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	5	83.33
สกลนคร	5	4	80.00	1	20.00	1	20.00	0	0.00	4	80.00	0	0.00	5	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	5	100.00
นครพนม	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	1	100.00
นครราชสีมา	26	19	73.08	7	26.92	3	11.54	5	19.23	18	69.23	6	23.08	8	30.77	12	46.15	0	0.00	0	0.000	23	88.46
บุรีรัมย์	12	6	50.00	6	50.00	6	50.00	3	25.00	3	25.00	2	16.67	10	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	11	91.67
สุรินทร์	10	9	90.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00	9	90.00	0	0.00	10	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000	9	90.00
ชัยภูมิ	6	4	66.67	2	33.33	4	66.67	0	0.00	2	33.33	1	16.67	5	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.000	6	100.00

2. บริบทการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ศึกษา จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ตและชลบุรี

2.1 จังหวัดนครราชสีมา

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมา หรือรู้จักในชื่อ โคราช เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในประเทศไทย และมีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งออกเป็น 1 เทศบาลนคร 4 เทศบาลเมือง 77 เทศบาลตำบล และ 251 องค์การบริหารส่วนตำบล สถานที่ท่องเที่ยวที่นักท่องเที่ยวนิยมเดินทางมาท่องเที่ยว ส่วนใหญ่จะเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ ได้แก่ อุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ อุทยานประวัติศาสตร์พิมาย วัดต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีหมู่บ้านทำเครื่องปั้นดินเผาด่านเกวียน ฟาร์มโชคชัย เป็นต้น (21)

2.1.2 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา สำหรับงานการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด มีการแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนสนับสนุนและกำกับติดตาม ได้แก่ หน่วยสนับสนุนงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนประสานการดำเนินงานในพื้นที่หรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดนครราชสีมา ตั้งอยู่ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นศูนย์ประสานการสั่งการ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ผ่านระบบโทรศัพท์สายด่วน 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 5,121 คน มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) 112 ชุด มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ระดับกลาง (ILS) 70 ชุด มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ระดับต้น (BLS) 112 ชุด และมีชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน เบื้องต้น (FR) 522 ชุด ผลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2553 ให้บริการ 53,865 ราย ในปี 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 54,650 ราย และ 2555 ให้บริการ 50,657 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.36 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ผู้ป่วยสีเขียว)

2.1.3 สำหรับระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นชาวต่างชาติของจังหวัดนครราชสีมา ยังไม่มีการดำเนินการเป็นรูปธรรม แต่ได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่อุทยาน สร้างความมั่นใจให้นักท่องเที่ยว โดยให้เจ้าหน้าที่จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้อบรมให้ตามหลักสูตร การอบรมอาสาสมัครผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) เพื่อคอยช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินในเขตอุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ (22)

2.2 จังหวัดเชียงใหม่

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปจังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ 204 ตำบล 2,066 หมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีจำนวน 211 แห่ง แบ่งออกเป็น 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 เทศบาลนคร 4 เทศบาลเมือง 97 เทศบาลตำบล และ 109 องค์การบริหารส่วนตำบล สถานที่ท่องเที่ยว ที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาตินิยมมาเยี่ยมชม ได้แก่ วัดต่างๆ เช่น วัดดอยสุเทพฯ วัดพระธาตุดอยคำ วัดสวนดอก วัดเจ็ดยอด ที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติ เช่น ดอยอ่างขาง อุทยานแห่งชาติดอยอินทนนท์ อุทยานแห่งชาติดอยสุเทพ - ดอยปุย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีที่ท่องเที่ยวเชิงศิลปวัฒนธรรม เช่น บ้านถวาย ไม้แกะสลัก หมู่บ้านทำเครื่องเงิน หมู่บ้านทอผ้าขึ้น รวมทั้งแหล่งช้อปปิ้ง เช่น ไนท์ฟลาซ่า เป็นต้น ในการสำรวจ World Best Award-Top 10 Cities จากผู้อ่าน Travel and Leisure นิตยสารท่องเที่ยวของสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2553 ผลปรากฏว่า จังหวัดเชียงใหม่เป็นเมืองน่าท่องเที่ยวอันดับ 2 ของโลก รองแต่เพียงกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งใน พ.ศ. 2552 จังหวัดเชียงใหม่ถูกจัดเป็นเมืองน่าท่องเที่ยวอันดับ 5 ของโลก โดยพิจารณาจากสถานที่ ทักษะนิยภาพ ความสวยงาม และความร่มรื่น ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี อาหารการกิน แหล่งช้อปปิ้ง ความเป็นมิตรของผู้คน ความคุ้มค่าของเงิน เป็นต้น (23)

ใน พ.ศ.2553 จังหวัดมีจำนวนนักท่องเที่ยว 5,040,917 คน อยู่ในอันดับที่ 4 ของประเทศรองจากจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดชลบุรี เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ 1,695,288 คน (ร้อยละ 33.63) สร้างรายได้รวม 39,507.03 ล้านบาท

2.2.2 การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ประสบอุบัติเหตุของจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 2,300 คน มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน 239 ชุด แยกเป็นระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 158 ชุด ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น 15 ชุด และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง จำนวน 37 ชุด ซึ่งอยู่ในสังกัดหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ เอกชน สมาคม และโรงพยาบาลเอกชน ความครอบคลุมของตำบล ที่มีการจัดระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความครอบคลุมร้อยละ 57.82 ของตำบลทั้งหมด

ปัจจุบัน หน่วยสนับสนุนงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 3 คน นอกจากรับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว ยังรับผิดชอบงานสาธารณสุข และงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย สำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ตั้งอยู่ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ มีการจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นศูนย์ประสานการสั่งการ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ผ่านระบบโทรศัพท์สายด่วน 1669 ผลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2554 มีผู้ใช้บริการ 12,685 ราย และเพิ่มขึ้นในปี 2555 เป็น 16,454 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 64 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ผู้ป่วยสีแดง)

2.2.3 การให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินแก่นักท่องเที่ยว ในพื้นที่ท่องเที่ยว กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ได้มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการกู้ภัยอุทยานแห่งชาติ ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักอุทยานแห่งชาติ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืชขึ้น แต่ต่อมา "ศูนย์อำนวยการกู้ภัยอุทยานแห่งชาติ" ได้ปรับเปลี่ยนเป็น "ศูนย์ประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติ" ภายใต้การกำกับดูแลของส่วนนันทนาการและสื่อความหมาย สำนักอุทยานแห่งชาติ มีทั้งหมด ๕ แห่ง ประกอบด้วย หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติที่ ๑ (ภาคตะวันออก), หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติที่ ๒ (ภาคตะวันตก), หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติที่ ๓ (ภาคใต้), หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติที่ ๔ (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และ หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติที่ ๕ (ภาคเหนือ) เพื่อรายงานการเกิดอุบัติเหตุของนักท่องเที่ยว ในบริเวณพื้นที่อุทยานแห่งชาติฯ พร้อมทั้งดำเนินการตามมาตรการและการกำกับดูแลความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว สรรวจจุดเสี่ยงอันตรายของแหล่งท่องเที่ยวในเขตอุทยานฯ วางแผน กำหนดมาตรการป้องกันและการกู้ภัย พร้อมรายงานให้กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช พิจารณาในกรณีหากมีเหตุการณ์อุบัติเหตุในเขตอุทยานแห่งชาติฯ (24) แต่ในการให้ความช่วยเหลือกู้ชีพหรือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม คงใช้ระบบปกติที่มีการปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป

2.3 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในภาคกลางตอนใต้ ความยาวจากทิศเหนือจรดทิศใต้ ประมาณ 212 กิโลเมตร และชายฝั่งทะเลยาวประมาณ 224.8 กิโลเมตร มีส่วนที่แคบที่สุดของประเทศอยู่ในเขตตำบลคลองวาฬ อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จากอ่าวไทยถึงเขตแดนพม่าประมาณ 12 กิโลเมตร ระยะทางจากกรุงเทพฯ ตามทางหลวงแผ่นดินสายเอเชียหมายเลข 4 (ถนนเพชรเกษม) ประมาณ 399 กิโลเมตร การปกครองแบ่งออกเป็น 8 อำเภอ 48 ตำบล 388 หมู่บ้าน

หัวหิน เป็นอำเภอที่ขึ้นกับจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ทุกคนรู้จักกันเป็นอย่างดี ทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ เดิมมีชื่อว่า "บ้านสมอเรียง" หรือ "บ้านแหลมหิน" ซึ่งพระบาทสมเด็จพระปกเกล้า

เจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 7) ได้ทรงสร้างวังไกลกังวล เพื่อประทับพักผ่อนในฤดูร้อน และปัจจุบันวังไกลกังวลนั้น เป็นที่ประทับของพระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบัน สถานที่ท่องเที่ยวในอำเภอหัวหิน เป็นที่นิยมของชาวต่างชาติ ในการมาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ ได้แก่ ชายหาดหัวหิน ตัวเมืองหัวหิน ล่องเรือแม่น้ำปราณ น้ำตกป่าละอู เป็นต้น (25)

2.3.2 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำหรับงาน

การแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดมีการแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนสนับสนุนและกำกับติดตาม ได้แก่ หน่วยสนับสนุนงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ส่วนประสานการดำเนินงานในพื้นที่หรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีอยู่ 2 แห่ง ทำงานประสานกันตลอด 24 ชั่วโมง โดยศูนย์หนึ่งตั้งอยู่ ณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และอีกหนึ่งแห่ง ตั้งอยู่ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหัวหิน สำหรับสาเหตุที่ตั้งสองแห่ง เพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการถวายความปลอดภัยแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กรณีมีการแปรพระราชฐาน และเป็นศูนย์สื่อสารสำรองของจังหวัด โดยมีการประสานการสั่งการ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ผ่านระบบโทรศัพท์สายด่วน 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 1,137 คน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมดมีจำนวน 36 ชุด แยกเป็น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) 10 ชุด เจ้าหน้าที่ 321 คน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) 7 ชุด เจ้าหน้าที่ 470 คน ดังนี้ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) 19 ชุด เจ้าหน้าที่ 346 คน ซึ่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมีครอบคลุมทุกตำบลของจังหวัด ผลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี ในปี 2554 ให้บริการ 9,932 ราย และ 2555 ให้บริการถึง 11,016 ราย โดยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ผู้ป่วยสีเขียว)

2.3.3 สำหรับระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นชาวต่างชาติ ของจังหวัด

ประจวบคีรีขันธ์ โดยโรงพยาบาลหัวหิน มีการดำเนินการเป็นรูปธรรม ซึ่งหัวหินเป็นเมืองท่องเที่ยว และมีชาวต่างชาติมารับบริการที่ รพ.เป็นจำนวนมาก จึงเปิดศูนย์ดูแลชาวต่างชาติขึ้น เป็นศูนย์ดูแลช่วยเหลือ โดยในระยะแรก คือการบริการ ล่าม ให้กับแพทย์และพยาบาล ต่อมาเพิ่มการทำงานเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในการทำหลักฐานการรักษาพยาบาลประกอบการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันในประเทศ ของนักท่องเที่ยว ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการประสานความร่วมมือกับบริษัทประกันในต่างประเทศ ซึ่งมีข้อตกลงกันอยู่ โดยบริษัทประกันดังกล่าว จะมีตัวแทนสาขที่ตั้งอยู่ที่กรุงเทพฯ การติดต่อกับต่างประเทศจะติดต่อผ่านสาขาที่กรุงเทพฯ และสาขาที่กรุงเทพฯ จะติดต่อมาทาง รพ. เรื่องค่าใช้จ่ายทาง รพ. จะเก็บกับบริษัทที่อยู่กรุงเทพฯ ส่วนชาวต่างชาติที่ซื้อประกันในประเทศ จะเบิกค่ารักษาโดยการสำรองจ่าย แล้วนำไปเสร็จไปเบิกกับบริษัท ซึ่งในปัจจุบันจะให้บริการเฉพาะคนไข้ใน คนไข้外ยังไม่มีการ ต่อมาพบว่าประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง เนื่องจากชาวต่างชาติที่มารับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น ความขัดแย้งลดลง และมีความเข้าใจในระบบการให้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งปัญหาใหญ่ที่ผ่านมาคือความผิดพลาดในการสื่อสาร โดยเมื่อขยายบริการ เป็นการให้บริการข้อมูลทั่วไป, ประกัน และล่าม กรณีที่ชาวต่างชาติเสียชีวิตมีบริการออกใบมรณบัตร โดยในแต่ละวันจะมีชาวต่างชาติเข้ารับบริการประมาณวันละ 20 คนต่อวัน (เจ็บป่วย รักษาสุขภาพ) เพิ่มจากระยะแรกที่มีเพียงเดือนละ 9-10 คน ทั้งที่ระบบการให้บริการพิเศษดังกล่าว ผู้มารับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการลูกค้าชาวต่างชาติ มีหน้าที่

- 1) ดูแลและอำนวยความสะดวกให้กับชาวต่างชาติที่มารับบริการ
- 2) ล่าม ประสานระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้ป่วย และหน่วยงาน
- 3) ดูแลเรื่องเกี่ยวกับการประกันชีวิตต่างประเทศ

โดยมี 2 งานหลักคือ คลินิกด่วนพิเศษ มีชาวต่างชาติเข้ารับบริการประมาณวันละ 20 คนต่อวัน (เจ็บป่วย รักษาสุขภาพ) และศูนย์บริการลูกค้าชาวต่างชาติ การประชาสัมพันธ์ไม่สามารถเปิดเผยมาก เนื่องจากไม่ใช่หน่วยงานเอกชน จำนวนของชาวต่างชาติที่มาใช้บริการก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน

2.4 จังหวัดภูเก็ต

2.4.1 ข้อมูลทั่วไป จังหวัดภูเก็ต เป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ของประเทศไทย เป็นเกาะขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีลักษณะต่างจากจังหวัดอื่นอย่างสิ้นเชิง เพราะเป็นจังหวัดเดียวในประเทศไทย ที่พื้นที่ของจังหวัดทั้งหมดเป็นเกาะในมหาสมุทรอินเดีย การปกครองแบ่งออกเป็น 3 อำเภอ 17 ตำบล 103 หมู่บ้าน มี 1 เทศบาลนคร (เทศบาลนครภูเก็ต) 2 เทศบาลเมือง (เทศบาลเมืองป่าตอง) (เทศบาลเมืองกะทู้) 6 เทศบาลตำบล 9 องค์การบริหารส่วนตำบล (26)

สถานที่ท่องเที่ยว จังหวัดภูเก็ตมีแหล่งท่องเที่ยวที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาตินิยม มาท่องเที่ยวมากมายที่ติดอันดับต้นๆ ของโลก โดยเฉพาะสถานที่ท่องเที่ยวทางธรรมชาติ ได้แก่ การท่องเที่ยวเกาะต่างๆ รอบภูเก็ต หาดป่าตอง หาดกมลา หาดในยาง หาดสุรินทร์ หาดราไวย์ แหลมพรหมเทพ เป็นต้น และมีการโชว์การแสดงที่นักท่องเที่ยวนิยมชื่นชอบ ได้แก่ ภูเก็ตแฟนตาซี ไซมอนคาบาเล่ย์ เป็นต้น (27)

2.4.2 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดภูเก็ต (28) มีเครือข่าย โรงพยาบาล 6 แห่ง ร่วมปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภาครัฐและเอกชน มูลนิธิ 2 แห่ง มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินสังกัดหน่วยงานองค์กรต่างๆ จำนวน 704 คน ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยวจัดตั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีเรือเร็วสามารถออกปฏิบัติงานได้เมื่อมีนักท่องเที่ยว หรือประชาชนประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยร่วมกับหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 แห่ง รวมทั้งสิ้นมีหน่วยให้บริการจำนวน 26 หน่วย แยกเป็น หน่วย ALS 7 หน่วย, BLS 3 หน่วย และ FR 16 หน่วยความครอบคลุมของตำบลที่มีการจัดระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความครอบคลุมร้อยละ 89.47 ของตำบลทั้งหมด มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตั้งอยู่ที่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าศูนย์ และมีแพทย์รับปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือกับกองเรือภาคที่ 3 และหน่วยบินตำรวจ ในการขอใช้ยานพาหนะพิเศษ เฮลิคอปเตอร์ เพื่อลำเลียง เคลื่อนย้าย ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อมีเหตุร้องขอความช่วยเหลือพื้นที่ห่างไกล ทุกกันดาร เช่น ในทะเล และตามเกาะต่างๆ โดยร่วมกับหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเพื่อออกปฏิบัติการช่วยเหลือ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รับผิดชอบด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต ด้านการประชาสัมพันธ์ จัดทำป้ายติดตั้งบริเวณทางแยก ถนนสายหลัก ผลิตภัณฑ์งาน สติ๊กเกอร์ การ์ดนามบัตรไม้บรรทัด หมายเลข 1669 ให้ประชาชนรับทราบ และเรียกใช้บริการเมื่อมีเหตุจำเป็น ได้มีการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องอุบัติเหตุและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บแก่ประชาชนทั่วไป แก่นาชุมชน อปพร. และนักเรียน นักศึกษา

ผลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2553 ให้บริการ 5,908 ราย ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 7,944 ราย และ 2555 ให้บริการ 8,908 ราย โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.09 เป็นผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ผู้ป่วยสีเหลือง)

2.4.3 สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นชาวต่างชาติของจังหวัดภูเก็ต ยังไม่มีการดำเนินการเป็นรูปธรรม ยังคงใช้ระบบให้บริการปกติ แต่มีโครงการพิเศษ 1 โครงการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ได้จัดทำโครงการรักษาความปลอดภัยตามชายฝั่ง (Lifeguard) มีการทำป้ายประชาสัมพันธ์ เบอร์โทรแจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย เบอร์ 1669 และเบอร์ 1555 และมีการทำป้ายเตือน ติดตั้งกระจายอยู่ทั่วเกาะ โดยเฉพาะในชายหาดที่สำคัญ โดยทำเป็นหลายภาษาได้แก่ อังกฤษ รัสเซีย จีน เกาหลี และญี่ปุ่น

3. กรณีศึกษาการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนจำนวน

10 ราย นับตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3.1 ในพื้นที่ศึกษาจังหวัดเชียงใหม่

ผู้บาดเจ็บรายที่ 1

นักท่องเที่ยวชื่อ นายหวังเตีย สัญชาติจีน เพศชาย อายุ 20 ปี เลขที่ HN 5605803 วันที่เข้ามาประเทศไทย 23 มกราคม 2556 วันที่ครบกำหนดกลับ 5 กุมภาพันธ์ 2556 ลักษณะการมาท่องเที่ยว มาเที่ยวกับเพื่อน อีก 4 คน ประวัติการทำประกันชีวิตของนักท่องเที่ยว ไม่มี

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ เกิดอุบัติเหตุเมื่อเวลาประมาณ 9.00 น ของวันที่ 29 มกราคม 2556 โดยนักท่องเที่ยวได้ขับขี่รถมอเตอร์ไซด์แอลบล่มเอง ไม่มีคู่มือ จุดที่เกิดเหตุอยู่ห่างโรงพยาบาล ประมาณ 2 กิโลเมตร และอยู่ห่างจุดจอดรถปฏิบัติการณ์ฉุกเฉิน 2 กิโลเมตร มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 4 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต ระดับความรุนแรงเป็นผู้ป่วยสีเขียว มีแผลถลอกตามร่างกายและแขนขา ข้อมูลจากแพทย์ผู้รับการรักษา ผู้ประสบเหตุ รู้สึกตัวดี มีแผลตามร่างกาย เดินได้ แพทย์ได้ทำความสะอาดแผล ให้ยาและอนุญาตให้กลับได้

การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ผู้แจ้งเหตุเป็นผู้ที่มาพบเหตุ โดยการโทรเบอร์ 1669 โดยมีขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ คือพลเมืองดีที่พบเหตุโทรแจ้ง 1669 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ สั่งการให้หน่วยกู้ภัย ระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ออกปฏิบัติการ ถึงที่เกิดเหตุพบผู้บาดเจ็บ 4 ราย

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ผู้บาดเจ็บทุกรายรู้สึกตัวดี เดินได้ มีแผลถลอกตามร่างกาย ทีมช่วยเหลือ ได้ทำความสะอาดแผล และให้ผู้บาดเจ็บได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ ผู้บาดเจ็บพยายามพูดคุยสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เกี่ยวกับความต้องการการรักษา ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯได้ให้คำแนะนำต่างๆ และแจ้งให้ชุดปฏิบัติการนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล จำนวนเวลาที่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ไปถึงจุดเกิดเหตุนับจากเวลาที่สามารถติดต่อได้อยู่ระหว่าง 10-19 นาที ระยะเวลาที่เดินทางจากจุดเกิดเหตุไปส่งถึงโรงพยาบาล ไม่เกิน 10 นาที โดยใช้รถนำส่งผู้บาดเจ็บเป็นรถกระบะที่ปรับเป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉิน มีหลังคาเป็นของมูลนิธิกู้ภัยประกายพฤษโย โดยมีทีมปฏิบัติการ รวม 3 คน

- การได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษา นับตั้งแต่ผู้บาดเจ็บถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ระหว่าง 10-19 นาที ความพร้อมด้านบุคลากรในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน แพทย์เวร 3 คน พยาบาล 9 คน และผู้ช่วยพยาบาลเวร 3 คน ผลการประเมินอาการของแพทย์ แพทย์ให้กลับไม่ต้องพักรักษาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวม 253 บาท ผู้บาดเจ็บจ่ายเองไม่มีประกันชีวิต

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

1. เกี่ยวกับการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

ผู้บาดเจ็บไม่ทราบว่าโทรขอความช่วยเหลือกับใคร เบอร์โทรศัพท์อะไร ประกอบกับ

นักท่องเที่ยวเป็นชาวจีน พูดภาษาอังกฤษได้นิดหน่อย

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน เป็นภาษาต่างประเทศ ติดในที่สาธารณะในแหล่งท่องเที่ยว ให้นักท่องเที่ยวรู้และเข้าใจ

2. ขณะให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เจ้าหน้าที่ในทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ท่องเที่ยวเฉพาะ อย่างน้อย 1 ภาษารวมถึงผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด

3. การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลมีปัญหาการสื่อสารกับผู้บาดเจ็บบ้าง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือจัดให้มีทีมพิเศษ ที่ให้การดูแลนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะ

ผู้บาดเจ็บรายที่ 2

ผู้บาดเจ็บชื่อ Miss Avila Paulina อายุ 22 ปี เพศหญิง เป็นชาวฝรั่งเศส เลขที่ HN 5567832 สัญชาติฝรั่งเศส การมาท่องเที่ยวมาอยู่กับกรุ๊ปทัวร์ รวม 7 คน การทำประกันชีวิต ไม่มี

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดอุบัติเหตุเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2555 เวลา 15.45 น โดยรถยนต์ชนท้ายรถยนต์ ผู้บาดเจ็บเป็นผู้โดยสารนั่งอยู่รถยนต์คันที่ถูกชนท้าย จุดเกิดเหตุ อยู่ห่างจากโรงพยาบาล 0.5 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน 0.5 กิโลเมตร มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ระดับความรุนแรง เป็นสีเหลือง โดยมีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บไหล่ขวา ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ผู้แจ้งเหตุเป็นคนไทยที่มาประสบเหตุพอดี และแจ้งตำรวจ และได้ประสานโรงพยาบาล เข้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์เวียงพิงค์) เหตุเกิดที่หน้าโรงพยาบาลนครพิงค์ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) สังกัดโรงพยาบาลนครพิงค์ เข้าช่วยเหลือจำนวนบุคลากรในทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน 4 คน จำนวนรถยนต์เป็นรถตู้ 1 คัน ถึงที่เกิดเหตุนับจากเวลาที่ติดต่อได้ไม่เกิน 10 นาที
- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ผู้บาดเจ็บมีอาการตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีสภาวะ Hyperventilation บ่นเจ็บแน่นหน้าอก มีอาการรู้สึกตัวดี ทีมปฏิบัติการให้ออกซิเจนแก่ผู้บาดเจ็บและนำส่งโรงพยาบาลนครพิงค์ ระยะเวลาที่เดินทางจากจุดเกิดเหตุ ไปถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 10 นาที ผู้บาดเจ็บไม่ประสงค์จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ทันทีที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากร มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวร 3 คน มีพยาบาลเวร 9 คน และมีผู้ช่วยพยาบาลเวร 3 คน ผลการรักษา แพทย์ให้ยาและให้กลับโดยไม่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทั้งหมด รวม 1,018 บาท ผู้บาดเจ็บจ่ายเอง

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

1. ระบบการรับแจ้งเหตุ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น เนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่รู้เลยว่าเวลาประสบอุบัติเหตุจะโทรขอความช่วยเหลือเบอร์อะไร

การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษา กับผู้บาดเจ็บ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ท่องเที่ยวเฉพาะอย่างน้อย 1 ภาษารวมถึงผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการบริการของโรงพยาบาลมีปัญหาการสื่อสารกับผู้บาดเจ็บบ้าง เนื่องจากต้องคอยปลอบใจและให้กำลังใจผู้บาดเจ็บ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือจัดให้มีทีมพิเศษที่ให้การดูแลนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะอื่นๆ เนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่มีการทำประกันชีวิตในประเทศไทย แต่มีการทำประกันชีวิตในประเทศตัวเอง ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้ในประเทศไทยได้ ทำให้ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง ข้อเสนอแนะของผู้บาดเจ็บ คือให้ทั้ง 2 ประเทศมีการประสานการประกันชีวิตให้สามารถเบิกจ่ายเงินทดแทนได้ทั้งสองประเทศ

ผู้บาดเจ็บรายที่ 3

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mr.Zavokoy เพศชาย สัญชาติจีน อายุ 23 ปี เลขที่ HN 5605801 วันที่เข้ามาประเทศไทย 24 มกราคม 2556 วันที่ครบกำหนดกลับ 1 กุมภาพันธ์ 2556 การมาท่องเที่ยวมาพร้อมกับครอบครัว 4 คน ประวัติการทำประกันชีวิตของนักท่องเที่ยว ไม่มีการทำประกันชีวิต

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ เกิดเหตุวันที่ 29 มกราคม 2556 เวลา 09.00 น ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ รถมอเตอร์ไซด์แล่นเอง ไม่มีคู่กรณีผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่เอง จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 2 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ 2 กิโลเมตร มีจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งสิ้น 4 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต ระดับความรุนแรงเป็นสีเขียว ผู้บาดเจ็บมีแผลถลอกตามร่างกาย

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ผู้ประสบเหตุเดินทางผ่านมาพบเหตุ ได้โทรแจ้งเบอร์ 1669 เข้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์เวียงพิงค์)

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้สั่งการให้รถปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) สังกัดมูลนิธิประกายพฤษฯ ซึ่งเป็นรถยนต์กระบะที่ปรับเป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉิน มีหลังคาปรับผู้บาดเจ็บ ใช้เวลาเดินทางนับจากสั่งการจนรถปฏิบัติการเข้าถึงที่เกิดเหตุ ประมาณ 10-19 นาที ได้รับ 2 รายนำส่งโรงพยาบาล อีก 2 รายนำส่งโดยรถมอเตอร์ไซด์ ระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บเป็นระดับสีเขียว มีแผลถลอกตามร่างกาย ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินได้ทำแผลและนำส่งโรงพยาบาลนครพิงค์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 10-19 นาที

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์หลังจากถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มากกว่า 30 นาที แพทย์ตรวจร่างกาย ทำแผล รักษาตามอาการ ให้ยา และให้กลับ โดยไม่ต้องพักรักษาที่โรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล รวม 251 บาท ผู้บาดเจ็บจ่ายเอง

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ ผู้บาดเจ็บไม่รู้ว่าโทรติดต่อเบอร์ 1669 อย่างไร และเวลาถูกสอบถามสถานที่เกิดเหตุ ก็ไม่รู้ว่าจุดเกิดเหตุอยู่ตรงไหน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บพยายามสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ แต่เจ้าหน้าที่ไม่พูดด้วย

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวโดยเฉพาะ อย่างน้อย 1 ภาษา รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บรอนานเกินกว่า 30 นาที เนื่องจากมีผู้บาดเจ็บรายอื่นๆ ที่มีระดับความรุนแรงมากกว่าทำให้แพทย์ต้องดูแลรักษาผู้บาดเจ็บรายอื่นก่อน

ข้อเสนอแนะ แพทย์ พยาบาล ควรเข้ามาพูดคุยชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเจ็บที่รอรับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย ว่ามีความจำเป็นอย่างไรจึงต้องให้รอ และควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือจัดให้มีทีมพิเศษที่ให้การดูแลนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องการโทรเบอร์ 1669 เป็นภาษาอังกฤษแก่นักท่องเที่ยว โดยอาจจะทำเป็นแผ่นพับหรือสื่อประเภทอื่นๆ ที่มีไว้ประจำในรถที่รับส่งกลุ่มทัวร์ต่างชาติ ในพื้นที่ศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อำเภอหัวหิน)

ผู้บาดเจ็บรายที่ 4

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mr.Dominic Steck สัญชาติเยอรมัน อายุ 43 ปี มีกำหนดการเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย วันที่ 27 ธันวาคม 2555 กลับวันที่ 3 มกราคม 2556 มาท่องเที่ยวกับครอบครัว จำนวน 3 คน มีประกันชีวิตประเภทอุบัติเหตุที่ประเทศเยอรมัน

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดอุบัติเหตุเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2555 เวลา 14.02 น. เกิดจากมอเตอร์ไซด์ชนกัน ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่ จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 17 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ 8 กิโลเมตร มีผู้บาดเจ็บรวม 3 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ เป็นระดับสีเหลือง ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษา ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง จำเหตุการณ์ได้ มีแผลลอกตามร่างกาย

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุ คู่กรณีซึ่งเป็นคนไทย ได้โทรแจ้งผ่านเบอร์ 1669 ระหว่างรอรถปฏิบัติการฉุกเฉิน มีพลเมืองดีเข้ามาช่วยเหลือขนย้าย ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ มาไว้ที่ข้างถนน ยังไม่ได้ทำแผล
- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ นับจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด สั่งการใช้เวลา มากกว่า 10 นาทีไม่เกิน 19 นาที ระยะเวลาที่เดินทาง จากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ประมาณ 20-29 นาที โดยรถตู้ของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน สังกัดมูลนิธิสว่างหัวหินธรรมสถาน จำนวนรถปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไปรับ 1 คัน มีการปฐมพยาบาลโดยการห้ามเลือดและทำแผล
- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาทันทีที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์เวร 1 คน พยาบาล 7 คน แพทย์ให้การรักษาโดยทำความสะอาดแผล ให้ยารักษาตามอาการ และให้กลับโดยไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่ารักษา รวม 650 บาท โดยผู้บาดเจ็บจ่ายเป็นเงินสด

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ ผู้บาดเจ็บไม่รู้ว่าโทรติดต่อเบอร์ 1669 อย่างไร และเวลาถูกสอบถามสถานที่เกิดเหตุ ก็ไม่รู้ว่าจุดเกิดเหตุอยู่ตรงไหน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษา กับผู้บาดเจ็บ และการจราจรติดขัด รถยนต์คันอื่นๆ บนท้องถนนไม่หลีกทางให้กับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ทำให้ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาล นานเกินไป

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลหัวหิน มีระบบทางด่วนในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยชาวต่างชาติ โดยไม่ต้องไปต่อคิวรอการตรวจรักษากับผู้เจ็บป่วยรายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลที่มีพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ควรมีการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาชาวต่างชาติที่รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้เบอร์ โทร1669 เป็นภาษาอังกฤษแก่นักท่องเที่ยว โดยอาจจะทำเป็นแผ่นพับหรือสื่อประเภทอื่นๆ ที่มีไว้ประจำในรถที่รับส่งกลุ่มทัวร์ต่างชาติ

ผู้บาดเจ็บรายที่ 5

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mrs.Carina Astrom เพศหญิง อายุ 48 ปี สัญชาติสวีเดน เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 10 ธันวาคม 2555 มีกำหนดกลับประเทศวันที่ 3 มกราคม 2556 มาเที่ยวพร้อมกับครอบครัว รวม 11 คน มีการทำประกันชีวิตสำหรับนักท่องเที่ยว ของประเทศสวีเดน

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2555 เวลา 7.50 น ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับซีรอมอเตอร์ไซด์ด้วยความเร็วไปเฉี่ยวชนคนเดินเท้า ทำให้รถเสียหลักรถแฉลบล้ม มีผู้บาดเจ็บ 1 ราย จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 6 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ประมาณ 2 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บเป็นสีเหลือง ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษา ให้ข้อมูลว่า แรกรับผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีขาซ้ายผิดปกติ และมีแผลถลอกบริเวณใบหน้า

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือผู้ประสบเหตุที่เป็นคนไทย โทรแจ้งตำรวจ ทางตำรวจโทรแจ้งมูลนิธิสว่างหัวหินธรรมสถานว่ามีผู้บาดเจ็บ มูลนิธิสว่างหัวหินธรรมสถาน แจ้งมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ขอออกรับผู้บาดเจ็บ ขณะนั้น ผู้บาดเจ็บนอนนิ่งอยู่ที่เกิดเหตุไม่ได้เคลื่อนย้ายรอรถปฏิบัติการฉุกเฉิน

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสั่งการให้มูลนิธิสว่างหัวหินธรรมสถาน ไปรับผู้บาดเจ็บ โดยใช้รถปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) เป็นรถตู้ไปรับใช้เวลาเดินทางนับจากได้รับการสั่งการจนถึงที่เกิดเหตุ ไม่เกิน 10 นาที ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินมีทั้งหมด 3 คน ให้การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ แก่ผู้บาดเจ็บโดยการห้ามเลือด เข้าเฝือกขาชั่วคราว นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลหัวหิน ใช้เวลาเดินทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 20-29 นาที

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล เมื่อถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาทันที ความพร้อมบุคลากรของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มี แพทย์เวร 1 คน พยาบาล 7 คน ผลการรักษาและประเมินอาการของแพทย์ ให้ผู้บาดเจ็บพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2555 - 2 มกราคม 2556 ค่ารักษารวมทั้งหมด 31,717.50 บาท ชำระเป็นเงินสด โดยโรงพยาบาลออกใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์ ให้ผู้บาดเจ็บนำไปเบิกจากบริษัทประกันที่ประเทศของผู้บาดเจ็บ

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ ผู้บาดเจ็บไม่รู้ว่าโทรติดต่อเบอร์ 1669 อย่างไร และเวลาถูกสอบถามสถานที่เกิดเหตุ ก็ไม่รู้ว่าจุดเกิดเหตุอยู่ตรงไหน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ และการจราจรติดขัด รถยนต์คันอื่นๆ บนท้องถนนไม่หลีกทางให้กับรถปฏิบัติฉุกเฉิน ทำให้ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลนานเกินไป ประชาชนมามุงดูเป็นจำนวนมาก ทำให้การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บลำบาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด และควรมีถนนที่เป็นเส้นทางวิ่งฉุกเฉิน ในการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปโรงพยาบาลได้โดยสะดวก

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลหัวหิน มีระบบทางด่วนในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยชาวต่างชาติ โดยไม่ต้องไปต่อคิวรอการตรวจรักษากับผู้เจ็บป่วยรายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลที่มีพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ควรมีการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาชาวต่างชาติที่รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้เบอร์โทร 1669 เป็นภาษาอังกฤษแก่นักท่องเที่ยว โดยอาจจะทำเป็นแผ่นพับหรือสื่อประเภทอื่นๆ ที่มีไว้ประจำในรถที่รับส่งกรุ๊ปทัวร์ต่างชาติ ควรยกเลิกหมายเลข 4 หลักซึ่งเป็นเบอร์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อป้องกันความสับสนในการขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้บาดเจ็บรายที่ 6

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mr.Charles Wong สัญชาติฮ่องกง เพศชาย อายุ 29 ปี เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยวันที่ 21 ธันวาคม 2555 มีกำหนดกลับวันที่ 26 ธันวาคม 2555 เดินทางมากับเพื่อน 2 คนได้ทำประกันชีวิตกับบริษัททัวร์ที่ฮ่องกง

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2555 เวลา 15.00 น. สาเหตุจากขับขึ้นมอเตอร์ไซด์ล้ม ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่เอง จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 40 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติภารกิจฉุกเฉิน 13 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงจากความเห็นแพทย์ อยู่ในระดับสีเขียว ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องจำเหตุการณ์ได้ ขณะขับขี่ได้สวมหมวกนิรภัยป้องกัน มีผลลอคที่เข้าสองข้าง

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุผู้พบเห็นซึ่งเป็นคนไทย ได้โทรแจ้งเทศบาลหนองพลับ ที่รับผิดชอบพื้นที่ดังกล่าว เทศบาลหนองพลับโทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ขอออกเหตุรับผู้บาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาล จากนั้นชุดกู้ชีพจีวแดงสังกัดเทศบาลหนองพลับ ได้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

หลังจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ได้สั่งการทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) โดยรถกระบะที่ปรับเป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉินมีหลังคา ได้เดินทางไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันที ใช้เวลาเดินทางประมาณ 30-39 นาที ใช้เวลาเดินทางจากจุดเกิดเหตุ นำผู้บาดเจ็บส่งถึงโรงพยาบาลหัวหิน ใช้เวลาประมาณ 50-59 นาที ได้ทำความสะอาดบาดแผลและปิดบาดแผล ให้กับผู้บาดเจ็บ

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษา หลังจากนอนรอที่เตียงประมาณ 20 - 29 นาที ความพร้อมของบุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์เวร 2 คน พยาบาล 7 คน แพทย์ให้การรักษาโดยทำความสะอาดแผล ให้ยารักษาตามอาการ และให้กลับโดยไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่ารักษารวม 484 บาท โดยผู้บาดเจ็บจ่ายเป็นเงินสด

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ ผู้บาดเจ็บไม่รู้ว่าโทรติดต่อเบอร์ 1669 อย่างไร และเวลาถูกสอบถามสถานที่เกิดเหตุ ก็ไม่รู้ว่าจุดเกิดเหตุอยู่ตรงไหน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ และการจราจรติดขัด รถยนต์คันอื่นๆ บนท้องถนนไม่หลีกเลี่ยงให้กับรถปฏิบัติฉุกเฉิน ทำให้ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลนานเกินไป รถยนต์ที่ไปรับไม่ได้มาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด รถปฏิบัติการฉุกเฉิน ควรมีสัญญาภาพ และได้มาตรฐานสากล อุปกรณ์กู้ชีพควรมีเต็มรูปแบบมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือได้ทั้งผู้บาดเจ็บเล็กน้อยและบาดเจ็บสาหัส เพิ่มชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ ให้เพียงพอต่อการให้บริการนักท่องเที่ยว

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลหัวหิน มีระบบทางด่วนในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยชาวต่างชาติ โดยไม่ต้องไปต่อคิวรอการตรวจรักษากับผู้เจ็บป่วยรายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลที่มีพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ควรมีการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาชาวต่างชาติที่รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องการโทรเบอร์ 1669 เป็นภาษาอังกฤษแก่นักท่องเที่ยว โดยอาจจะทำเป็นแผ่นพับหรือสื่อประเภทอื่นๆ ที่มีไว้ประจำในรถที่รับส่งกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ

ผู้บาดเจ็บรายที่ 7

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mr.Thomas สัญชาติสวีเดน เพศชาย อายุ 29 ปี เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย วันที่ 25 ธันวาคม 2555 มีกำหนดกลับวันที่ 31 ธันวาคม 2555 เดินทางมากับเพื่อน 2 คน ได้ทำประกันชีวิตกับบริษัทที่ประเทศสวีเดน ครอบคลุมถึงการเดินทางมาท่องเที่ยวต่างประเทศ

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2555 เวลา 15.00 น. สาเหตุจากการขับขี่มอเตอร์ไซด์ล้ม ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่เอง จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 20 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน 20 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงจากความเห็นแพทย์ อยู่ในระดับสีเขียว ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องจำเหตุการณ์ได้ ขณะขับขี่สวมหมวกนิรภัยป้องกัน มีแผลถลอกที่เข่าสองข้าง ปวดเข่ามาก ไม่สามารถเดินด้วยตัวเองได้

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุผู้พบเห็นซึ่งเป็นคนไทย ได้โทรแจ้งเบอร์ 1669 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ได้สั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) สังกัดมูลนิธิสว่างหัวหินธรรมสถาน ได้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

หลังจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ได้สั่งการทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) โดยใช้รถตู้ ได้เดินทางไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันที ใช้เวลาเดินทางประมาณ 20 - 29 นาที ใช้เวลาเดินทางจากจุดเกิดเหตุนำผู้บาดเจ็บส่งถึงโรงพยาบาลหัวหินใช้เวลาประมาณ 20 - 29 นาที ณ จุดเกิดเหตุ ได้ทำความสะอาดบาดแผล และปิดบาดแผล ให้กับผู้บาดเจ็บ

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาทันทีที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์เวร 2 คน พยาบาล 7 คน แพทย์ให้การรักษา โดยทำความสะอาดบาดแผล ให้ยารักษาตามอาการ เอกซเรย์ร่างกาย ไม่พบการแตกหักของกระดูก และให้กลับโดยไม่รับพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่ารักษารวม 1,225 บาท โดยผู้บาดเจ็บจ่ายเป็นเงินสด

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ นักท่องเที่ยวไม่ทราบว่าจะร้องขอความช่วยเหลืออย่างไร

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการวางแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ และการจราจรติดขัด รถยนต์คันอื่นๆ บนท้องถนนไม่หลีกเลี่ยงให้กับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ทำให้ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลนานเกินไป รถยนต์ที่ไปรับไม่ได้มาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด รถปฏิบัติการฉุกเฉิน ควรมีสัญญาณและได้มาตรฐานสากล อุปกรณ์กู้ชีพควรมีเต็มรูปแบบมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือได้ทั้งผู้บาดเจ็บเล็กน้อยและบาดเจ็บสาหัส เพิ่มชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ให้เพียงพอต่อการให้บริการนักท่องเที่ยว

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลหัวหิน มีระบบทางด่วนในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยชาวต่างชาติโดยไม่ต้องไปต่อคิวรอการตรวจรักษากับผู้เจ็บป่วยรายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลที่มีพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ควรมีการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาชาวต่างชาติที่รวดเร็ว

ผู้บาดเจ็บรายที่ 8

ผู้บาดเจ็บชื่อ Mr.Chen Pengxiong HN 4131/56 สัญชาติจีน อายุ 24 ปี เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยวันที่ 12 กุมภาพันธ์ วันที่ครบกำหนดกลับ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2556 มาท่องเที่ยวเกี่ยวกับเพื่อนๆ รวม 6 คน มีการทำประกันชีวิต สำหรับนักท่องเที่ยว

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ เวลา 14.20 น. สาเหตุจากผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขีโมเตอร์ไซด์ ขณะกำลังเลี้ยวขวา เข้าทางแยกมีรถยนต์ขับผ่านหน้าทำให้ผู้บาดเจ็บต้องหักเลี้ยวมอเตอร์ไซด์กระทันหัน จึงเสียหลักล้ม

ไม่มีคู่มือ จุดเกิดเหตุอยู่ห่างโรงพยาบาล ประมาณ 8 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ประมาณ 7 กิโลเมตร มีผู้บาดเจ็บรวม 2 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต ระดับความรุนแรงเป็นระดับสีเขียว มีบาดแผลหลากหลายที่ได้แก่ แขน ไหล่ เข่า มือ และศีรษะ

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

ผู้ประสบเหตุซึ่งเป็นคนไทย เมื่อเห็นเหตุการณ์ได้โทรแจ้งเข้าศูนย์ช่วยเหลือ

นักท่องเที่ยวมลา ซึ่งจะเน้น การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุทางน้ำ เป็นเบอร์โทร หมายเลข 4 ตัว เจ้าของคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ในกรณีมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ศูนย์ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว จะโทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดได้ทราบและสั่งการช่วยเหลือ ซึ่งผู้บาดเจ็บรายนี้ ได้สั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน สังกัดมูลนิธิธรรมกัตถัญญ ซึ่งมีสาขาที่ภูเก็ตออกปฏิบัติการ

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) เดินทางไปถึงที่เกิดเหตุ หลังจากได้รับการสั่งการให้ออกเหตุ จากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที ประเภทรถยนต์ที่ให้การช่วยเหลือเป็นรถกระบะที่ปรับเป็นรถปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยไปพร้อมกับรถมอเตอร์ไซด์ มีทีมที่ไปช่วยเหลือรวม 4 คน การดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ได้ทำแผล และปิดบาดแผล ไม่มีการหักตามอวัยวะ นำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 10 นาที

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาทันที ที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรมีแพทย์เวร 1 คน พยาบาลเวร 5 คน และผู้ช่วยพยาบาลเวร 2 คน แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินอาการ ไม่พบการแตกหักของกระดูก มีเพียงบาดแผลถลอกตามร่างกาย ได้รับการรักษาตามอาการและให้ยา แพทย์ให้กลับโดยไม่ให้พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 1,595 บาท ผู้บาดเจ็บเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ นักท่องเที่ยวไม่ทราบว่าแจ้งขอความช่วยเหลืออย่างไร และไม่มีโทรศัพท์ที่จะโทร ขอความช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางการเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด รวมถึงประชาชนคนไทยที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวด้วยเพื่อให้ความช่วยเหลือ นักท่องเที่ยวที่รวดเร็วอีกทางหนึ่ง ประสานการช่วยเหลือกับตำรวจในการดูแลเรื่องจราจรและกันผู้คนที่จะมาห้อมล้อมดูเหตุการณ์

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ การคมนาคมไม่สะดวก เส้นทางขึ้นเขาลงเขา ค่อนข้างลาดชัน ประกอบกับมีไทยมุงเป็นจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด ทำความเข้าใจให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบถึงความไม่ถูกต้อง ในการมาห้อมล้อมดูเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล ผู้รับการรักษาและผู้ให้การรักษา สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้ภาษาอังกฤษได้ดีทั้งสองฝ่าย

ผู้บาดเจ็บรายที่ 9

ผู้บาดเจ็บชื่อ Miss Qi Sin สัญชาติจีน เพศหญิง อายุ 25 ปี เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2556 วันที่ครบกำหนดกลับ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2556 เดินทางมาท่องเที่ยวพร้อมกับเพื่อน รวม 3 คน ไม่มีประวัติการทำประกันชีวิต

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2556 เวลา 15.30 น. ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับซีรอมอเตอร์ไซด์ ไปที่จุดชมวิว หาดกะรน ลักษณะถนนมีพื้นผิวขรุขระลาดชัน ทำให้รถแฉลบล้ม ผู้บาดเจ็บได้กระเด็นตกลงไปในคูน้ำข้างทาง ไม่มีคูรั้ว มีผู้บาดเจ็บ 1 คน จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 20 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ประมาณ 7 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ เป็นระดับสีเขียว มีแผลถลอก ปวดชายโครงด้านซ้าย

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

ผู้ประสบเหตุ ซึ่งเป็นคนไทย เมื่อเห็นเหตุการณ์ได้โทรแจ้งตำรวจท่องเที่ยว ตำรวจท่องเที่ยวโทรแจ้งเทศบาลกะรน ซึ่งเทศบาลมีชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ให้บริการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้โทรเข้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เพื่อขอคำสั่งการออกเหตุให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยว รายดังกล่าว

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) สังกัดเทศบาลตำบลกะรน เดินทางไปถึงที่เกิดเหตุ หลังจากได้รับการสั่งการให้ออกเหตุจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที ประเภทรถยนต์ที่ให้การช่วยเหลือเป็นรถตู้ มีทีมที่ไปช่วยเหลือรวม 4 คน การดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ได้ทำแผล และปิดบาดแผล ไม่มีการหักตามอวัยวะ นำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ใช้เวลาเดินทางประมาณ 30 - 39 นาที

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาทันที ที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรมีแพทย์เวร 1 คน พยาบาลเวร 5 คน และผู้ช่วยพยาบาลเวร 2 คน แพทย์ได้ทำการตรวจประเมินอาการ ไม่พบการแตกหักของกระดูก มีเพียงบาดแผลถลอกตามร่างกาย ได้รับการรักษาตามอาการและให้ยา แพทย์ให้กลับโดยไม่ให้การรักษาตัวที่ โรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 1,253 บาท ผู้บาดเจ็บเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- ระบบการรับแจ้งเหตุ นักท่องเที่ยวรวมทั้งประชาชนในพื้นที่ไม่ทราบว่าร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างไร จึงได้โทรแจ้งตำรวจท่องเที่ยว

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการโทรเบอร์ 1669 ให้ชาวต่างชาติรับรู้มากขึ้น รวมถึงการทำแผนที่แสดงเส้นทางเดินทาง ระบุสถานที่สำคัญของเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ติดแสดงในที่สาธารณะที่มองเห็นได้ชัด รวมถึงประชาชนคนไทยที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวด้วยเพื่อให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่รวดเร็วอีกทางหนึ่ง

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านภาษากับผู้บาดเจ็บ การคมนาคมไม่สะดวก เส้นทางขึ้นเขาลงเขา ค่อนข้างลาดชัน ประกอบกับมีไทยมุงเป็นจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาทักษะด้านภาษาให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด ทำความเข้าใจให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบถึงความไม่ถูกต้อง ในการมาห้อมล้อมมุงดูเหตุการณ์ต่างๆซึ่ง จะเป็นผลเสียต่อการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บมีความพอใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บรายที่ 10

ผู้บาดเจ็บชื่อ MR. RENE VICTOR DEVRIESE สัญชาติเบลเยียม เพศชาย อายุ 58 ปี ได้เข้ามาประเทศไทย วันที่ 18 พฤศจิกายน 2555 วันที่ครบกำหนดกลับ วันที่ 7 ธันวาคม 2555 เดินทางมาท่องเที่ยวเพียงคนเดียว การทำประกันชีวิตมีการทำประกันชีวิตและการเดินทาง กับบริษัท AAP: Asian Assistance Partners (Thailand) (ผู้ป่วยมีประกันหลายประเภท) บริษัทดังกล่าวมีข้อตกลงกับโรงพยาบาลกรุงเทพทุกสาขาที่อยู่ต่างจังหวัดทั่วประเทศ

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ

เกิดเหตุเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2555 เวลาประมาณ 16.00 น. ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุเป็นรถชนกัน ระหว่างรถมอเตอร์ไซค์กับรถกระบะ ผู้บาดเจ็บเป็นผู้ซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซค์ มีผู้ขับขี่เป็นคนไทย เหตุการณ์คือ รถจอดติดไฟแดง รถกระบะขับมาชนท้าย ด้วยความแรงของรถผู้บาดเจ็บพุ่งไปชนเสาไฟฟ้า ผู้บาดเจ็บไม่ได้สวมหมวกนิรภัย เนื่องจากหมวกมีขนาดเล็กเกินไปสวมไม่ได้ จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล ประมาณ 3 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ประมาณ 3 กิโลเมตรเช่นเดียวกัน มีผู้บาดเจ็บ 2 รายคือ ผู้บาดเจ็บเองและผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซค์ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ อยู่ในระดับสีแดง ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาให้ข้อมูลว่าอาการของผู้บาดเจ็บ มีกระดูกสะโพกหัก กระดูกสับขาแตก บาดเจ็บที่ไต ตับ ปอด กระดูกหัก 4 ซี่ ที่มปอด สมอกระดูกกระเทือน มีแผลถลอกบริเวณข้อศอกซ้าย ก้นบวมซ้ำ ส่วนผู้ขับขี่ระดับความรุนแรงเป็นสีเหลือง

ข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

ผู้โทรแจ้งเป็นผู้พบเหตุ ที่ค้าขายอยู่บริเวณที่เกิดเหตุ ได้โทรเข้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เบอร์ 1669 จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บรู้ว่า เบอร์ 1669 เป็นเบอร์ที่ให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่สามารถโทรได้เนื่องจากหมดสติ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ได้สั่งการรถปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาล (ALS) และรถปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) สังกัดมูลนิธิสว่างเมตตาธรรม ออกเหตุช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทั้ง 2 ราย

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

รถปฏิบัติการฉุกเฉิน เดินทางถึงจุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาที นำผู้ป่วยขึ้นรถตามหลักวิธีการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยย้ายผู้บาดเจ็บขึ้นรถปฏิบัติการฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาลทันที โดยมีการให้น้ำเกลือ ตามแขนขา ตามคอ ให้ออกซิเจน ทั้ง 2 ราย ใช้เวลาเดินทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล ภายใน 10 นาที เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ลำดับขั้นตอนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บไม่สามารถให้ข้อมูลได้เนื่องจากไม่ได้สติ

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล

ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ทันที ที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมของบุคลากรมีแพทย์เวร 1 คน พยาบาล 5 คน และผู้ช่วยพยาบาลอีกจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถแยกประเภทได้ จากการประเมินอาการของผู้บาดเจ็บ แพทย์ให้พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่เพื่อนผู้บาดเจ็บขอไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกรุงเทพ - ราชสิมา เนื่องจากมีข้อตกลงในการทำประกันชีวิตกับบริษัท ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกรุงเทพ - ราชสิมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในเวลา 21.00 น. ของวันเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลมหาราช

2,400 บาท ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ - ราชสีมา ณ วันที่ไปสัมภาษณ์ 505,386 บาท (ผู้บาดเจ็บยังคงรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อ)

ปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

ไม่มีข้อเสนอแนะ

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่ง

ผู้บาดเจ็บไม่มีข้อเสนอแนะในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เนื่องจากสลับ แต่มีข้อคิดเห็นว่า ถนนแคบ และคนไทยไม่ค่อยมีจิตสำนึกเรื่องกฎจราจร ไฟยังไม่เขียวก็ออกตัวแล้ว

ข้อเสนอแนะ อยากให้ประเทศไทย บังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด

- การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ผู้บาดเจ็บประทับใจการบริการของโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ

ข้อเสนอแนะ น้องสาวของเพื่อนผู้บาดเจ็บ ซึ่งเห็นเหตุการณ์ในห้องฉุกเฉิน ให้ข้อเสนอแนะว่า

- ตนเองเข้าใจว่า รพ.รัฐ คนไข้เยอะ แต่ก็อยากให้สนใจผู้ป่วยมากกว่านี้ ไม่ควรปล่อยให้

ผู้บาดเจ็บรอนาน โดยไม่สนใจ และควรใส่ใจอาการบาดเจ็บเวลาเคลื่อนย้าย หรือให้การดูแล

- ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนเหมือนกัน ไม่ควรมีสองมาตรฐาน อยากให้มีเจ้าหน้าที่ชี้แจง

เรื่องเอกสาร ขั้นตอนในการรับบริการกับญาติ กับผู้บาดเจ็บ และขอให้พูดจาดีกว่านี้

ตารางที่ 6 สรุปภาพรวมการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังประสบอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ จำนวน 10 ราย

รายที่	สัญชาตินักท่องเที่ยว	ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ	สถานะของนักท่องเที่ยว	การทำประกันชีวิต	การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ	ความทันเวลา (Response time)	การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	การรักษาที่ห้อง ER	การจ่ายค่ารักษา	ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ
1	จีน	ขับขี่มอเตอร์ไซด์ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	ไม่มี	คนไทยพบเหตุ โทรแจ้ง 1669	10 -19 นาที (ไม่ทันเวลา)	โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	รอเจ้าหน้าที่ 10 -19 นาที	จ่ายเอง	สีเขียว
2	ฝรั่งเศส	รถยนต์ชนท้ายรถยนต์	เป็นผู้โดยสารคันที่ถูกชน	มีประกันที่ประเทศฝรั่งเศส	คนไทยพบเหตุ โทรแจ้ง 1669	ไม่เกิน 10 นาที	โดยชุด ALS ของ รพ.นครพิงค์	ทันทีที่ถึงห้อง ER	จ่ายเอง	สีเหลือง
3	จีน	ขับขี่มอเตอร์ไซด์ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	ไม่มี	คนไทยพบเหตุ โทรแจ้ง 1669	10 -19 นาที (ไม่ทันเวลา)	โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	รอเจ้าหน้าที่มากกว่า 30 นาที	จ่ายเอง	สีเขียว
4	เยอรมัน	ขับขี่มอเตอร์ไซด์ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	มีประกันที่ประเทศเยอรมัน	คู่กรณีที่เป็นคนไทย โทรแจ้ง 1669	10 -19 นาที (ไม่ทันเวลา)	โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	ทันทีที่ถึงห้อง ER	จ่ายเอง	สีเหลือง
5	สวีเดน	มอเตอร์ไซด์เฉี่ยวชนคนเดินเท้าหกล้ม	เป็นผู้ขับขี่	มีประกันที่ประเทศสวีเดน	คนไทยพบเหตุ โทรแจ้ง 1669	ไม่เกิน 10 นาที	โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	ทันทีที่ถึงห้อง ER	รพ.ออกใบเสร็จและใบรับรองแพทย์ ไปเบิกที่สวีเดน	สีเหลือง
6	ฮ่องกง	มอเตอร์ไซด์แอลบล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	มีประกันกับบริษัทที่ฮ่องกง	คนไทยพบเหตุ แจ้ง อบต.และอบต.แจ้ง ศูนย์ 1669	30 - 39 นาที (ไม่ทันเวลา)	โดยชุดปฏิบัติการสังกัด อบต.	รอ 20 - 29 นาที	จ่ายเอง	สีเขียว

รายชื่อ	สัญชาติ นักท่องเที่ยว	ลักษณะการเกิด อุบัติเหตุ	สถานะของ นักท่องเที่ยว	การทำ ประกันชีวิต	การแจ้งเหตุขอความ ช่วยเหลือ	ความทันเวลา (Response time)	การให้ความ ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	การรักษาที่ห้อง ER	การจ่าย ค่ารักษา	ระดับความ รุนแรงของการ บาดเจ็บ
7	สวีเดน	มอเตอร์ไซด์แอลบ ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	มีประกันของ สวีเดน	คนไทยพบเหตุ แจ้ง 1669	20 - 29 นาที (ไม่ทันเวลา)	โดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	ทันทีที่ถึงห้อง ER	จ่ายเอง	สีเขียว
8	จีน	มอเตอร์ไซด์แอลบ ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	มีประกันชีวิต สำหรับ นักท่องเที่ยว	คนไทยพบเหตุ โทร แจ้งศูนย์ท่องเที่ยว และศูนย์ท่องเที่ยวโทร 1669	ไม่เกิน 10 นาที	โดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินสังกัดมูลนิธิ (FR)	ทันทีที่ถึงห้อง ER	จ่ายเอง	สีเขียว
9	จีน	มอเตอร์ไซด์แอลบ ล้มเอง	เป็นผู้ขับขี่	ไม่มี	คนไทยพบเหตุโทร แจ้งตำรวจท่องเที่ยว ตำรวจโทรแจ้ง เทศบาล และเทศบาล โทรแจ้ง 1669	ไม่เกิน 10 นาที	โดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินสังกัด เทศบาล (BLS)	ทันทีที่ถึงห้อง ER	จ่ายเอง	สีเขียว
10	เบลเยียม	มอเตอร์ไซด์ชนกับ รถกระบะ	ซ้อนท้าย มอเตอร์ไซด์	มีประกันหลาย ประเทศ มี คู่สัญญากับ รพ.	คนไทยพบเหตุโทร แจ้ง 1669	ไม่เกิน 10 นาที	โดยรถ ALS ของรพ.	ผู้บาดเจ็บประสาธต์ ไปรพ.เอกชน ที่ เป็นคู่สัญญา ประกัน	ประกันจ่าย	สีแดง

4. ผลการสัมภาษณ์ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่สังกัดมูลนิธิสมาคมที่ไม่แสวงหากำไร ที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ เกี่ยวกับ ปัญหาที่พบจากประสบการณ์การให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน และข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง

4.1 ปัญหาที่พบจากประสบการณ์การให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนในรอบปีที่ผ่านมาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.1.1 ปัญหาด้านการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ

- นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ไม่สามารถแจ้งเหตุเองได้ เนื่องจากไม่รู้จะโทรเบอร์อะไร และไม่มีโทรศัพท์
- ที่ผ่านมาผู้โทรแจ้งเหตุเกือบทั้งหมดเป็นคนไทยการรับรู้เบอร์ 1669 ยังมีไม่มากพอ
- นักท่องเที่ยวไม่ทราบว่าโทร 1669 และเบอร์โทรตำรวจท่องเที่ยวเอง นักท่องเที่ยวก็ไม่ทราบ
- นักท่องเที่ยวที่ทราบเบอร์โทร 1669 ไม่สามารถสื่อสารกันได้ เจ้าหน้าที่ 1669 วางสายเลย

ข้อเสนอแนะ

- ควรพัฒนาทักษะด้านภาษาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ ให้มีความสามารถในการสื่อสารกับชาวต่างชาติได้
- ให้เพิ่มเครือข่ายศูนย์รับแจ้งเหตุให้มากขึ้น
- กรู๊ปทัวร์ที่นำนักท่องเที่ยวเดินทางไปยังที่ต่างๆ ควรรู้เบอร์โทรแจ้งเหตุฉุกเฉินขอความช่วยเหลือ 1669
- ควรแจ้งนักท่องเที่ยวให้ทราบตั้งแต่ก้าวแรก ที่เข้ามาประเทศไทยว่า เหตุด่วนแจ้งใคร เจ็บป่วยฉุกเฉินแจ้งใคร เบอร์โทรอะไร
- หาอาสาสมัครที่เป็นชาวต่างชาติที่พูดไทยได้มาช่วยรับแจ้งเหตุ
- ถ้านักท่องเที่ยวโทร 1669 แล้วสื่อสารกันไม่ได้ ให้ต่อเบอร์โทรกับชาวต่างชาติ ที่อาสาสมัครรับแจ้งเหตุ แล้วให้อาสาสมัครกล่าวโทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุอีกที

4.1.2 ปัญหาการให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาล

- การสื่อสารระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือกับผู้บาดเจ็บที่เป็นชาวต่างชาติ สื่อสารไม่เข้าใจกัน
- ชาวต่างชาติที่ไม่สามารถพูดไทย และอังกฤษได้ก็จะให้การดูแลรักษาตามอาการที่พบเจอ
- การให้ความช่วยเหลือชาวต่างชาติ บางครั้งถ้าเป็นกุ๊ยก๊วยสวมเสียสละต่างๆ ที่ไม่ใช่สีขาว นักท่องเที่ยวจะปฏิเสธการช่วยเหลือ
- การนำส่งโรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บมักจะเรียกร้องให้ไปส่งที่โรงพยาบาลเอกชน มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากมีประกันภัย
- ส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บจะมีอาการมีนเมา ทำให้การช่วยเหลือได้ไม่เต็มที่ จะมี การดิ้นรนและไม่ยอมให้ช่วยเหลือ
- ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหนัก ผู้บาดเจ็บมีอาการรุนแรงต้องการปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ส่วนใหญ่รถจะมาถึงที่เกิดเหตุช้ามาก

- หลายเหตุการณ์ยังมีความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือ
- ไม่มีการปิดกั้นถนน ไม่มีสัญญาณไฟแสดงการเกิดอุบัติเหตุ และการขับชี่ยานพาหนะยังคงขับชี่ด้วยความเร็วไม่ลดความขณะมาถึงจุดเกิดอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ

- ขณะให้ความช่วยเหลือควรมีการปิดกั้นถนน มีการแสดงสัญญาณไฟบอกถึงมีอุบัติเหตุและต้องมีคนคอยบอกคนขับที่กำลังเดินทางให้ขับช้าๆ
- ควรพัฒนาทักษะด้านภาษาให้กับบุคลากร ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ
- ควรมีการจัดทำคู่มือ การสื่อสารภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาอื่นๆ ประจำรถปฏิบัติการฉุกเฉินที่บริการในพื้นที่ท่องเที่ยวทุกคัน

4.1.3 ปัญหาการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

- ผู้บาดเจ็บชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่จะให้ทางห้องฉุกเฉินประสานไปยังโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ทำประกันชีวิตเอาไว้
- การสื่อสารกันไม่เข้าใจทั้งสองฝ่าย
- โรงพยาบาลรัฐบางแห่ง ไม่ให้ความสนใจชาวต่างชาติ ทำให้ต้องย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแทน
- บางโรงพยาบาล ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีผู้มารับบริการมาก เจ้าหน้าที่มีน้อย ทำให้การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บอาจจะล่าช้า หรือต้องรอนานเกินไป
- มาตรฐานของห้องฉุกเฉินของไทย อาจจะยังไม่ได้มาตรฐานเทียบเท่าต่างประเทศ ชาวต่างชาติบางคนจึงไม่ค่อยยินยอมให้ทำการรักษา
- นักท่องเที่ยวบางประเทศไม่พูดภาษาอังกฤษ เช่น รัสเซีย ยูเครน อื่นๆ ซึ่งปัจจุบันเข้ามาท่องเที่ยวในไทยเยอะมาก ทำให้มีปัญหาการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะ

- เพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ โดยเฉพาะความรวดเร็ว ในการดูแลรักษา

- เพิ่มความใส่ใจและให้บริการเท่าเทียมกันในทุกเชื้อชาติ
- ควรมีการชี้แจง แนะนำ อธิบายวิธีการรักษา สิทธิการรักษา รวมถึงขั้นตอนการดูแลรักษาส่งต่อและค่าใช้จ่ายต่างๆให้ผู้บาดเจ็บชาวต่างชาติ เพื่อลดความสงสัยและสร้างความเข้าใจ

4.1.4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยว

- การประชาสัมพันธ์เบอร์โทร 1669 ในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวมีน้อยมาก
- ในพื้นที่ท่องเที่ยวจังหวัดเพชรบูรณ์ ยังไม่มีการประชาสัมพันธ์ การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- ยังไม่มีการประชาสัมพันธ์ที่เป็นภาษาต่างประเทศ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เช่น การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ตำรวจท่องเที่ยว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบพื้นที่ท่องเที่ยว โรงแรมที่พัก ยังไม่มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

- ให้มีการประชาสัมพันธ์ เบอร์โทร 1669 ให้มีความรู้ความเข้าใจ ให้มากขึ้น ทั้งในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ และประชาชนคนไทยในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว
- นำจะนำไกด์นักท่องเที่ยวมาเป็นคนประสานระหว่างนักท่องเที่ยวกับทีม

ปฏิบัติการช่วยเหลือ

- ควรจัดทำแผ่นพับหรือสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นภาษาต่างประเทศ
 - ประชาสัมพันธ์ให้ชาวต่างชาติรับรู้ ถึงบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือ
- ในประเทศไทยมีหลายระดับตั้งแต่ระดับ เบื้องต้น ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ของอาการผู้บาดเจ็บ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับชาวต่างชาติในการรับบริการ

- ให้มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการ
- ประชาสัมพันธ์การแจ้งเหตุ ขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้น

4.1.5 ปัญหาด้านอื่นๆ

- ส่วนมากนักท่องเที่ยวจะไม่ยินยอมให้กู้ยืมปฐมพยาบาลและนำส่ง
- ต้องเป็นรพพยาบาลเท่านั้น
- นักท่องเที่ยวไม่สามารถโทรเข้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ได้โดยตรง
- ทำให้ขาดข้อมูล ที่จะนำมาตัดสินใจในการช่วยเหลือ
- ผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยเกินไป
 - นักท่องเที่ยวมีประกันชีวิต แต่โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่เปิดเครดิตให้ ขอรับ
- เงินสดค่ารักษาอย่างเดียว ทำให้มีปัญหาเรื่องการนำส่งผู้บาดเจ็บ
- ปัญหาการดูแลทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว เกิดการสูญหายบ่อย ติดตาม
- เอาคืนไม่ค่อยได้

ข้อเสนอแนะ

- ในการให้ความช่วยเหลือ ควรมีการบันทึกภาพ เก็บข้อมูลทุกอย่าง
- ของนักท่องเที่ยว เช่น รถ ,ทรัพย์สิน,อาการผู้บาดเจ็บ ฯลฯ
- เพิ่มชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้มีความครอบคลุมพื้นที่ท่องเที่ยวให้เพียงพอ
 - สร้างความเข้าใจให้ชาวต่างชาติรับรู้ถึงบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือ
- ในประเทศไทย มีหลายระดับตั้งแต่ระดับ เบื้องต้น ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ของอาการผู้บาดเจ็บ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับชาวต่างชาติในการรับบริการ

บทที่ 5

อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ เพื่อให้การบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว เป็นประเด็นสำคัญ 1 ใน 8 ประเด็นหลัก ที่ควรผลักดันให้เกิดการแก้ไขอย่างจริงจัง ที่คณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ได้เสนอคณะรัฐมนตรีกำหนดให้ปี พ.ศ.2554 - 2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย และกำหนดเป้าหมายให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้ลดลงครึ่งหนึ่งหรือต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากร (29)

การศึกษานี้ มุ่งเน้นที่จะนำผลการศึกษามาพัฒนาและยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยในแต่ละปี จะมีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาในประเทศไทยไม่ต่ำกว่าปีละ 15 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าจะมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในอีก 2 ปี (ปี พ.ศ.2558) ข้างหน้าที่หลายประเทศในเอเชีย จะเปิดประชาคมอาเซียน ที่ทุกประเทศจะสามารถเดินทางไปมาหาสู่กันได้อย่างสะดวก การเป็นประชาคมอาเซียน คือการทำให้ประเทศสมาชิกอาเซียนเป็น “ครอบครัวเดียวกัน” ที่มีความแข็งแกร่งและมีภูมิทัศน์ทางที่ดี โดยสมาชิกในครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ปลอดภัย และสามารถทำมาค้าขายได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น (30) โดยได้ทำการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งจากผลการศึกษาที่ได้มีข้ออภิปราย สรุปผลและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1.การจัดระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมถึงชาวต่างชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล ที่เรียกว่าระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยมีเครื่องมือแบบบันทึก 4 แบบ ได้แก่ แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการ แบบบันทึกการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 3 ระดับ (ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR), ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS), ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)) จากแบบบันทึกดังกล่าว สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เฉพาะผู้บาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนได้ โดยเลือกอาการนำในรหัสที่ 25 อุบัติเหตุยานยนต์ (ตามรายละเอียดของแบบฟอร์มที่แสดงไว้ในภาคผนวก) แต่การที่จะวิเคราะห์ได้ว่า เป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ มากน้อยเพียงใด โปรแกรมดังกล่าว ยังไม่มีการลงตัวแปรชาวต่างชาติที่เป็นนักท่องเที่ยวไว้ ที่มีกำหนดไว้คือเป็นชาวต่างชาติที่มีหลักประกันที่ใช้ในสิทธิการรักษาเท่านั้น

ข้อดีของโปรแกรม (ITEMS) คือผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกราย จะถูกจัดเก็บข้อมูลเข้ามาในโปรแกรมนี้อย่างหมด จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งมีการใช้ครอบคลุมทุกจังหวัด มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 ในการปรับปรุงแบบบันทึกรายงาน จากการสอบถามผู้รับผิดชอบโปรแกรม ให้คำตอบว่าสามารถปรับปรุงได้โดยความเห็นชอบของผู้บริหารของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีการปรับปรุงแบบบันทึกใหม่ให้ทันสมัย เพื่อใช้ทันในปีงบประมาณ 2557 ผู้วิจัยได้เสนอประเด็นให้มีตัวแปรนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ บรรจุในแบบบันทึกด้วย ซึ่งก็ได้รับการตอบสนองในเชิงบวก

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ที่ได้รับการบันทึกข้อมูลเข้าในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ไม่ได้ครอบคลุมผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด เนื่องจากผู้บาดเจ็บส่วนหนึ่งเดินทางมารับบริการเอง

โดยไม่ได้อาศัยความช่วยเหลือจากชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ถ้าต้องการทราบถึงจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง คงจะต้องทำการศึกษา หาแนวทางจัดเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นที่มีอยู่เดิม ให้สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ ที่มี ความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ตามหลักการทางระบาดวิทยาต่อไป

2. บริบทการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ในภาพรวมของประเทศไทยและในพื้นที่ศึกษา

การจัดระบบให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ได้มีการดำเนินการคล้ายกับหลายประเทศ คือ มีเบอร์สายด่วน 1669 ในการขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบได้กับเบอร์ 911 ของสหรัฐอเมริกา (31) เบอร์ 112 ของประเทศในทวีปยุโรป (13) เบอร์ 995 ของประเทศสิงคโปร์ (11) และเบอร์ 118 ของประเทศอินโดนีเซีย (12) เป็นต้น มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถโทรขอความช่วยเหลือ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทรพื้นที่ไหนติดพื้นที่นั้น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด จะสั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามระดับความรุนแรงของผู้เจ็บป่วยไปให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานที่ใกล้ที่สุด โดยไม่เลือกว่าเป็นคนไทยหรือชนชาติใด ในปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ให้มีส่วนร่วมในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้บริการประชาชนให้ครอบคลุมมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และพื้นที่เขตปกครองพิเศษ (กรุงเทพมหานคร, เมืองพัทยา) มูลนิธิ สมาคมที่ไม่แสวงหากำไร เช่น ป่อเต็กตึ๊ง ร่วมกตัญญู เครือสว่างบริบูรณ์ มังกร เป็นต้น จากการประสานความร่วมมือดังกล่าว สามารถมีชุดปฏิบัติการที่คอยให้บริการประชาชน มีปริมาณครอบคลุม ประมาณร้อยละ 85.11 ของตำบลทั้งหมด ในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ในแต่ละจังหวัด จะมีการดำเนินการที่คล้ายๆ กัน คือได้รับความร่วมมือจากชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ทั้งกู้ชีพและกู้ภัยที่สังกัดมูลนิธิต่างๆ ไปขอตรวจคอยให้บริการตามจุดเสี่ยงของถนนเส้นทางต่างๆ ทั้งในช่วงที่เป็นเทศกาลสำคัญ (ปีใหม่ สงกรานต์) ที่มีจำนวนผู้เดินทางเป็นจำนวนมากและในช่วงเวลาปกติ รวมไปถึงพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวต่างๆ ด้วยเช่นกัน

สำหรับการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่ศึกษา เพื่อให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะ ยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม และในแต่ละพื้นที่ จะมีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน หน่วยงานในพื้นที่จะเป็นผู้ดำเนินการเอง เช่น จังหวัดภูเก็ต องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการให้บริการสายด่วนแจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย เบอร์ 1555 ประชาสัมพันธ์คู่กับเบอร์ 1669 ซึ่งเป็นเบอร์ที่ติดประกาศแจ้งเตือนตามชายหาด เน้นการรักษาความปลอดภัยชายฝั่ง (lifeguard) (32) โดยพิมพ์เป็นภาษาต่างประเทศหลายภาษา ได้แก่ อังกฤษ รัสเซีย จีน เกาหลี ในส่วนของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยโรงพยาบาลหัวหิน ได้มีการเปิดศูนย์ดูแลชาวต่างชาติ โดยให้บริการทางด่วนพิเศษสำหรับชาวต่างชาติใน 3 เรื่อง คือตรวจรักษา ผู้เจ็บป่วย เป็นล่ามแปลช่วยสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล ที่ให้การรักษา และดำเนินการในเรื่องการประสานกับบริษัท ประกันชีวิตทั้งในและต่างประเทศ ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการมาแล้วประมาณ 2 ปี ผลที่เกิดขึ้นพบว่า มีชาวต่างชาติมารับบริการเพิ่มมากขึ้นและมีความพอใจกับสิ่งที่ได้รับการบริการ ถึงแม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าปกติ ตัวอย่างดังกล่าว ถือว่าเป็นแบบอย่างที่โรงพยาบาลของรัฐอื่น โดยเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ที่มีนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างชาติเป็นจำนวนมาก เช่น เชียงใหม่ ภูเก็ต สมุย ชลบุรี เป็นต้น ในส่วนของพื้นที่ศึกษาอื่นๆ คือจังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ไม่มีการดำเนินงานเป็นกรณีพิเศษในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ แต่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีการดำเนินงานตามปกติ สำหรับการพัฒนาศักยภาพที่ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว ไม่ว่าจะเป็นสังกัดหน่วยงานหรือองค์กรใด ยังไม่ได้รับการพัฒนาทักษะ

ด้านภาษาต่างประเทศแต่อย่างใด ส่วนใหญ่แต่ละคนจะอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิม ซึ่งเรื่องดังกล่าวหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีการพัฒนาให้บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีทักษะในการสื่อสารภาษาต่างประเทศให้มากขึ้น

3. การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 10 ราย ตามที่โครงการได้กำหนดเป้าหมายไว้ ในพื้นที่ 5 จังหวัดที่ศึกษา มี 1 จังหวัดที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งที่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติประสบอุบัติเหตุทางถนนเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากนักท่องเที่ยว ประกอบกับผู้บาดเจ็บไปรับรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชลบุรีจึงไม่มีข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ดังกล่าว

ในจำนวน 10 รายนี้ เป็นนักท่องเที่ยวที่อยู่ในเขตทวีปเอเชีย 5 ราย และยุโรป 5 ราย ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ 9 ใน 10 รายมีสาเหตุมาจากรถมอเตอร์ไซด์ล้มเอง และชนกัน โดยผู้บาดเจ็บเป็นผู้ขับขี่เอง แสดงให้เห็นว่า การมาท่องเที่ยวในประเทศไทยไม่ว่าจะเป็นในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ (หัวหิน) และภูเก็ต นักท่องเที่ยวชาวต่างชาตินิยมเช่ารถมอเตอร์ไซด์ เดินทางท่องเที่ยวไปตามจุดท่องเที่ยวต่างๆ เอง ซึ่งความไม่ชำนาญทาง ประกอบกับถนนมีความอันตราย บางพื้นที่เป็นหินลูกรัง บางพื้นที่สูงชันเพราะขึ้นเขา และไม่คุ้นชินกับรถมอเตอร์ไซด์ที่เข้ามา ทำให้ควบคุมการขับขี่ลำบาก จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะแอลกอฮอล์ด้วยตัวเอง ไม่มีคู่มือระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (33) ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด มีผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง (ระดับสีเขียว) 6 ราย บาดเจ็บรุนแรง (สีแดง) 3 ราย และบาดเจ็บรุนแรงวิกฤติ (สีแดง) 1 ราย ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่ผู้บาดเจ็บถูกชนอย่างรุนแรง

การให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

- การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การแจ้งเหตุทั้ง 10 ราย คนที่แจ้งเหตุ คือคนไทยทั้งหมด โดย 9 ราย เป็นผู้ประสบเหตุ อีก 1 รายเป็นคู่กรณี มีการโทรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดผ่านเบอร์ 1669 ที่เรียกว่า First Call จำนวน 5 ราย ส่วนที่เหลือแจ้งผ่านตำรวจบ้าง ผ่านมูลนิธิบ้าง หรือแจ้งผ่าน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้าง และหน่วยงานดังกล่าว จะโทรแจ้ง ผ่านเบอร์ 1669 อีกครั้ง เพื่อขอออกปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ที่เรียกว่า Second Call จะเห็นได้ว่า ไม่มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติโทรขอความช่วยเหลือเลย ทั้งที่ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงมาก สามารถพูดคุยรู้เรื่อง และมีสติ จากการสัมภาษณ์นักท่องเที่ยวไม่รู้ว่าจะโทรขอความช่วยเหลือเบอร์อะไร จะติดต่อใคร อีกสาเหตุหนึ่งคือ นักท่องเที่ยวอาจจะไม่มีโทรศัพท์ติดตัวก็เป็นไปได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การโทรขอความช่วยเหลือ ผ่านเบอร์ 1669 ที่เป็น First Call มีเพียง ร้อยละ 50 ถือว่ายังไม่เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวควรจะมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั้งประชาชนคนไทย และชาวต่างชาติที่มาท่องเที่ยวได้รับรู้มากขึ้น

- การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ความทันเวลาในการไปถึงที่เกิดเหตุ นับจากรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด มีความทันเวลา (ภายใน 10 นาที) จำนวน 5 ราย ซึ่งทุกราย จุดเกิดเหตุ อยู่ห่างจากโรงพยาบาล หรือจุดจอดรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่เกิน 10 กิโลเมตร แต่มี 2 ราย จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากโรงพยาบาล เพียง 2 กิโลเมตร แต่ใช้เวลาเดินทางนานเกิน 10 นาที ทั้งนี้ เนื่องจากสภาพการคมนาคมไม่สะดวก มีคนมุงดูเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการแจ้งเหตุมีการแจ้งผ่านหลายหน่วยงาน สื่อสารไม่เข้าใจ ไม่รู้สถานที่เกิดเหตุ เป็นต้น ซึ่งเมื่อเทียบกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินหลายประเทศ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินจะเข้าไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 5 นาที เช่นที่ ประเทศสิงคโปร์ สวีเดน นอร์เวย์ ฝรั่งเศส เป็นต้น

- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่เข้าไปช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ในกรณีที่เป็นผู้บาดเจ็บระดับสีเขียว ส่วนใหญ่จะเป็นรถปฏิบัติการ สังกัดมูลนิธิต่างๆ ในพื้นที่ ซึ่งเป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) ลักษณะรถส่วนใหญ่จะเป็นรถกระบะต่อเติมหลังคาตัดแปลงเป็นรถกู้ชีพ ซึ่งถ้าเทียบกับประเทศอื่นๆ ถือได้ว่ายังไม่ได้มาตรฐาน และนักท่องเที่ยวบางส่วนที่เดินทางมาจากประเทศแถบยุโรป ไม่ยอมขึ้นรถในสภาพดังกล่าว การให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นไปอย่างยากลำบาก เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์นักท่องเที่ยวมีความพอใจการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความเอาใจใส่และปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บเป็นอย่างดี ส่วนผู้บาดเจ็บที่มีระดับความรุนแรงมาก และวิกฤติ (ระดับสีแดงและสีแดง) ทีมที่เข้าไปช่วยเหลือ จะเป็นทีมที่มีความรู้ความสามารถที่มากกว่าระดับเบื้องต้น โดยทีมที่เข้าไปช่วยเหลือ คือชุดปฏิบัติการระดับต้น (BLS) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ซึ่งตรงตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด อย่างไรก็ตาม ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารก็ยังคงเป็นปัญหาหลักเช่นเดียวกัน

- การให้การดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาทันทีที่ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเพียง 3 ราย ที่ต้องรอรับการรักษานาน 10, 20 และ 30 นาที ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินรายอื่น ที่มีความรุนแรงมากกว่ารอรับการรักษเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องรอเพื่อให้แพทย์ทำการรักษาผู้ที่มีอาการรุนแรงก่อน อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ มีความเข้าใจในสถานการณ์ดังกล่าว เพียงแต่ถ้าหากมีเจ้าหน้าที่มาชี้แจงให้เข้าใจว่า ทำไมถึงเกิดความล่าช้า ก็จะสามารถลดระดับความเครียดและอารมณ์ของผู้บาดเจ็บลงได้ มีผู้บาดเจ็บระดับรุนแรงวิกฤติ 1 ราย ที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีข้อตกลงกับบริษัทประกันชีวิตที่อยู่ในต่างประเทศ ซึ่งโรงพยาบาลของรัฐก็ยินดีส่งต่อผู้บาดเจ็บรายดังกล่าว ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่ร้องขอ จากการสอบถามค่าใช้จ่ายในวันที่สัมภาษณ์ รวมแล้ว 505,386 บาท โดยที่ผู้บาดเจ็บยังคงนอนพักอยู่ ความพร้อมของบุคลากรในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ทุกโรงพยาบาล จะมีแพทย์ อย่างน้อย 1 คน เป็นแพทย์เวร ตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาล 3 - 7 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกจำนวนหนึ่ง ถือได้ว่ามีความพร้อมที่จะดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ดีพอสมควร ยกเว้นจะมีเหตุการณ์เกิดอุบัติเหตุหมู่ขนาดใหญ่ อาจจะทำให้ปัญหาขึ้นได้

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการประกันชีวิต

จากการสัมภาษณ์ มี 3 ใน 10 ราย ที่ไม่มีการทำประกันชีวิต ทั้งหมดเป็นนักท่องเที่ยวสัญชาติจีน ซึ่งได้เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย โดยไม่ได้ผ่านบริษัททัวร์ เป็นไปได้ที่อาจจะไม่มีการทำประกันชีวิตทั้งในประเทศจีนและประเทศไทย ส่วนนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากแถบยุโรป มีการทำประกันชีวิตทุกราย จากประเทศตัวเอง แต่ไม่มีการทำในประเทศไทย มีเพียงบางรายที่บริษัทประกันชีวิตมีข้อตกลงกับโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในประเทศไทย ซึ่งผู้บาดเจ็บที่ได้ทำประกันไว้ สามารถนำหลักฐานใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและใบรับรองแพทย์ นำไปเบิกจากบริษัทประกันที่มีสาขาอยู่ในประเทศไทยและประเทศที่เป็นภูมิลำเนาได้ แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ค่ารักษาพยาบาลไม่สูงมาก ผู้บาดเจ็บจึงยินดีจ่ายเป็นเงินสด และมี 2 ราย ที่เสียค่าใช้จ่ายสูงจึงต้องทำเรื่องขอหลักฐาน เพื่อนำไปประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว จากบริษัทประกัน

จะเห็นได้ว่า การประกันชีวิตในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย นับว่ามีความสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง ที่ประเทศไทยโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการดำเนินการให้เกิดการประสานการให้ความคุ้มครองนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีความคล่องตัวและมีความสะดวกในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในขณะที่มาท่องเที่ยวในประเทศไทย ทั้งในโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

ปัญหาอุปสรรคการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

จากการสัมภาษณ์ ทั้งในกลุ่มผู้บาดเจ็บชาวต่างชาติ ผู้ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึง ทีมแพทย์ พยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน สังกัดมูลนิธิต่างๆ จากทั่วประเทศ พบว่าปัญหาหลักที่สำคัญที่พบจากการวิจัยนี้ได้แก่

1. การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติกับบุคลากรระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกระดับ รวมถึงการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด
2. การประชาสัมพันธ์การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านเบอร์ 1669 ยังมีการดำเนินการน้อย ประชาชนทั้งคนไทยและชาวต่างชาติยังไม่รู้เท่าที่ควร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว
3. การประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลอำนวยความสะดวกแก่นักท่องเที่ยวยังไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในทางปฏิบัติ ซึ่งหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ตำรวจท่องเที่ยว หน่วยงานที่ดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน บริษัทนำเที่ยว เป็นต้น
4. โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ โดยเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยว ยังไม่มีการจัดระบบการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ซึ่งจากการศึกษาในโรงพยาบาลหัวหิน เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ประสบความสำเร็จในเรื่องดังกล่าว ที่เป็นแบบอย่างได้
5. การประสานความร่วมมือเกี่ยวกับการประกันชีวิตและอุบัติเหตุของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติของประเทศไทยกับประเทศสังกัดของนักท่องเที่ยว ยังไม่มีการประสานที่ดี มีปัญหาต่อการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อประสบเหตุในประเทศไทย
6. ฐานข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ยังไม่สามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ และยังไม่มีการรองรับ
7. การให้การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในกรณีที่มีผู้เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ยังมีการจัดการที่ไม่ดี โดยเฉพาะเกี่ยวกับการทำความเข้าใจกับผู้มารับบริการ กรณีที่ต้องคอยนานกว่าจะได้รับการรักษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ควรได้รับการพัฒนาให้มีทักษะทางด้านภาษาให้มากขึ้น เพื่อการสื่อสารให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้าใจที่ดี
2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้คนไทยและชาวต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยวได้รับรู้มากขึ้นโดยผ่านสื่อประเภทต่างๆ ที่ใช้ภาษาต่างประเทศที่เป็นภาษาหลักได้แก่ ภาษาอังกฤษ ภาษาฝรั่งเศส ภาษารัสเซีย ภาษาจีน ภาษาเกาหลี ภาษาญี่ปุ่น เป็นต้น
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยว ควรมีการพบปะพูดคุยและประสานความร่วมมือเพื่อการให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในทุกด้านหลังจากประสบอุบัติเหตุทางถนน
4. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ท่องเที่ยว ควรมีการจัดระบบการให้บริการ แก่ชาวต่างชาติ โดยสามารถศึกษาดูงานได้ที่โรงพยาบาลหัวหิน
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศต้นสังกัดของนักท่องเที่ยว

เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นกลยุทธหนึ่งที่เป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศไทยให้ชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวให้มากขึ้น

6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล ที่เรียกว่า ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ให้มีตัวแปรเกี่ยวกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่สามารถนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลไปใช้ประโยชน์สำหรับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐานเทียบเท่าสากลต่อไป

7. ปรับปรุงการให้บริการการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะ การให้บริการนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ให้เกิดความประทับใจในการบริการทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. รายงานประชาชน ประจำปี 2553. ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์, 2554
2. ข้อมูลสถิติและสารสนเทศการขนส่งและจราจร (สนข.) จาก www.otp.go.th/index.php/link-intra/statistic.html Accessed March 10, 2013.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555 .กรุงเทพ พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์รักษ์พิมพ์, 2553
4. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551. (2555) พิมพ์ครั้งที่ 4
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.ฉบับที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ,2553
6. Davoud Khorasani-Zavareh, Hamid Reza Khankeh, Reza Mohammadi , Lucie Laflamme , Ali Bikmoradi, Bo JA Haglund. Post-crash management of road traffic injury victims in Iran. Stakeholders' views on current barriers and potential facilitators *BMC Emergency Medicine* 2009, 9:8 doi:10.1186/1471-227X-9-8
7. <http://www.traumasa.co.za/news/post-crash-care-is-vital-in-preventing-death-and-disability/> Accessed March 2, 2013.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2556-2559.พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์ ส.พิจิตรการพิมพ์, ตุลาคม 2555
9. วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย: วิเคราะห์ระดับความคุ้มค่าของงบประมาณ ถนนปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้ถนน. กรุงเทพฯ ศูนย์นโยบายเพื่อการพัฒนา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , ๒๕๔๘
10. CH MohdShaharudin Shah, I Mohd Ismail and SSJ Syed Mohsin .Ambulance Response Time and Emergency Medical Dispatcher Program: A study in Kelantan, Malaysia. *SOUTHEAST ASIAN J TROP MED PUBLIC HEALTH* Vol 39 No. 6 November 2008. Accessed March 2, 2013.

11. M E H Ong, P H Y Ang, Y H Chan, S Yap. Public attitudes to emergency medical services in Singapore: EMS day 2002. *Singapore Med J* 2004 Vol 45(9) : 419.
12. E Pitt, APusponegoro. Prehospital care in Indonesia. *Emerg Med J* 2005; 22:144–147. doi: 10.1136/emj.2003.007757. Accessed March 2, 2013.
13. Emergency Medical Services in the Netherlands. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_services_in_the_Netherlands. Accessed on April 30, 2013.
14. Emergency medical services in France. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_services_in_France. Accessed on April 30, 2013.
15. Emergency medical service system in the Nordic countries . *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2004 ;12:212 Accessed on April 30, 2013.
16. Emergency medical service system in the Nordic countries . *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2004 ;12:212 Accessed on April 30, 2013.
17. Trauma Society of South Africa. Post-crash care is vital in preventing death and disability. (<http://www.traumasa.co.za/news/post-crash-care-is-vital-in-preventing-death-and-disability/>) Accessed March 2, 2013.
18. <http://www.traumasa.co.za/news/post-crash-care-is-vital-in-preventing-death-and-disability/> Accessed March 2, 2013.
19. Sasser S,Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. Prehospital trauma care systems.Geneva,World Health Organization,2005
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/39162_oms_new.pdf
Accessed March 2, 2013.
20. DavoudKhorasani-Zavareh, Hamid Reza Khankeh, Reza Mohammadi , Lucie Laflamme , Ali Bikmoradi, Bo JA Haglund. Post-crash management of road traffic injury victims in Iran. Stakeholders' views on current barriers and potential facilitators. *BMC Emergency Medicine* 2009, 9:8 doi: 10.1186/1471-227X-9-8.

21. th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดนครราชสีมา สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
22. www.thairath.co.th/content/edu/237309 สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
23. th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดเชียงใหม่ สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
24. <https://th-th.facebook.com/.../หน่วยประสานงานกู้ภัยอุทยานแห่งชาติ> สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
25. th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
26. th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดภูเก็ต สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
27. www.teawtourthai.com/ภูเก็ต สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
28. การแพทย์ฉุกเฉิน 53011513035g20.blogspot.com/ สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2556
29. มุ่งสู่ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) จาก www.rvp.co.th/service_saftey.php Accessed May 10 , 2013.
30. ความหมายและความสำคัญของประชาคมอาเซียน จาก www.enn.co.th/2308 Accessed on April 30, 2013.
31. Vincent D. Robbins .A History of Emergency Medical Services & Medical Transportation Systems in America . March 2005
<https://www.monoc.org/bod/docs/History%20American%20EMS-MTS.pdf>
Accessed March 2, 2013.
32. องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต .การรักษาความปลอดภัยชายฝั่ง (Lifeguard).
<http://www.phuketcity.org/lifeguard.php>, Accessed on April 30, 2013.
33. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องหลักเกณฑ์การประเมิน เพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 และเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาลในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 131ง ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2554พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2555

ภาคผนวก

1. แบบเก็บข้อมูลโครงการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแลรักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ
หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ปี 2556
 - แบบเก็บข้อมูลชุด ก.
 - แบบเก็บข้อมูลชุด ข.
 - แบบเก็บข้อมูลชุด ค.
2. แบบสอบถามโครงการยกระดับการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ
ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
3. แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - ระดับสูง (ALS)
 - ระดับพื้นฐาน (BLS)
 - หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)
4. แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุ และส่งการการแพทย์ฉุกเฉิน

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับผู้

1. หน่วยบริการ

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยบริการ	วันที่	ปฏิบัติงานที่
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	1. รหัส	2. รหัส
	3. รหัส	4. รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	☐ ไม่พบเหตุ	☐ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ..... เหตุการณ์.....

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้ง	รับทราบ	ออกจากรู่น	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงศูนย์
เวลา (น.)	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.
รวมเวลา (นาที)	Response timeนาที				นาที		
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป..... กม.				รวมระยะทางกลับ..... กม.		
	รวมไป รวม..... กม.						

3. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขบัตรประชาชน อัตรการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ☐ ไม่มีหลักประกัน												ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) ☐ ประกันชีวิต ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ เลขทะเบียนรถ.....	
Time	Vital signs				Neuro Signs			Pupils				O ₂ Sat	DTX
	T	BP	PR	RR	E	V	M	RE	RTL	LE	RTL		
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		
									Y / N		Y / N		
Trauma	บาดแผล ☐ No ☐ Cut/Laceration ☐ Abrasion ☐ Contusion ☐ Burn ☐ Stab Wound ☐ Amputate ☐ GSW												
	กระดูกหัก ☐ No ☐ Closed, Fx. ☐ Opened, Fx. ☐ Dislocate												
	การมีเลือดออก ☐ No ☐ Est/Stopped ☐ Est/Active ☐ Int. hemorrhage												
	หัวใจ ☐ Head/neck ☐ Face ☐ Spine ☐ Chest/Cervical ☐ Abdomen ☐ Pelvis ☐ Extremities ☐ External body surface ☐ Multiple injury												
Non Trauma	อาการทางระบบ ☐ Dyspnea ☐ High Fever ☐ Unconscious /Stupor ☐ Seizure ☐ Chest Pain ☐ Poisoning ☐ Digestive ☐ Others												
	อาการคลอด ☐ Labour pain ☐ Bleeding per Vagina ☐ High risk preg ☐ Rape ☐ Other (ระบุ).....												
	อาการชัก ☐ Convulsion ☐ High Fever ☐ Dyspnea ☐ Digestive ☐ Other (ระบุ).....												
	อาการปวด ☐ Ac. abdominal pain ☐ UGI bleeding ☐ Other (ระบุ).....												
Treatment	อื่น ๆ ☐ Eye ☐ ENT ☐ Ortho ☐ Acute Psychosis												
	ทางเดินหายใจ/ การหายใจ ☐ No ☐ Clear airway ☐ Oral airway ☐ O ₂ canula/mask ☐ Ambu bag ☐ ET ☐ Pocket Mask ☐ Suction												
	บาดแผล/ห้ามเลือด ☐ No ☐ Pressure Dressing ☐ Dressing												
	การให้สารน้ำ ☐ No ☐ SNG/NG ☐ NGSS ☐ Acetate ☐ SNG/NG/2 ☐ RLS ☐ Others.....												
การตามกระดูก ☐ No ☐ เข็มสอด/ไม้ตาม ☐ Collar With Long Spinal Board ☐ KED													
การทำ CPR ☐ No ☐ Yes ☐ AED / DE													

ยา (ชื่อ/ขนาด/ใช้ยา).....

ผลการดูแลรักษาอื่น ☐ ไม่มีการรักษา ☐ หูตา ☐ คอเม็น ☐ ขูดรก ☐ เยื่อหุ้มสมอง ☐ เยื่อหุ้มสมอง ☐ เยื่อหุ้มสมอง

4. ผลการตรวจวินิจฉัยโรค (โดยแพทย์ผู้รับแจ้ง/แพทย์ผู้รับแจ้ง/แพทย์ผู้รับแจ้ง)

นำส่งต่อฉุกเฉินโรงพยาบาล	☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน
เหตุผล ☐ อาการรุนแรง/มีอาการผิดปกติ ☐ สูญเสีย ☐ มีหลักประกัน ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้ส่งรายงาน	รหัส.....

5. การประเมิน/รับส่งการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HIV..... การวินิจฉัยโรค.....				
ระดับการติดเชื้อ (ER T stage)				
☐ แผล (โรคติดเชื้อ)	☐ เติบโต (ไม่รุนแรง)	☐ หัวใจ (หัวใจโต)	☐ ตับ (ตับอักเสบ)	☐ ตับ (ตับอักเสบ)
ทางเดินหายใจ	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่จำเป็น	☐ จำเป็น/รุนแรง	☐ จำเป็น/รุนแรง รพ.....
การห้ามเลือด	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่จำเป็น	☐ จำเป็น/รุนแรง	☐ จำเป็น/รุนแรง รพ.....
การให้สารน้ำ	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่จำเป็น	☐ จำเป็น/รุนแรง	☐ จำเป็น/รุนแรง รพ.....
การตามกระดูก	☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่จำเป็น	☐ จำเป็น/รุนแรง	☐ จำเป็น/รุนแรง รพ.....
ชื่อผู้ป่วย.....	ตำแหน่ง ☐ เหนือ ☐ ขา ☐ อื่น ๆ			

1. ผลการรักษา/ไม่โรงพยาบาล (ผลการรักษามีผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น/ผู้ป่วยอื่น/ผู้ป่วยอื่น)

Admitted ☐ Yes ☐ No
ระยะเวลาการรักษา/ใน โรงพยาบาล วัน ☐ หูตา ☐ รักษาที่อื่น ☐ รักษาที่อื่น/อื่น ☐ เยื่อหุ้มสมอง รพ. ☐ ผู้ป่วยการรักษานี้ ☐ กลับไปรักษา ☐ ตามตัวไม่ทราบ

ส่งแบบบันทึกกลับมายังสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/ส่งมายังแพทย์ผู้รับแจ้ง

หลังแบบฉบับที่ออกมาเปิดเดินที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนมกราคม

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

1. หน่วยปฏิบัติการ

เลขที่ผู้ป่วย

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 1. รหัส	2. รหัส	
3. รหัส	4. รหัส	
ผลการปฏิบัติงาน ☐ ไม่พบเหตุ ☐ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ		
เหตุการณื		

2. ข้อมูลเวลา

	รับแจ้งเหตุ	รับคำสั่งออกปฏิบัติการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงรพ.	ถึงฐาน
เวลา (น.)	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =นาที				นาที	นาที	นาที
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางไป กม.				ระยะทางกลับ กม.		
					ระยะไป รพ. กม.		

3. ผู้เจ็บป่วย

ชื่อผู้ป่วย	อายุปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ประกันอื่นๆ (ถ้ามี) ☐ ประกันชีวิต ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ เลขทะเบียนรถ
เลขบัตรประชาชน	อาชีพการงาน ☐ บัณฑิต ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน ☐ ไม่มีหลักประกัน	
อาการผู้ป่วย		
ประเภทผู้ป่วย ☐ บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	☐ ป่วยฉุกเฉิน	
ความผิดปกติ ☐ รู้สึกตัวดี ☐ ชื่น	☐ หอบผิดปกติ	☐ หอบผิดปกติไม่เต็ม ☐ แผลหรือรอยขีด
การหายใจ ☐ เร็ว ☐ ปกติ ☐ ช้า	☐ ไม่สม่ำเสมอ	☐ ไม่หายใจ
บาดแผล ☐ แผลฉีก ☐ ฉีกขาด	☐ ขอบฉีก ☐ ถูกแทง	☐ ถูกยิง ☐ ฟกช้ำ ☐ เลือดออกมาก
กระดูกหัก ☐ แขนงอเขย่ง ☐ แขนงอต่ำ	☐ ขาขยับ ☐ ขาขยับต่ำ	☐ ขาขยับ ☐ ขาขยับต่ำ ☐ โดนน้ำ ☐ มี ☐ เถ้า
การช่วยเหลือ		
ทางเดินหายใจ ☐ เปิดทางเดินหายใจ	☐ จัดท่าผู้ป่วย	☐ ช่างหายใจ (เป่าตรง) ☐ ช่างหายใจ (Pocket mask)
การห้ามเลือด ☐ ไม่ได้ทำ	☐ การกดห้ามเลือด	☐ ทำแผล
การควบคุมกระดูก ☐ ไม่ได้ทำ	☐ ไม่พบ/มีรอย	☐ เลือดออกและกระดูกแตกหรือหักยาว ☐ เลือดออกและกด (KED)
ช่วยฟื้นคืนชีพ ☐ ไม่ได้ทำ	☐ ทำ	
ผลการดูแลรักษาขั้นต้น ☐ ไม่ยอมให้รักษา ☐ ทุเลา ☐ คลื่นไส้/ท้อง ☐ ทุพหุวิกฤต ☐ เลือดซึม น. จุดเกิดเหตุ ☐ เลือดซึมขณะนำส่ง		

4. แหล่งที่การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล (โดยหัวหน้าทีมและ/ผ่านการเห็นชอบของศูนย์ฯ)

นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล	เวลา.....	☐ รพ.รัฐ ☐ รพ.เอกชน
เหตุผล ☐ ระยะเวลา/อาการรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ เป็นผู้ประกัน ☐ เป็นความประสงค์ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้ส่งผู้ป่วย	รหัส.....	☐ เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ☐ เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาล ☐ อาสาสมัคร

5. การประเมิน/รับส่งการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อ)

HN.....	การวินิจฉัย ณ ห้องฉุกเฉิน
ระดับการคัดแยก (ER Triage)	
☐ แผล (วิกฤต)	☐ เหนื่อย (เร่งด่วน)
☐ เจ็บ (ไม่รุนแรง)	☐ ขาว (ทั่วไป)
☐ คำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)	
ทางเดินหายใจ ☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ
☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การห้ามเลือด ☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ
☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
การควบคุมกระดูก ☐ ไม่จำเป็น	☐ ไม่ได้ทำ
☐ ทำและเหมาะสม	☐ ทำแต่ไม่เหมาะสม ระบุ.....
ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ

6. ผลการรักษาในโรงพยาบาล (ติดตามภายหลังเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรือทุกวันในเคสอื่น)

ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ นอน ☐ ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแล้วกลับบ้าน
ระยะเวลาการรักษาใน รพ.วัน ☐ ทุเลา ☐ รักษาต่อที่อื่น ☐ รักษาจนวันสิ้นเดือน ☐ เลือดซึมใน รพ. ☐ ปฏิเสธการรักษา/หนีกลับ ☐ กลับไปตายบ้าน ☐ ตายแล้วไม่ทราบผล

ส่งแบบบันทึกกลับมายังสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดภายในวันสิ้นเดือนนั้นๆ

แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและแจ้งการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด _____

๑. ข้อมูลทั่วไป วันที่ _____ เลขที่ปฏิบัติการ _____

รับแจ้งเหตุจาก ☐ โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๔^(๑)

☐ โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๔ ในกรณีที่มีผู้แจ้งเหตุโทรศัพท์หรือแจ้งโดยวิธีอื่น ๆ ผ่านไปยังบุคคล/หน่วยงานอื่น แล้วบุคคล/หน่วยงานอื่นไม่ได้แจ้งเหตุต่อหมายเลข ๑๖๖๔^(๒)

☐ โทรศัพท์หมายเลขอื่น ๆ^(๓) ☐ วิดูลี้อาการ ☐ วิดีโออื่น ๆ _____

ชื่อ/รหัสผู้แจ้งเหตุ _____ โทรศัพท์ผู้แจ้ง/ความถี่วิทยุ _____

สถานที่เกิดเหตุ _____

๒. อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง

☐ ๑. ปวดท้อง ท้อง เบ่งกระวน และชาขาหนีบ	☐ ๒. แขนขาชา/มือขาชา ปฏิกิริยาภูมิแพ้	☐ ๓. เสียสติ	☐ ๔. เลือดออกไม่หยุดจากบาดแผล
☐ ๕. หายใจลำบาก	☐ ๖. หัวใจหยุดเต้น	☐ ๗. เจ็บแน่นทรวงอก หัวใจ	☐ ๘. เข้าใจผิดทางเดินหายใจ
☐ ๙. เบาหวาน	☐ ๑๐. อันตรายจากสภาพแวดล้อม	☐ ๑๑. ชะงัก/หมดสติ ^(๔)	☐ ๑๒. ปวดศีรษะ ลำคอ
☐ ๑๓. คลื่นไส้ จิตประสาท อาเจียน	☐ ๑๔. ยาเกินขนาด ได้รับพิษ	☐ ๑๕. มีกรรมโรค นรีเวช	☐ ๑๖. ชัก
☐ ๑๗. ปวด อ่อนเพลีย	☐ ๑๘. อันตรายต่อชีวิตของผู้อื่น (๕)	☐ ๑๙. หมดสติ ไม่ตอบสนอง หมดสติชั่วคราว	
☐ ๒๐. มีไข้ ท้อง (กลุ่มเวชกรรม)	☐ ๒๑. ถูกทำร้าย บาดเจ็บ	☐ ๒๒. ไฟไหม้ ลวก ความร้อน กระแสไฟฟ้า สารเคมี	
☐ ๒๓. หมดน้ำ หมดเหงื่อ หมดน้ำ บาดเจ็บเหตุน้ำ บาดเจ็บทางน้ำ		☐ ๒๔. พัดตกจากที่สูง อุบัติเหตุ	☐ ๒๕. อุบัติเหตุยานยนต์

๓. อาการ/เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ _____

๔. การให้รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code)^(๖) ☐ แดง (วิกฤติ) ☐ เหลือง (เร่งด่วน) ☐ เขียว (ไม่รุนแรง) ☐ ขาว (ทั่วไป) รหัส _____

๕. การแจ้งการ (โดยการเห็นชอบของหัวหน้าศูนย์ฯ)

ชนิดยานพาหนะ^(๗) ☐ ๑. รถ ☐ FR ☐ BLS ☐ ILS ☐ ALS ☐ ๓. อากาศยาน

☐ ๒. เรือ ☐ เรือ ป.๑ ☐ เรือ ป.๒ ☐ เรือ ป.๓ ☐ เรือประเภทอื่นๆ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____ ชื่อชุดปฏิบัติการ _____

	รับแจ้ง	ส่งการ	ออกจากฐาน	ถึงที่เกิดเหตุ	ออกจากที่เกิดเหตุ	ถึงร.พ.ที่นำส่ง	ถึงฐาน
เวลา (น.)	 น.	 น.	 น.	 น.	 น.	 น.	 น.
เลข กม.							
ระยะทาง (กม.)							

ทีมปฏิบัติการ แพทย์ _____ พยาบาล _____ เจ้าหน้าที่ ๑ _____ เจ้าหน้าที่ ๒ _____ เจ้าหน้าที่ ๓ _____

๖. การให้รหัสความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ RC (Response Code)^(๖) ☐ แดง (วิกฤติ) ☐ เหลือง (เร่งด่วน) ☐ เขียว (ไม่รุนแรง) ☐ ขาว (ทั่วไป) รหัส _____

๗. การปฏิบัติการ

☐ มีการรักษา	☐ ไม่มีการ
☐ รักษาและนำส่ง ☐ รักษาไม่นำส่ง	☐ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา / ไม่ประสงค์จะไป ร.พ.
☐ รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ☐ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	☐ ยกลูก ☐ ไม่พบเหตุ ☐ เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง

๘. ชื่อผู้ป่วย

ผู้ป่วย ๑. ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี HN _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

บ้านที่จังหวัด _____ บ้านที่ ร.พ. _____

ผู้ป่วย ๒. ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี HN _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

บ้านที่จังหวัด _____ บ้านที่ ร.พ. _____

เกณฑ์การนำส่ง (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) ☐ สามารถรักษาได้ ☐ อยู่ใกล้ ☐ มีหลักประกัน ☐ ผู้ป่วยเก่า ☐ เป็นความประสงค์

การติดต่อสื่อสารกับ ร.พ.ที่นำส่ง ☐ แจ้งทางวิทยุ ☐ แจ้งทางโทรศัพท์ ☐ ไม่ได้แจ้ง

๙. เพิ่มเติม เฉพาะ อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้ง เป็นรหัส ๒๕ สุนัขเหวี่ยง ยานยนต์ รายละเอียดการกรอกข้อมูลโปรดดูในโปรแกรม

ทะเบียนรถหมวด _____ เลขทะเบียน _____ จังหวัด _____ ☐ ของผู้ประสบเหตุ ☐ ของผู้อื่น

ลงนาม _____ เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ลงนาม _____ ผู้รับรอง (แพทย์หรือพยาบาล)

(๑) โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๔ หมายถึง การรับแจ้งจากผู้แจ้งเหตุหรือแจ้งเหตุทางการแพทย์โดยตรงผ่านสายหมายเลข ๑๖๖๔ (First call)

(๒) โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๔ ในกรณีที่มีผู้แจ้งเหตุโทรศัพท์หรือแจ้งโดยวิธีอื่น ๆ ผ่านไปยังบุคคล/หน่วยงานอื่น แล้วบุคคล/หน่วยงานอื่นไม่ได้แจ้งเหตุต่อหมายเลข ๑๖๖๔ (Second call)

(๓) โทรศัพท์หมายเลขอื่น ๆ หมายถึง การได้รับแจ้งจากโทรศัพท์หมายเลขอื่น ๆ นอกเหนือจากหมายเลข ๑๖๖๔

(๔) อาการนำสำคัญหรือ ๑๑ เฉพาะให้เว้นว่าง

(๕) รหัสความรุนแรง IDC (Incident Dispatch Code) หมายถึง รหัสที่ได้จากการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากผู้แจ้ง

(๖) รหัสความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ RC (Response Code) หมายถึง รหัสที่ได้จากการยืนยันอาการของผู้ป่วยจากชุดปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ

(๗) เรือ ป.๑ ป.๒ และ ป.๓ หมายถึง ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทั้งประเภท เรือ เรือ และ เรือ ความประสงค์ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ

แบบสรุปโครงการวิจัย

สัญญาเลขที่ RDG5550035 ชื่อโครงการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพการช่วยเหลือและดูแล รักษานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ
หลังประสบอุบัติเหตุทางถนน
หัวหน้าโครงการ นายสุรัชย์ ศิลาวรรณ หน่วยงาน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
โทรศัพท์ 089 026 1669 โทรสาร 02 872 1662 อีเมล surachai.s@niems.go.th

ความสำคัญ/ความเป็นมา

- 1.อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวสามารถเข้าสู่ประเทศเป็นอันดับต้นๆและแนวโน้มนักท่องเที่ยวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2.การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินการรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ เพื่อให้การบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว เป็นประเด็นสำคัญ 1 ใน 8 ประเด็นหลักที่ควรผลักดันให้เกิดการแก้ไขอย่างจริงจังตามที่ระบุไว้ในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน
- 3.นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระดับการให้ความช่วยเหลือการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บหลังประสบอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติให้มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- 2.1 เพื่อศึกษาการจัดเก็บข้อมูลชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามาในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.2 ศึกษาบริบทการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนทั้งคนไทย และชาวต่างชาติในพื้นที่ศึกษา
- 2.3 เพื่อศึกษาการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มชาวต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การนำส่งจนถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- 2.4 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการทำงานการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูลที่เรียกว่าระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ยังไม่สามารถแยกกลุ่มชาวต่างชาติที่เป็นนักท่องเที่ยวมาวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ได้
- 2.2 การจัดระบบการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ท่องเที่ยวไม่มีความแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป
- 2.3 การให้ความช่วยเหลือนักท่องเที่ยวนับตั้งแต่การแจ้งขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่ง และการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบมีข้อควรแก้ไขทุกขั้นตอน
- 2.4 ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือภาษาที่ใช้สื่อสาร หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ท่องเที่ยวมีการประสานกันน้อย ไม่มีความสะดวกในการเบิกค่ารักษาพยาบาลผ่านบริษัทประกัน ไม่รู้ช่องทางขอความช่วยเหลือหลังประสบอุบัติเหตุ

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ปรับปรุงแบบบันทึกการเก็บข้อมูลในโปรแกรม ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ใช้ประโยชน์ประกอบการพัฒนามาตรฐานหลักเกณฑ์การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิ อปท.นำไปพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐและเอกชนนำไปพัฒนาระบบบริการ