การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: การทบทวนวรรณกรรม

Emergency Medical Service in the Unrest Area of three Southern Thai Border Provinces: A Literature Review

ประณีต ส่งวัฒนา Ph.D. (Praneed Songwathana, Ph.D.)[1]
หทัยรัตน์ แสงจันทร์ Ph.D. (Hathairat Sangchan, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลกระทบต่อการช่วยเหลือและส่งต่อผู้บาดเจ็บ การบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบท การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การทบทวนวรรณกรรมได้สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์ทั้งในและต่างประเทศ และสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำสำคัญ คือ สถานการณ์ความไม่สงบ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ได้รับบาดเจ็บ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service) ผลการสืบค้นได้เอกสารจำนวน 27 เรื่อง ได้แก่ บทความวิจัย 11 เรื่อง รายงานวิจัย 4 เรื่อง สารนิพนธ์และวิทยานิพนธ์ 9 เรื่อง และบทความวิชาการ 3 เรื่อง ผู้วิจัยนำข้อมูลความรู้และผลการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่เนื้อหาและสรุปองค์ความรู้โดยนักวิจัยสองท่านให้ความเห็นสอดคล้องกัน

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปสาระสำคัญได้ 4 ประเด็นคือ 1) สถานการณ์ความไม่สงบมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ 2) การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและการส่งต่อต้องเน้นความรวดเร็วและคำนึงถึงความปลอดภัย 3) ระบบรองรับผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ปรับตามสถานการณ์ ได้แก่ การเยียวยาจิตใจและดูแลผู้บาดเจ็บในระยะรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลในระยะฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง 4) การพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในพื้นที่ได้ทันเวลา ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการวางแผนพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้ได้มาตรฐานภายใต้บริบทของพื้นที่ที่แตกต่าง

คำสำคัญ : การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานการณ์ความไม่สงบ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

[1] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

Unrest situation in the three southern border provinces has impacted first aids and refer the injured person. The emergency medical service has to readjusting for this specific context. This study aimed to review the state of knowledge regarding the emergency medical service of the unrest situation in the three southern border provinces. The literature reviewing of the electronic databases from national and international, and the manual searching were conducted using the major keywords: unrest situation, three southern border provinces, injured/trauma patient, emergency medical service. Twenty-seven articles including 11 published researches, 4 research study reports, 9 graduate theses, and 3 scholar articles were identified for content analysis.

The results revealed four issues as following: 1) the unrest situation has impacted to both health system and personnel, 2) adapting pre-hospital care system for those with emergency or trauma emphasis on fast and safety 3) hospital service focused on psychosocial support and comprehensive approach at hospital phase, and also multidisciplinary team for continuing care at home at recovery phase, and 4) capacity building of community network and participation in emergency medical service to improve rural people accessibility. This review can be used for nurses, medical and public health care team in planning and improving the quality and standard of emergency medical service in the unrest area.

Keywords : Emergency Medical Service, Unrest Area, three Southern Thai Provinces

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนานกว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดภาวะเครียดและปัญหาสุขภาพจิต (นิตย์ ทองเพชรศรี, สุรพันธ์ ปราบกรี และสุริ ชาตะพันธ์, 2548; รติวรรณ วังธนากร, 2550) รู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดระแวง มีความไม่แน่นอนในชีวิตและทรัพย์สิน (จิระสุข สุขสวัสดิ์ และอรัญญา ตุ้ยคำภีร์, 2553) และการได้รับบาดเจ็บ ความพิการ การสูญเสียคู่ชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (กรรณิกา เรืองเดช, อะหมัดลุตฟี กามา, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และสุชาติ สังแก้ว, 2556) ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ สถาบันวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้น 14,688 ครั้ง โดยมีผู้เสียชีวิตรวม 6,286 ราย และผู้บาดเจ็บ 11,366 ราย (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2558)

เหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นได้ทั้งในพื้นที่สาธารณะและที่อยู่อาศัย ได้แก่ การยิง การวางเพลิง การวางระเบิด การทำร้ายด้วยอาวุธมีคม ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญ เช่น บาดเจ็บศีรษะ บาดเจ็บทรวงอก บาดเจ็บช่องท้อง บาดแผลแขน ขา บาดเจ็บกระดูก เป็นต้น ผู้ได้รับบาดเจ็บเหล่านี้เป็นผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและอาจมีภาวะวิกฤตถึงแก่ชีวิตได้ ต้องการความช่วยเหลือหรือช่วยชีวิตตั้งแต่ระยะแรกอย่างถูกต้องและรวดเร็ว และส่งต่ออย่างเร่งด่วนเพื่อลดความรุนแรง ความพิการ และการสูญเสีย ระบบการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญ (ประณีต ส่งวัฒนา, 2555) อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีรูปแบบเฉพาะต่างจากพื้นที่ปกติอื่นๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยเร่งพัฒนาประสิทธิภาพ 3 เรื่องหลัก คือ 1) ระบบการปฏิบัติการกู้ชีพของทีมแพทย์ฉุกเฉิน 2) ระบบความพร้อมของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่

เกิดเหตุบ่อย และ 3) ระบบการส่งต่อและมีช่องทางด่วนพิเศษ (Fast tract) ให้ผู้บาดเจ็บถึงมือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเร็วที่สุด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสรุปองค์ความรู้จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เพื่อเป็นฐานความรู้ในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาลมาตรฐาน สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ได้สืบค้นบทความวิจัย รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และบทความวิชาการ ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2557 จากฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์ได้แก่ CINAHL, Pubmed, Scholar Google และ K4DS (knowledge for Deep South) และจากการสืบค้นด้วยมือ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ สถานการณ์ความไม่สงบ (unrest situation) สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (three southern border provinces) ผู้ได้รับบาดเจ็บ (injured/trauma patient) การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service) ผลการสืบค้นได้เอกสารจำนวน 27 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย 11 เรื่อง รายงานวิจัย 4 เรื่อง สารนิพนธ์และวิทยานิพนธ์ 9 เรื่อง และบทความวิชาการ 3 เรื่อง ผู้วิจัยนำข้อมูลความรู้และผลการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่เนื้อหาและสรุปองค์ความรู้โดยนักวิจัยสองท่านให้ความเห็นสอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยทั้งหมดเป็นวิจัยเชิงบรรยายและมุ่งเน้นศึกษาผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบ สรุปองค์ความรู้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ

1.1 ผลกระทบต่อบุคลากรด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสุขภาพซึ่งปฏิบัติงานให้บริการประชาชนโดยตรงและเป็นด่านแรกที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความตึงเครียดกับสภาพผู้บาดเจ็บผู้เสียชีวิตอยู่ตลอดเวลา การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยร้อยละ 95.70 และสถานการณ์มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันสูงถึงร้อยละ 93.90 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.80 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและร้อยละ 30.20 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับดีมากที่สุดคือด้านร่างกาย ร้อยละ 54.30 รองลงมาคือด้านจิตใจ ร้อยละ 50.00 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 35.30 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด คือ ร้อยละ 7.80 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ความพึงพอใจรายได้ ความพึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ ความขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงร้อยละ 33.00 (พัชรี พุทธชาติ, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยหรือหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, ประณีต ส่งวัฒนา และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2557)

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารการพยาบาลพบว่า ร้อยละ 75.00 มีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (นงนุช บุญยัง, ประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ และศศิธร พุมดวง, 2551) ส่วนกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการระบุว่า ต้องปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวง รู้สึกไม่แน่นอน กลัวไม่ปลอดภัยระหว่างการเดินทางเมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วย เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย กลัวเสียชีวิต (นูรียะ มามะ, 2552) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพของ สุนีย์ เครานวล, อุไร หัถกิจ, และอุมาพร ปุญญโสพรรณ (2552a) พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดภาคใต้กล่าวว่าเป็นการปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกเครียด กลัวไม่ปลอดภัย เสียใจ สลดใจหดหู่ และให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ว่า 1) เป็นชีวิตที่มีแต่อันตรายเสมือนปฏิบัติงานในสงคราม 2) เป็นการปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวงและไม่แน่นอน 3) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และ 4) เป็นความภูมิใจที่ได้ทำงานที่ท้าทาย สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เดินทางไปปฏิบัติงานลำบาก ต้องพักค้างในโรงพยาบาล มีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง และใช้สิทธิลาราชการไม่ได้ ส่วนผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ คือ ในโรงพยาบาลมีผู้บาดเจ็บจำนวนมากแต่อัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่วนการปฏิบัติหน้าที่นอกโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย ต้องลดการทำงานเชิงรุก อย่างไรก็ตามยังคงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ คือ ผูกพันกับสถานที่ทำงานและผู้ร่วมงานที่ดี เป็นคนในพื้นที่ และไม่สามารถขอย้ายได้ สำหรับปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบ คือ ระบบการส่งต่อไม่เหมาะสม อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ และขาดแรงจูงใจในการทำงานเสี่ยง (สุนีย์ เครานวล, อุไร หัถกิจ และอุมาพร ปุญญโสพรรณ, 2552b) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความต้องการการสร้างเสริมพลังอำนาจ การเสริมแรง และเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (สุนันทา เศรษฐวัชรานิช, 2549; พรสุมนต์ ผ่องใส, 2550)

การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้ปลอดภัยมากขึ้น เช่น ปรับเวลาให้บริการเป็นเปิดช้าปิดเร็ว ปิดบริการเป็นบางช่วง การแต่งกายต้องปรับให้คล้ายกับชาวบ้าน (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2547) ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบร้อยละ 56.6 ประเมินว่าการส่งต่อผู้ป่วยในเวลากลางคืนเป็นสถานการณ์อันตราย (บุญยราศี ช่างเหล็ก, 2549)

1.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

จากผลกระทบต่อบุคคลดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้อัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้ขาดแคลน จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลง (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2547) ข้าราชการสาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลขอย้ายตนเองออกนอกพื้นที่ อัตราการโยกย้ายในระยะ 3 ปีแรกหลังเกิดเหตุการณ์สูง ทำให้เกิดความขาดแคลนแพทย์และพยาบาลอย่างมาก แม้ว่านโยบายการปรับเปลี่ยนโครงสร้างด้านกำลังคนและการสนับสนุนการผลิตพยาบาลเพิ่มในปี พ.ศ. 2549 ทำให้ปัญหาขาดแคลนพยาบาลลดลง แต่มีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่แทน (ประณีต ส่งวัฒนา, ปริศนา อัตถาผล, มนัสวี อดุลยรัตน์ และทัศนีย์ สมสมาน, 2550) นอกจากนี้ โครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้, 2551) ได้กำหนดแนวทางแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ได้แก่ 1) การจัดส่งแพทย์หมุนเวียนช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดเงื่อนไขพิเศษสำหรับแพทย์ที่สมัคร เช่น เรียนต่อเร็วขึ้น มีสิทธิขอโยกย้ายเร็วขึ้น ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น 2) การจัดอัตราตำแหน่งข้าราชการเพื่อรับบรรจุนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขที่จบการศึกษาตั้งแต่ปี 2547 ที่ต้องรับเป็นลูกจ้างชั่วคราวให้บรรจุเป็นข้าราชการทุกตำแหน่ง 3) การจัดหาตำแหน่งบรรจุพยาบาลวิชาชีพที่จบจากสถาบันอื่นที่ปฏิบัติเป็นลูกจ้างชั่วคราวให้บรรจุเป็นข้าราชการ 4) ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับเบี้ยเลี้ยงพิเศษเหมาจ่าย 5) ปรับตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้าสถานีอนามัย 6) ปรับค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย/ค่าเวรนอกเวลา ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้และสี่อำเภอของจังหวัดสงขลา

รายงานการวิจัยโครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้, 2551) พบว่า ในช่วงมกราคม 2547 – ธันวาคม 2550 มีสถานีอนามัยถูกเผา วางเพลิง ระเบิด จำนวน 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้าย บาดเจ็บจำนวน 23 คน เสียชีวิต 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นกำลังภาคประชาชนที่สำคัญถูกทำร้ายบาดเจ็บ 10 คน เสียชีวิต 35 คน ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีปัญหามาก ต้องปรับเปลี่ยนเป็นการบริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก กิจกรรมการตรวจรักษาในเชิงรุกลดลงร้อยละ 25 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคลดลงร้อยละ 70 การเยี่ยมบ้านลดลงร้อยละ 60 เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้บุคลากรไม่มั่นใจในความปลอดภัยโดยเฉพาะในเขตพื้นที่สีแดง (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2547) คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพฯ จึงกำหนดกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ภายใต้แนวทาง “บริการดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด” ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบความปลอดภัย เพิ่มทักษะเจ้าหน้าที่ให้พร้อมรับสถานการณ์ในรูปแบบต่างๆ 2) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพ จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรง 3) การพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 4) การดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 5) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบในเบื้องต้น 6) การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ภาวะทุพโภชนาการและโรคติดต่อ 7) การแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบการเงิน งบประมาณ ระบบครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

2. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและการส่งต่อ

การดูแลผู้บาดเจ็บในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาการเข้าถึงผู้ป่วย (response time) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าอัตราการรอดชีวิตจะสูงเมื่อเข้าถึงผู้ป่วยได้ภายใน 8 นาที 2) การประเมินและคัดกรองผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุที่ถูกต้องรวดเร็ว 3) อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายเพียงพอ ระบบสื่อสารมีคุณภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บ 4) บุคลากรตระหนักถึงความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายและส่งต่อ 5) การพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและการใช้แนวปฏิบัติร่วมกันในเครือข่าย 6) การพัฒนาระบบการดูแลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทีมผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและส่งต่อ 7) การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บตลอดกระบวนการดูแล (ประณีต ส่งวัฒนา, 2555)

การศึกษาของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (2550 อ้างตาม รอฮานี แจะอาแว, วันดี สุทธรังษี และวีณา คันฉ้อง, 2551) พบว่า การนำส่งผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 นาที และการส่งต่อผู้บาดเจ็บเพื่อรับการรักษาใช้เวลาประมาณ 49 นาที แต่ไม่มีข้อมูลระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุจนถึงระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ จึงไม่มีระยะเวลาการเข้าถึงผู้ป่วย ด้านคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บขณะนำส่งโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมและไม่มีการดูแลมากกว่าร้อยละ 80.00 โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องป้องกันการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง ซึ่งมีอัตราคุณภาพที่ยอมรับได้เพียงร้อยละ 5.70 การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การดามกระดูก และการให้สารน้ำ มีคุณภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นเดียวกัน ส่วนการดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลพบว่าโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ยกเว้นการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องป้องกันการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังซึ่งได้คุณภาพประมาณร้อยละ 50.00

ผลการศึกษาการดำเนินงานของพยาบาลที่รับผิดชอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าการดำเนินงานภายใต้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง และที่เป็นไปตามมาตรฐานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเพียง 2 ด้านใน 12 ด้าน คือ ด้านระบบการแจ้งเหตุและด้านระบบการสื่อสาร โดยมีปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินงาน 3 อันดับแรก คือ การเตรียมความพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน (ณัฐปิยา วไลสวัสดิ์, 2550)

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการส่งต่อภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ (นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ และชฎาพร ฟองสุวรรณ, 2550) พบว่า มีผู้บาดเจ็บต้องได้รับการส่งต่อมากกว่า 300 รายต่อปี ทีมบุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งต่อประกอบด้วย พยาบาล พนักงานขับรถ ผู้ป่วย และญาติ โดยพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม พยาบาลที่ปฏิบัติงานส่งต่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยเนื่องจากเส้นทางการเดินทางผ่านสภาพภูมิประเทศที่เป็นหุบเขาคดเคี้ยว ข้างทางเป็นป่าทึบ ถนนระหว่างอำเภอเป็น 2 ช่องทาง มีสิ่งกีดขวางบนถนน เช่น ต้นไม้หักโค่น สัตว์เลี้ยงนอนหรือเดินบนถนน และจากสถานการณ์ความไม่สงบที่อาจมีการก่อเหตุร้ายโดยไม่อาจคาดเดา เช่น การวางระเบิด การโรยตะปูเรือใบ การดักซุ่มยิง พยาบาลทุกคนรู้สึกกลัวมากในการส่งต่อที่มักเป็นเวลากลางคืน พยาบาลส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 32 ปี และมีครอบครัว จึงเป็นห่วงครอบครัว แต่ต้องทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ นูรียะ มามะ (2552) ซึ่งพบว่าพยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ กลัวความไม่ปลอดภัยระหว่างการเดินทางเมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วย กลัวถูกทำร้าย กลัวการสูญเสียชีวิต และบางครั้งต้องนำเอาหลักศาสนามาใช้เพื่อบรรเทาความกังวลในระหว่างการทำหน้าที่ส่งต่อ ทั้งนี้พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรกำหนดข้อตกลงการส่งต่อให้มีแนวทางรายละเอียดที่ชัดเจน ปรับปรุงคุณภาพและจำนวนอุปกรณ์การสื่อสารให้สามารถติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความล่าช้า ลดอุปสรรคและความขัดแย้งในการส่งต่อ รวมทั้งควรพิจารณาค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับความเสี่ยงที่ต้องเผชิญ (นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ และชฎาพร ฟองสุวรรณ, 2550)

รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (รำภาภรณ์ หอมตีบ, เสาวคนธ์ ออนเกตุพล, และ กิตติชัย บุญศรี, 2553) ระบุว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลือด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง การคัดกรองและส่งต่อต้องปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การฝึกซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่และการฝึกช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ จัดระบบให้ประชาชนเป็นผู้แจ้งข่าวและออกไปรับผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ โดยขั้นตอนการทำงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีดังนี้ 1) มีหน่วยงานเข้าไปดูแลความเรียบร้อยของพื้นที่ที่เกิดเหตุโซนวิกฤต ได้แก่ ทหาร ตำรวจ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เพื่อพิจารณาความปลอดภัย 2) หลังได้รับแจ้งว่าเป็นพื้นที่ปลอดภัย จึงมีหน่วยงานที่เข้าไปสนับสนุน ได้แก่ ทีมกู้ชีพ ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมเข้าไปให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุทันที หรือในบางโอกาสที่ขาดเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครที่ได้ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดีเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ การส่งต่อผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ จำเป็นต้องพิจารณาความจำเป็นเร่งด่วนและคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรในการส่งต่อ ควรหลีกเลี่ยงการส่งต่อช่วงเวลากลางคืน กรณีจำเป็นจะต้องประสานกับตำรวจหรือทหารให้ตรวจสอบสถานการณ์และเส้นทางที่จะเดินทางเพื่อความปลอดภัย หากมีเหตุฉุกเฉินบางครั้งต้องมีการเปลี่ยนเส้นทางการเดินทาง

3. การรองรับผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง

3.1 การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในโรงพยาบาล

การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ จะมีการประสานงานของเจ้าหน้าที่ 3 ฝ่าย ได้แก่ ทหาร ตำรวจ และแพทย์ เพื่อประเมินแยกสาเหตุจากการบาดเจ็บที่เกิดโดยทั่วไปหรือจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ขณะเดียวกันจะประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือดูแล ตามแผนภูมิแนวทางการส่งผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษา (Sae-Sia, Songwathana, Hirunchunha & Sangchan, 2014) กรณีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 - 60 เตียง ซึ่งมีอัตรากำลังแพทย์และพยาบาลจำกัด หากมีผู้บาดเจ็บจำนวนมากจะไม่สามารถรองรับได้อย่างเพียงพอ

(วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์, ประณีต ส่งวัฒนา และ วิภา แซ่เซี้ย, 2556) ส่วนใหญ่จึงให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรณีที่ผู้บาดเจ็บเป็นเจ้าหน้าที่ทหารหรือตำรวจอาจส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัด (Sae-Sia, Songwathana, Hirunchunha & Sangchan, 2014)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อสามารถปฏิบัติดูแลและให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ (กนกพร พรหมสะอาด, 2552) การศึกษาของนิภาภรณ์ รามณรงค์ (2551) และศุภวรรณ ทองแดง (2551) พบว่า พยาบาลต้องสามารถให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบและให้การช่วยเหลือบุคคลในช่วงวิกฤตทางอารมณ์จากสถานการณ์ความไม่สงบ รวมทั้งพยาบาลควรมีสมรรถนะการตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะ โดยเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ กรณีทรัพยากรไม่เพียงพอ รองลงมาคือ กรณีญาติผู้ประสบภาวะวิกฤตทางจิตใจเรียกร้องความช่วยเหลือพิเศษหรือมากกว่าการดูแลปกติ และพบว่าพยาบาลใช้หลักการตัดสินใจโดยยึดคุณภาพการพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ ยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย (ยุวลี วงศ์ธีรฤทธ์, 2554) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน ของ กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ (2551) พบว่า ความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะเร่งด่วนฉุกเฉินประกอบด้วยบุคลากรที่ทำการช่วยเหลือต้องมีความรู้ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม ต้องมีความเชี่ยวชาญและมีทักษะที่ผสมผสาน มีความหลากหลายในองค์ความรู้ ใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บมีกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม และมีการฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมในสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง สำหรับเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ของการช่วยชีวิต คือ อัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ นอกจากนี้ หัวหน้าทีมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บต้องมีภาวะผู้นำ มีสมรรถนะทางคลินิก มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว สามารถทำงานหลายด้านในเวลาเดียวกัน ทนต่อภาวะกดดันได้ดี จึงจะทำให้กระบวนการช่วยชีวิตประสบความสำเร็จ ส่วนสมาชิกในทีมต้องเข้าใจบทบาทของตนเองในทีม มีความรู้ มีประสบการณ์และทักษะ มีความรับผิดชอบ

3.2 การเยียวยาด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมของ วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์, ประณีต ส่งวัฒนา และวิภา แซ่เซี้ย (2556) พบว่า ผู้บาดเจ็บและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่า การช่วยเหลือบุคคลในช่วงวิกฤตทางอารมณ์จากสถานการณ์ความไม่สงบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีการปฏิบัติช่วยเหลือในระดับมาก ได้แก่ ด้านการสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ด้านการสนับสนุนทางจิตใจ (ศุภวรรณ ทองแดง, 2551) การเยียวยาด้านจิตใจมีจุดเด่นของการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนต่างจากการดูแลผู้บาดเจ็บโดยทั่วไป คือ ทีมเยียวยาประจำโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยาพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่จากทีมเวชกรรมสังคมทำหน้าที่ประเมินสภาพจิตใจ ให้การปฐมพยาบาลจิตใจและดูแลผู้บาดเจ็บที่อยู่ในเหตุการณ์และครอบครัวตั้งแต่แรกรับเข้ามาโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยียวยาในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้บาดเจ็บกลับไปอยู่บ้าน (รำภาภรณ์ หอมตีบ, เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และกิตติชัย บุญศรี, 2553) ดังเช่น รายงานวิจัยโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จงกรม ทองจันทร์, นิมัศตูรา แว, อัจฉรา มุสิกวัณณ์, อภิษฎา อรัณยภาค และจีณพัฒ สำราญราษฎร์, 2551) เป็นการดูแลผู้บาดเจ็บและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัว พบว่า ทีมผู้เยี่ยมประกอบด้วยนักจิตวิทยาและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบให้ข้อมูลว่าใครมาเยี่ยมก็ได้ ทำให้สบายใจขึ้น รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ช่วยแก้ปัญหาโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ และจากรายงานวิจัยดังกล่าว พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นกำลังหลักของครอบครัวทำให้ครอบครัวขาดรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด

ภาวะโศกเศร้า การปรับรูปแบบการเยี่ยมครอบครัวในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ ต้องปรับจากการเยี่ยมที่บ้านเป็นการเยี่ยมที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน มัสยิดใกล้บ้าน เป็นต้น ปัญหาอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ผู้รับบริการไม่สะดวกในการเดินทางมายังจุดนัดพบ ยังคงต้องการให้เยี่ยมที่บ้าน ผู้ให้บริการขาดฐานข้อมูลผู้รับบริการทำให้ไม่สามารถประสานงานเพื่อเยี่ยมครอบครัวได้ และได้รับงบประมาณล่าช้า ทีมเยี่ยมมีเวลาไม่ตรงกันและพยาบาลมีภาระงานอื่นมาก นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคอื่นๆ เช่น ไม่สามารถสื่อสารได้เนื่องจากผู้รับบริการใช้ภาษายาวี ความไม่ไว้วางใจของครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบต่อทีมเยี่ยม กรณีทีมเยี่ยมมีจำนวนผู้เยี่ยมมากเกินไปครอบครัวจะไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริง พื้นที่ครอบครัวอยู่ในพื้นที่ห่างไกลมีอุปสรรคในการเดินทาง เป็นต้น

จากรายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ด้านการเยียวยาในภาพรวม พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น รวมทั้งระดับความเครียดและภาวะเครียดหลังการบาดเจ็บ (PTSD, Post Traumatic Distress Disorder) ที่เคยสูงกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลครบถ้วนและครอบคลุมร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม การประเมินผลลัพธ์ด้านการเยียวยา ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลตามกิจกรรม เช่น จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้าน และมีการประเมินผลกระบวนการมากกว่าประเมินผลลัพธ์สุดท้ายของการเยียวยาหรือผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (รำภาภรณ์ หอมตีบ, เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และกิตติชัย บุญศรี, 2553)

3.3 การดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู

การศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่า ในระยะฟื้นฟูผู้บาดเจ็บมีความต้องการการดูแลในทุกด้าน (Songwathana, Watanasiriwanich & Kritrungrote, 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์, ประณีต ส่งวัฒนา และ วิภา แซ่เซี้ย (2556) แต่จากการวิเคราะห์ปัญหาและระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้บาดเจ็บมุ่งเน้นการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งมีปัญหาของการดูแลในประเด็นการประสานงานและการสื่อสารโดยเฉพาะการบันทึกเพื่อส่งต่อระหว่างทีมสุขภาพ และยังไม่มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Sae-Sia, Songwathana, Hirunchunha & Sangchan, 2014) ระยะต่อมาได้มีการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องควรมีองค์ประกอบดังนี้ 1) มีกระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บ โดยพยาบาลเป็นผู้จัดการในวางแผนจำหน่าย และ 2) มีระบบการติดตามโดยบูรณาการกิจกรรมการดูแล 9 ขั้นตอนตามผังการดูแลและการประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่ หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย พบว่า พยาบาลและทีมพัฒนามีความพึงพอใจในด้านกระบวนการดูแลที่เป็นระบบ มีความต่อเนื่องและมีระบบการบันทึกส่งต่อข้อมูลของสหสาขาวิชาชีพ และได้ผลลัพธ์ด้านศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ศักยภาพของครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมก่อนจำหน่าย (Songwathana, Sae-Sia, Kritrungrote & Manoonya, 2014)

4. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ความเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินลงสู่ระดับชุมชนให้มีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและชุมชนมีส่วนร่วม (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกแห่งทั่วประเทศภายในปี 2555 (พิเชษฐ์ หนองช้าง, สรศักดิ์ แป้นงาม, ยุทธนา ตาบ้านคู่ และพงษ์พิษณุ ศรีธรรมานุสาร, 2557) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่

จำเป็นและเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงทีและปลอดภัย การบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินธุสร เหมพิสุทธิ์, บุณยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, อังสุมา ผลภาค, อาณัติ วรรณศรี, และ วรรณภา บำรุงเขต, 2556) แต่จากรายงานการศึกษาวิจัยพบว่าประชาชนที่เจ็บป่วยทุกพื้นที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุชา เศรษฐเสถียร, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, นรัรัตน์ ธรรม์โรจน์, พัฒนาวิไล อินไหม และประไพร อุตมา, 2552) ผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลา (สงคราม ชัย ลีทองดี, 2555) เนื่องจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิทยา ชาติบัญชาชัย และไพศาล โชติกล่อม, 2556) ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เดือนกันยายน 2555 พบว่า การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจำนวน 6,683 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.11 โดยในพื้นที่ภาคใต้มีน้อยกว่าภูมิภาคอื่น (วิทยา ชาติบัญชาชัย และ ไพศาล โชติกล่อม 2556)

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในขณะที่พบว่ามีรายงานการดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ พบว่า มีจำนวน 199 แห่ง จากจำนวน 450 แห่ง จะเห็นได้ว่า ความครอบคลุมการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุง (สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 12, 2557) ทั้งนี้ การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ดังนั้น การดำเนินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ จึงอาจมีความแตกต่างกันทั้งในด้านคุณภาพและมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่สามารถเข้าถึงบริการโดยผ่านระบบ 1669 และประสิทธิภาพในการส่งต่อของแต่ละพื้นที่ยังคงมีปัญหา ประกอบกับการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเรื่องใหม่ในบางพื้นที่ ไม่มีบุคลากรหรือผู้รับผิดชอบงานเฉพาะด้านนี้ มีการนำรถกู้ชีพไปใช้ในหลายภารกิจส่งผลให้การรับผู้ป่วยฉุกเฉินมีความล่าช้า และการขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา, 2556) และพบว่าการควบคุมกำกับและการนิเทศติดตามการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความต่อเนื่องและไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินธุสร เหมพิสุทธิ์, บุณยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, อังสุมา ผลภาค, อาณัติ วรรณศรี และวรรณภา บำรุงเขต, 2556)

อภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกการอภิปรายผลเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนและข้าราชการกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังหลายๆการศึกษาที่ผ่านมา (พรทิพย์ พันธ์นรา, 2549; มารินี สแลแม, 2551; สะแลแม อาแวนิ, มูฮาหมัดโยฮัน วารัม, รอซาลี สารีเดะ, มูฮัมมัดเฟาซี ลาเต๊ะ และอับดุลตอเละ จะปะกียา, 2553) นอกจากนี้ ความหวาดกลัว ไม่แน่ใจ การสูญเสีย ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดอย่างต่อเนื่อง มีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงตามเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการทำงานของประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งในระยะหลัง ได้มีความพยายามขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตในรูปแบบต่างๆ ภายใต้แนวทาง “บริการดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด” สุขภาพจิตจึงมีแนวโน้มที่ดีขึ้น



2. ผลกระทบโดยตรงที่เห็นได้ชัดเจนคือ ต่อระบบบริการสุขภาพ เช่น อัตรากำลังลดลงและขาดแคลน สถานบริการสุขภาพถูกทำลาย บุคลากรถูกทำร้าย ทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องปรับให้มีรูปแบบเฉพาะเพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือทันเวลาโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทีมบุคลากรหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินควบคู่ไปด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนใต้ จึงเน้นการดูแลแบบครบวงจรตั้งแต่ระยะแรกหลังการบาดเจ็บ ด้วยการดูแลด้านกาย เยียวยาจิตใจ และการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและกำหนดแนวทางในการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. ประเด็นสำคัญที่อาจมีความยากลำบากในจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ สามจังหวัดชายแดนใต้เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ ด้วยพบว่ามีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น แต่ก็พบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เช่น การแจ้งเหตุ จัดหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินของชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจัดฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครกู้ชีพให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การดูแลและเยียวจิตใจผู้บาดเจ็บและครอบครัวเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแล ยังคงต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสนับสนุนการพึ่งตนเองที่ยั่งยืนในระยะยาว

สรุป

โดยสรุปภาพรวมของงานวิจัยเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการขยายองค์ความรู้จากการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในสถานการณ์เฉพาะ ที่มีบริบทการดูแลและช่วยเหลือที่แตกต่างไปจากสถานการณ์ปกติ จุดเด่นของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบคือ การเพิ่มความรวดเร็วและมาตรการความปลอดภัยในการดูแลช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และระบบส่งต่อ รวมทั้งการปรับระบบบริการโดยเน้นความต่อเนื่องในการดูแลและเยียวยาผู้บาดเจ็บฉุกเฉินในทุกระยะ นอกจากนี้ยังเพิ่มการพัฒนาบุคลากรและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพื่อทำหน้าที่หลักในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่อย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม การวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินคุณภาพประสิทธิภาพของการช่วยเหลือและการจัดการดูแลผู้บาดเจ็บ และความสอดคล้องของระบบบริการกับลักษณะวัฒนธรรมที่มีความจำเพาะ จึงต้องมีการศึกษาต่อยอดด้วยการวิจัย โดยเฉพาะทางการพยาบาลเพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการจัดบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะการศึกษาจะมุ่งเน้นในระดับบุคคลมากกว่าระบบบริการและการจัดการโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่น จึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์ถึงคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งผลลัพธ์ของระบบบริการภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ

2. รูปแบบการวิจัยจะเป็นลักษณะเชิงบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ควรมีการศึกษาต่อยอดขององค์ความรู้ที่ได้ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การพัฒนาและวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีอยู่ให้ได้มาตรฐานและเพิ่มความครอบคลุมของการบริการที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงานในการดูแล และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ให้และผู้ใช้บริการ

3. ผู้ให้บริการควรมีความเข้าใจบริบทเฉพาะของการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉินจากสถานการณ์ความไม่สงบเพื่อให้การจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ และยึดหลักการตามมาตรฐาน พร้อมทั้งให้การสนับสนุน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของภาคประชาชนหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิสุขภาพภาคใต้ และสถานวิจัยการดูแลและเยียวยาผู้บาดเจ็บ ฉุกเฉินและสาธารณภัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนบางส่วน และให้โอกาสผู้ศึกษาได้เรียนรู้จากการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

รายการอ้างอิง

กนกพร พรหมสะอาด. (2552). **สมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนใต้ของไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กรรณิกา เรืองเดช, อะหมัดลุตฟี กามา, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และสุชาติ สังแก้ว. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรง จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 5**(2), 14-27.

กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สินธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม. **วารสารสภาการพยาบาล, 23**(3), 26-39.

จงกรม ทองจันทร์, นิมัศตูรา แว, อัจฉรา มุสิกวัณณ์, อภิษฎา อรัณยภาค และจีณพัต สำราญราษฎร์. (2551). **การประเมินกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัวในโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.** รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.

จิระสุข สุขสวัสดิ์ และอรัญญา ตุ้ยคำภีร์. (2553). ประสบการณ์ความรุนแรง การเผชิญปัญหาและความสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย: การวิจัยนำร่องแบบผสานวิธี. **วารสารประชากรศาสตร์, 26**(1), 22-47.

ณัฐปิยา วไลสวัสดิ์. (2550). **การดำเนินงานของพยาบาลผู้รับผิดชอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ, และชฎาพร ฟองสุวรรณ. (2550). ประสบการณ์ของพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสในการส่งต่อภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารวิชาการเขต 12, 18**(2), 25-44.

นงนุช บุญยัง, ประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ และศศิธร พุมดวง. (2551). **ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิต และการบริหารการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2551.** รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิตย์ ทองเพชรศรี, สุรพันธ์ ปราบกรี และสุริ ชาตะพันธ์. (2548). **ภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ.** สงขลา: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 สงขลา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

นิภาภรณ์ รามณรงค์. (2551). **ความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นูรียะ มามะ. (2552). **การนำหลักอิสลามมาใช้เมื่อเกิดความวิตกกังวลจากการทำหน้าที่ส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญยราศี ช่างเหล็ก. (2549). **การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจากสถานการณ์ไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2555). กระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4**(2), 102-114.

ประณีต ส่งวัฒนา, ปริศนา อัตถาผล, มนัสวี อดุลยรัตน์ และทัศนีย์ สมสมาน. (2550). ความต้องการและความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากรและระบบการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้ของไทย. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 25**(2), 107-115.

พรทิพย์ พันธ์นรา. (2549). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงม่ายที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้: กรณีศึกษาหญิงม่ายที่อยู่ในศูนย์รอตันบาตู จังหวัดนราธิวาส.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรสุมนต์ ผ่องใส. (2550). **การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลประจำการโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างสถานการณ์ความไม่สงบตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พัชรี พุทธชาติ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 25**(1), 29-37.

พิเชษฐ์ หนองช้าง, สรศักดิ์ แป้นงาม, ยุทธนา ตาบ้านคู่, และ พงษ์พิษณุ ศรีธรรมานุสาร. (2557). **การดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.** กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์.

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุชา เศรษฐเสถียร, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, นรีรัตน์ ธรรม์โรจน์, พัฒนาวิไล อินใหม และประไพร อุตมา. (2552). **ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.** สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย: เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินธุสร เหมพิสุทธิ์, บุณยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, อังสุมาลี ผลภาค, อาณัติ วรรณศรี และวรรณภา บำรุงเขต. (2556). **รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่.** สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย: เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มารินี สแลแม. (2551). **ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยุวลี วงศ์ธีรฤทธ์. (2554). **การตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้: การวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รติวรรณ วังธนากร. (2550). **สิ่งรบกวนครอบครัว ระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว และภาวะสุขภาพครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รอฮานี แจะอาแว, วันดี สุทรังษี และวีณา คันฉ้อง. (2551). **ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประสบกับเหตุความไม่สงบ.** รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.

รำภาภรณ์ หอมตีบ, เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และกิตติชัย บุญศรี. (2553). **รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้.** โครงการวิจัยรับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์, ประณีต ส่งวัฒนา และ วิภา แซ่เฮี้ย. (2556). การดูแลผู้บาดเจ็บและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: การทบทวนวรรณกรรม. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21**(1), 52-64.

วิทยา ชาติบัญชาชัย และไพศาล โชติกล่อม. (2556). **ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Service) และผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554.** ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, ประณีต ส่งวัฒนา และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2557). คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดน. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ,** 8(2), 47-55.

ศุภวรรณ ทองแดง. (2551). **การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในช่วงวิกฤตทางอารมณ์จากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2558). **สรุปสถิติเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปี 2557.** สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2558 จาก http://www.deepsouthwatch.org/node/6596.

สงครามชัย ลีทองดี. (2555). **รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555.** สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้. (2551). **โครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ไขปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบสต).

สะแลแม อาแวนิ, มูฮาหมัดโยฮัน วารัม, รอซาลี สารีเดะ, มูฮัมมัดเฟาซี ลาเต๊ะ และอับดุลตอเละ จะปะกียา. (2553). **รายงานวิจัยการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้.** สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุนีย์ เครานวล, อุไร หัถกิจ และอุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2552a). การให้ความหมาย ความรู้สึก แรงจูงใจและเงื่อนไขการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารสภาการพยาบาล, 24**(2), 64-77.

สุนีย์ เครานวล, อุไร หัถกิจ และอุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2552b). ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบต่อพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. **รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15**(2), 289-298.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2547). สถานการณ์ไฟใต้กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพสามจังหวัดชายแดนใต้. **วารสารโรงพยาบาลชุมชน, 5**(5), 9-16.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553). **คู่มือปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: NP Limited Partnership.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2556). **สรุปผลการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา.** เอกสารสรุปผลการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 12. (2557). **สรุปสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินปัจจุบันของภาคใต้.** เอกสารสรุปสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินปัจจุบันของภาคใต้ สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 12.

สุนันทา เศรษฐวัชรานิช. (2549). **การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ระหว่าง เผชิญเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Sae-Sia, W., Songwathana, P., Hirunchunha, S. & Sangchan, H. (2014). Continuum of Care Management for Victims and Families Assaulted in the Social Unrest, Southern Thailand: A Situation Analysis. **Journal of Nursing Science, 32**(1), 7-14.

Songwathana, P., Watanasiriwanich, W. & Kritrunrote, L. (2013). Holistic self care for rehabilitation experienced by Thai Buddhist trauma patients in area of political and social unrest. **Journal of Trauma Nursing, 20**(4), 203-207.

Songwathana, P., Sae-Sia, W., Kritrungrote, L. & Manoonya, B. (2014). Development of a Trauma-based Continuing Care Model for Enhancing Care Outcomes in Social Unrest Area: A case study. **Journal of Nursing and Care.** doi: 10.4172/2167-1168.1000204.