

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

มุมมองผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับบริการ การแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มเด็กในประเทศไทย

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล*

ธีระ ศิริสมุด*

บริบูรณ์ เชนธนาภิ**

หทัยชนัน อินทร์ชัย***

* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อผู้เขียน: สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล email: suradech.d@niems.go.th

วันรับ: 24 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 25 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 9 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มเด็กในประเทศไทย ใช้วิธีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 102 คน จากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการและหน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ ในจังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มทารกแรกเกิดและเด็กเล็กส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไข้สูง หายใจหอบ ชัก สำลักอาหารหรือของเล่น และสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ กลุ่มเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน จมน้ำ พลัดตก การเข้าถึงบริการยังมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ โดยผู้ปกครองมักเลือกนำเด็กส่งโรงพยาบาลด้วยตนเองแทนการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัญหาหลักที่พบได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ขาดทักษะเฉพาะทางด้านกุมารเวชศาสตร์ อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก การประสานงานและการส่งต่อที่ไม่เป็นระบบ รวมถึงอุปสรรคด้านสิทธิการรักษาของเด็กกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กต่างด้าวหรือทารกที่ยังไม่มีเอกสารสิทธิ์ ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการเสนอให้จัดทำแนวปฏิบัติ (protocol) เฉพาะเด็ก จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง เพิ่มอุปกรณ์สำหรับเด็ก และนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการช่วยตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน การศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเด็กอย่างครอบคลุม ทั้งด้านนโยบาย มาตรฐานวิชาชีพ ทรัพยากรและเทคโนโลยี รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของประชาชนต่อบทบาทของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้เด็กทุกคนได้รับการดูแลฉุกเฉินที่ปลอดภัย ทันเวลา และมีคุณภาพตามหลักสากล

คำสำคัญ: กุมารเวชศาสตร์; เด็ก; บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

การบาดเจ็บในเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บมากกว่า 630,000 คน หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 1,726 คน หรือชั่วโมงละ 72 คน สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่า การบาดเจ็บยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี⁽¹⁾ โดยในช่วง พ.ศ. 2558–2562 มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 15.0–16.0 คน มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 1,799 คน หรือวันละ 5 คน สาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บใน 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุชนส่งทางบก การจมน้ำ อุบัติเหตุอื่นที่คุกคามการหายใจ การสัมผัสกระแสไฟฟ้า รังสี อุณหภูมิและความดันสุดขีด และการถูกทำร้าย โดยกลุ่มอายุ 10–14 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสูงสุด⁽²⁾ นอกจากนี้ การบาดเจ็บทางถนนยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYs) อันดับสองในเด็กเพศชาย และอันดับสามในเด็กเพศหญิง กลุ่มอายุ 0–14 ปี⁽³⁾

การบาดเจ็บเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดความรุนแรง ป้องกันความพิการ และลดความเสี่ยงการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็ก การดูแลภาวะบาดเจ็บในเด็กมีความซับซ้อนและต้องอาศัยระบบบริการที่บูรณาการหลายระดับ ตั้งแต่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แผนกฉุกเฉิน ไปจนถึงหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีหลักฐานยืนยันว่าความพร้อมในทุกระดับช่วยยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกและลดระยะเวลาการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ ทั้งนี้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บในเด็กครอบคลุมตั้งแต่การพบเหตุ การรับแจ้ง การออกปฏิบัติการ การประเมินและรักษา ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงพร้อมดูแลระหว่างทาง จนถึงการนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งบทบาทด้านการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม เด็กมีความแตกต่างจาก

ผู้ใหญ่ทั้งด้านกายวิภาค สรีรวิทยา กลไกการบาดเจ็บ อาการทางคลินิก และการตอบสนองต่อการรักษา อีกทั้งต้องใช้อุปกรณ์และทักษะเฉพาะทาง ความท้าทายเหล่านี้ทำให้การดูแลภาวะฉุกเฉินเด็กต้องอาศัยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีสมรรถนะเฉพาะและบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถประเมิน ปฏิบัติการและรักษาได้ทันเวลา ลดความรุนแรง ความพิการ และการเสียชีวิตที่ป้องกันได้⁽⁶⁾

แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการดูแลภาวะฉุกเฉินเด็กในระดับประเทศ แต่หลักฐานหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ยังเผชิญความท้าทาย เช่น ความไม่มั่นใจของบุคลากร ความแตกต่างของอุปกรณ์ ความเสี่ยงต่อการประเมินผิดพลาด และข้อจำกัดด้านการส่งต่อ งานวิจัยจากต่างประเทศพบว่า อุปสรรคที่เกิดจากผู้ให้บริการ เช่น ความชำนาญไม่เพียงพอ ความถี่การพบจำนวนผู้ป่วย และการตัดสินใจทางคลินิกภายใต้ข้อจำกัดเชิงระบบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเด็กในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับด้านประสบการณ์และมุมมองของผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งการทำความเข้าใจมุมมอง ประสบการณ์ และข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ปฏิบัติการเป็นผู้ประเมินเหตุการณ์ในสถานการณ์จริงและเป็นด่านหน้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การรับรู้ของผู้ปฏิบัติการสามารถช่วยระบุอุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มเด็กในประเทศไทย เพื่อระบุโอกาสในการพัฒนา เพิ่มประสิทธิภาพบริการ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการลดอัตราการบาดเจ็บ ความพิการ และการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเด็ก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion; FGD)

พื้นที่การศึกษา

การศึกษาครั้งนี้แบ่งพื้นที่การศึกษาตามเกณฑ์การแบ่งภูมิภาคของกรมการปกครอง ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยแต่ละภาคคัดเลือกจังหวัดแบบเจาะจง (purposive sampling) ภาคละ 1 จังหวัด โดยเลือกจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีมากที่สุดของแต่ละภาค จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2566 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดชลบุรี และจังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ ได้เพิ่มกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีรูปแบบการปกครองแบบพิเศษเป็นพื้นที่การศึกษาอีก 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 5 พื้นที่

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาในแต่ละจังหวัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการอำนวยการระดับพื้นฐาน และระดับสูง ประกอบด้วย แพทย์อำนวยการ/ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้ทำงานปฏิบัติการฉุกเฉิน/ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน/พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับระดับสูง และระดับเฉพาะทาง ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์/พนักงานฉุกเฉินการแพทย์/อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ กลุ่มที่ 3 ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย พนักงานฉุกเฉินการแพทย์/อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ครอบคลุมสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และมูลนิธิไม่แสวงหากำไร โดยแต่ละกลุ่ม

คัดเลือกเป้าหมายแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

ปฏิบัติงานในพื้นที่การศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี

เป็นผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 1 ปี

ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ชุด ตามประเภทของหน่วยปฏิบัติการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์ผู้ป่วย การปฏิบัติการฉุกเฉิน ทรัพยากร (บุคลากร อุปกรณ์ ระบบเทคโนโลยี) ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางพัฒนาการปฏิบัติการฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) รวมทั้งความครอบคลุมและความครบถ้วนของคำถามเพื่อให้ได้คำตอบในประเด็นที่ต้องการ โดยส่งแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 3 ท่าน ทบทวนและให้ข้อคิดเห็นต่อความถูกต้องทางวิชาการ ความเหมาะสมของการใช้ถ้อยคำ (wording) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยคณะผู้วิจัยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (moderator) และผู้บันทึกการสนทนา (note taker) ก่อนเริ่มการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมในการบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน เพื่อพิทักษ์สิทธิ์และรักษาจริยธรรมการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจำนวน 8-12 คน โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มละ 1.5-

2 ชั่วโมง การสนทนาดำเนินไปตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บข้อมูล ดำเนินการจนกระทั่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (data saturation) คือไม่พบข้อมูลใหม่ที่แตกต่างกันจากข้อมูลเดิมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการบันทึกเสียงตลอดการสนทนาเพื่อนำมาถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มทุกครั้ง นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) พร้อมทั้งใส่หมายเลขกำกับเพื่อใช้อ้างอิงคำพูดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในแต่ละกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยคณะผู้วิจัยร่วมกันจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ (1) สถานการณ์การปฏิบัติการฉุกเฉิน (2) ทรัพยากรในการปฏิบัติงาน (3) ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และ (4) ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการที่เหมาะสม การวิเคราะห์ดำเนินการในแต่ละกลุ่มและแต่ละพื้นที่ก่อน จากนั้นผู้วิจัยหลักนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วทั้งหมดมาสังเคราะห์และวิเคราะห์ในภาพรวมของทุกพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมและสะท้อนสถานการณ์โดยรวมของการปฏิบัติการฉุกเฉิน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IHRP No.37-2568

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 102 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มีประสบการณ์ในพื้นที่ปฏิบัติงาน 6 ปีขึ้นไป (ร้อยละ

46.1) เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ (ร้อยละ 87.2) โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 68.5) พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 31.4) และสังกัดมูลนิธิ (ร้อยละ 36.3) ตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทั้ง 5 จังหวัด พบว่า มุมมองของผู้ปฏิบัติการต่อระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มเด็กสามารถจำแนกออกเป็นประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) สถานการณ์การปฏิบัติการฉุกเฉิน (2) ทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ (3) ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงาน และ (4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการ

1. สถานการณ์การปฏิบัติการฉุกเฉิน

1.1 ลักษณะผู้ป่วยเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่เข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความคล้ายคลึงกันในทุกจังหวัด โดยสามารถจำแนกได้เป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กลุ่มทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่ประสบภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ไข้สูง หายใจหอบ ภาวะชัก การสำลักอาหารหรือของเล่น และการอุดกั้นทางเดินหายใจจากสิ่งแปลกปลอม และ (2) กลุ่มเด็กวัยเรียนถึงวัยรุ่น ซึ่งมีสาเหตุการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ การจมน้ำ การพลัดตกจากที่สูง รวมทั้งปัญหาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด การทำร้ายตนเอง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เมื่อพิจารณาในเชิงพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลระบุลักษณะของผู้ป่วยเด็กแตกต่างกันตามบริบทสังคมและภูมิศาสตร์ของแต่ละจังหวัด เช่น จังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยเด็กจำนวนมากในพื้นที่ภูเขาและชนบท โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กที่มักมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนกลุ่มวัยรุ่นพบการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการจมน้ำเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อน จังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 0-2 ปี และเริ่มพบปัญหาทางสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในกลุ่ม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n=102)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ตำแหน่งวิชาชีพ		
ชาย	61	57.1	แพทย์	6	5.9
หญิง	41	42.9	พยาบาลวิชาชีพ	32	31.4
ประสบการณ์ในพื้นที่ปฏิบัติงาน			นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	3	2.9
1-3 ปี	20	19.6	เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	15	14.7
4-5 ปี	35	34.3	พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	16	15.7
6 ปีขึ้นไป	47	46.1	อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	30	29.4
ประเภทปฏิบัติการ			สังกัด		
หน่วยปฏิบัติการอำนวยการ	13	12.8	สำนักการแพทย์ กทม.	7	6.9
หน่วยปฏิบัติการแพทย์	89	87.2	โรงพยาบาล	30	29.4
ระดับหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ			องค์การบริหารส่วนจังหวัด	4	3.9
ระดับพื้นฐาน	11	84.6	องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล	24	23.5
ระดับสูง	2	15.4	มูลนิธิ	37	36.3
ระดับหน่วยปฏิบัติการแพทย์					
ระดับพื้นฐาน	61	68.5			
ระดับสูง	25	28.1			
ระดับเฉพาะทาง	3	3.4			

เยาวชน ขณะที่จังหวัดชลบุรีพบผู้ป่วยเด็กจากอุบัติเหตุทางถนนและการจมน้ำบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในช่วงวันหยุดยาวหรือฤดูการท่องเที่ยว ส่วนกรุงเทพมหานคร มีความซับซ้อนของลักษณะผู้ป่วยมากกว่าจังหวัดอื่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหลากหลายและมีปัจจัยทางสังคมที่ซับซ้อน พบทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิด เด็กเล็ก รวมถึงปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งด้วยตนเอง การใช้สารเสพติด และการทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านเอกสารสิทธิของผู้ป่วย เช่น ทารกที่ยังไม่ได้รับการแจ้งเกิด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงสิทธิด้านสาธารณสุขและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 การเข้าถึงบริการ

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกที่จะนำผู้ป่วยเด็กไปโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัวมากกว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเหตุผลที่รับทราบ

จากญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่าเป็นวิธีที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอคอย และสามารถพาผู้ป่วยถึงมือแพทย์ได้โดยตรง อีกทั้งยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จำกัด เช่น เชื่อว่ารถพยาบาลฉุกเฉินควรใช้เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น อย่างไรก็ตามลักษณะการเข้าถึงบริการยังคงมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ยกตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เป็นบุตรของแรงงานต่างด้าวหรือกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงมักพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหลัก เนื่องจากไม่มีรถยนต์ส่วนตัวรวมถึงมีข้อจำกัดด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างสะดวกเหมือนครอบครัวทั่วไป การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินจึงเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบบริการได้ในขณะที่จังหวัดชลบุรีซึ่งมีบริบทในความเป็นเมืองท่องเที่ยวและมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก

ทำให้ผู้ปกครองบางส่วนเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนโดยตรง โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวต่างชาติ การตัดสินใจดังกล่าวมักเกิดขึ้นเพื่อความรวดเร็วและความสะดวกในการเข้ารับการรักษา และเนื่องจากครอบครัวเหล่านี้มีศักยภาพทางเศรษฐกิจที่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่กรุงเทพมหานคร แม้วาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีความพร้อมสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ทั้งในด้านจำนวนหน่วยบริการและศักยภาพของบุคลากร แต่สภาพการจราจรที่ติดขัดอย่างรุนแรงเป็นอุปสรรคสำคัญ ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังคงนิยมใช้รถยนต์ส่วนตัวในการนำเด็กไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบปัญหาสำคัญด้านสิทธิการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกรณีเด็กที่ไม่มีเอกสารสิทธิ เช่น ทารกแรกเกิดที่ยังไม่ได้รับการแจ้งเกิด ส่งผลให้ครอบครัวเหล่านี้เผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3 การรับแจ้งเหตุและการคัดแยกผู้ป่วย

ทุกจังหวัดใช้สายด่วน 1669 เป็นช่องทางหลักในการรับแจ้งเหตุ โดยการซักประวัติและคัดแยกผู้ป่วยยึดแนวทางตามเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด พ.ศ. 2556 โดยหากเป็นผู้ป่วยเด็กจะคัดแยกตามแนวทางของกลุ่มอาการที่ 20 (CBD20) แต่ในบางกรณีหากผู้ป่วยมีอาการที่ชัดเจน เช่น อุบัติเหตุยานยนต์ จมน้ำ พลัดตก จะคัดแยกเป็นกลุ่มอาการนำนั้นๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ทำให้ในแต่ละกลุ่มอาการจะมีข้อมูลจำนวนของผู้ป่วยเด็กในทุกๆ กลุ่มอาการนำ แต่อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างในเรื่องของเกณฑ์อายุที่ยังคงใช้นิยามแตกต่างกันโดยมีเกณฑ์กำหนดที่หลากหลายทั้ง 12 ปี 15 ปี และ 18 ปี

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกและประเมินอาการมักคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเด็กให้อยู่ในระดับสูงกว่าผู้ใหญ่ที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น หากเป็นผู้ใหญ่จะถูกจัดในระดับฉุกเฉินเร่งด่วน ในขณะที่เด็กจะถูกคัดแยกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไว้ก่อน

เหตุผลสำคัญคือ ลักษณะทางสรีรวิทยาของเด็กมีความเปราะบางและเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หากประเมินต่ำเกินไป (Under-triage) อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงมักเลือกประเมินในระดับที่รุนแรงกว่าเพื่อความปลอดภัย

อีกประเด็นสำคัญคือความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับจากผู้แจ้งเหตุซึ่งมักเป็นผู้ปกครอง พบว่า มีความคลาดเคลื่อนสูง เช่น ไม่สามารถระบุอาการสำคัญของเด็กได้อย่างถูกต้อง ไม่สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทำฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) การนำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมถึงไม่สามารถแจ้งพิกัดจุดเกิดเหตุได้ อาจเนื่องจากความตระหนก ตื่นเต้นหรือไม่ทราบตำแหน่งที่เกิดเหตุแน่ชัด ส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยล่าช้าหรือเกิดความผิดพลาดในกระบวนการส่งการ

1.4 การประสานงาน ณ จุดเกิดเหตุและระบบส่งต่อ

ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการจัดสรรทรัพยากรและตัดสินใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยเด็ก ในบางจังหวัดมีการจัดทีมแพทย์หรือพยาบาลร่วมออกเหตุเมื่อรับแจ้งเหตุที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่และขอนแก่น ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลและลดความเสี่ยง อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการประสานงานที่ไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปกครองหรือโรงพยาบาลต้นทางติดต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางโดยตรงแทนที่จะผ่านศูนย์สั่งการ ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนและความล่าช้า

นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านกฎหมายและแนวปฏิบัติที่ส่งผลต่อการช่วยชีวิต ข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับ ขอบเขตของหัตถการที่ผู้ปฏิบัติการในหน่วยระดับพื้นฐานสามารถดำเนินการได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความรวดเร็วและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ในบางกรณี หากสถานการณ์ต้องการการช่วยชีวิตขั้นสูง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยาทางหลอดเลือดดำ หรือการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต เจ้าหน้าที่ระดับพื้นฐานไม่สามารถ

ดำเนินการได้ทันที จำเป็นต้องรอทีมที่มีระดับสูงกว่า เช่น ทีม ALS (Advanced Life Support) หรือทีมแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งทำให้เกิด ความล่าช้าในการช่วยชีวิต และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย

2. ทรัพยากร

2.1 ด้านบุคลากร

ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานในหลักสูตร EMT-B หรือ EMT-I ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้เกิดช่องว่างของความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความซับซ้อนและต้องการการประเมินที่แม่นยำและการดูแลที่เฉพาะเจาะจง

เมื่อพิจารณาตามพื้นที่พบว่า แนวทางการพัฒนาบุคลากรในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น จังหวัดเชียงใหม่ใช้ระบบพี่สอนน้องเป็นกลไกในการพัฒนาทักษะภาคปฏิบัติ แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านความเป็นมาตรฐานและความครอบคลุม จังหวัดขอนแก่น ชลบุรี และนครศรีธรรมราช มีหน่วยในการจัดฝึกอบรมจำนวนจำกัด และส่วนใหญ่จัดการอบรมให้เฉพาะบุคลากรที่อยู่ในภาครัฐ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครและบุคลากรกลุ่มอื่นๆ ไม่ได้รับโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมอย่างทั่วถึง ส่วนกรุงเทพมหานคร มีการดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติการในระบบอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ปี แต่เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอ

2.2 ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะสำหรับเด็ก

แม้ทุกจังหวัดจะมีอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่อย่างครบถ้วน แต่ยังมีข้อจำกัดและความขาดแคลนอุปกรณ์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยเด็กอย่างชัดเจน เช่น Ambu bag ขนาดทารกและเด็กเล็ก หน้ากากออกซิเจนสำหรับเด็ก เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วขนาดเล็ก เครื่องมือดูดสิ่งแปลกปลอม เครื่องช่วยหายใจขนาดเล็ก เครื่องดูดเสมหะเด็ก

อุปกรณ์คลอดฉุกเฉิน ยาพ่นหอบหืด อุปกรณ์ฆ่าเชื้อถึงออกซิเจนเฉพาะเด็ก และเครื่องมือวัดความดันหรือวัดไข้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น ซึ่งปัญหานี้มักพบในหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานโดยเฉพาะหน่วยที่สังกัดท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล รวมถึงโรงพยาบาลรัฐด้วย

2.3 เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบสื่อสารการแพทย์ทางไกล

ทุกจังหวัดมีความพยายามที่จะนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ที่มีพื้นที่เป็นภูเขาและชายแดนมักประสบปัญหาสัญญาณโทรศัพท์ที่ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ไม่สามารถติดต่อสื่อสารโดยตรงกับศูนย์สั่งการได้ทันที จังหวัดขอนแก่น ชลบุรี และนครศรีธรรมราชได้มีการทดลองใช้เทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบใหม่ เช่น การส่งภาพถ่ายหรือวิดีโอจากจุดเกิดเหตุ แต่ยังคงมีข้อจำกัด เช่น ไม่สามารถสื่อสารแบบ real-time ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขาดการเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลประวัติผู้ป่วย ส่วนกรุงเทพมหานครเริ่มนำระบบ SMS-link มาใช้ในการตรวจสอบพิกัดจุดเกิดเหตุ แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลอื่นอย่างเต็มรูปแบบ

3. ปัญหาและอุปสรรคด้านอื่นๆ

3.1 ปัญหาด้านสิทธิการรักษาและนโยบายสำหรับผู้ป่วยเด็ก

สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น เด็กต่างด้าว กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มเหล่านี้มักประสบปัญหาการไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความลังเลที่จะนำบุตรหลานเข้ารับบริการในสถานพยาบาล หรือปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ในขณะที่กลุ่มทารกที่ยังไม่ได้รับการแจ้งเกิด โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งกระบวนการ-

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากระบบประกันสุขภาพและกลไกการชดเชยค่ารักษาพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเอกสารสิทธิของผู้ป่วย การที่ทารกไม่มีเอกสารยืนยันตัวตนจึงทำให้เกิดความซับซ้อนในกระบวนการดูแลและสร้างภาระต่อทั้งครอบครัวและหน่วยบริการ

นอกจากนี้ ยังพบการขาดแนวทางระดับประเทศที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้แต่ละจังหวัดต้องดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติขึ้นเองตามบริบทและทรัพยากรของพื้นที่ ตัวอย่างเช่น จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำ protocol เฉพาะสำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้การดูแลและลำเลียงเป็นไปอย่างปลอดภัยและได้มาตรฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ แม้จะยังไม่มีกรอบนโยบายจากส่วนกลางที่ชัดเจน

3.2 พฤติกรรมของผู้ปกครอง

พฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นปัญหาที่พบชัดเจนคือผู้ปกครองมักประเมินความรุนแรงของอาการเด็กสูงเกินจริง ซึ่งนำไปสู่การเรียกร้องปฏิบัติการฉุกเฉินในกรณีที่ไม่ใช่เหตุฉุกเฉินจริง หรือเร่งรัดให้มีการส่งต่อแม้ผู้ป่วยจะยังไม่เข้าเกณฑ์ความจำเป็น ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น นอกจากนี้ ยังมีกรณีผู้ปกครองปฏิเสธต่อการทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อการช่วยชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะน้ำเกลือ หรือหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในภาวะวิกฤต โดยสาเหตุหลักมาจากความไม่เข้าใจในขั้นตอนการรักษา ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อบุตรหลาน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล การปฏิเสธดังกล่าวส่งผลให้การปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กมีความยากลำบาก และอาจทำให้การช่วยชีวิตล่าช้าตามไปด้วย

4. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการ

จากสถานการณ์การปฏิบัติงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็ก ผู้ปฏิบัติการได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบบริการตามกรอบ Star of life ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็กในมุมมองผู้ปฏิบัติการ

ประเด็น	ข้อเสนอ
1. การตรวจพบและแจ้งเหตุ (detection and reporting)	
• แนวปฏิบัติ	พัฒนาแนวทางปฏิบัติการ (protocol) CBD 20 สำหรับผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะ กำหนดกลุ่มอายุชัดเจนระบุ Keyword สำคัญในการสอบถาม และมาตรฐานการคัดแยกระดับความรุนแรงที่เหมาะสมกับลักษณะทางสรีรวิทยาของเด็ก
• ศูนย์ประสานงาน	จัดตั้ง Pediatric EMS Command Center ระดับจังหวัดหรือเขตเมืองหนาแน่น เพื่อควบคุมการบริหารจัดการ ประสานการส่งต่อ และบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
• บุคลากร	พัฒนาความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินด้านกุมารเวชศาสตร์ ทั้งด้านเทคนิคการแพทย์ จิตวิทยาเด็ก และการสื่อสารกับครอบครัว ผ่านหลักสูตรอบรมเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง
• เทคโนโลยีการตรวจพบ	ประยุกต์ใช้ Telemedicine, Video Call, AI และ Location Tracking เพื่อประเมินอาการแบบ real-time คัดแยกความรุนแรงเบื้องต้น และระบุตำแหน่งได้อย่างแม่นยำ
• เทคโนโลยีการส่งต่อ	พัฒนาระบบกลาง (unified system) เชื่อมโยงสายด่วน 1669 กับหน่วยปฏิบัติการและโรงพยาบาล พร้อมระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติล่วงหน้าสำหรับกรณีรุนแรง

ตารางที่ 2 ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็กในมุมมองผู้ปฏิบัติการ (ต่อ)

ประเด็น	ข้อเสนอ
- ระบบสนับสนุน - ความรู้ภาคประชาชน	จัดทำ Auto-Response System ส่งคลิปวิดีโอและสื่อความรู้การปฐมพยาบาลกลับไปยังผู้แจ้งเหตุโดยอัตโนมัติเพื่อการช่วยเหลือทันที เผยแพร่ความรู้การดูแลเด็กฉุกเฉินเบื้องต้น (CPR, ปฐมพยาบาล) แก่ประชาชน ผู้ปกครอง และโรงเรียน รวมทั้งบรรจุในหลักสูตรการศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักและลดแรงกดดันต่อการให้บริการ
2. การปฏิบัติการ (response)	
- บุคลากร - ทีมเฉพาะทาง - ระบบเชิงรุก - แนวปฏิบัติ - ยานพาหนะ - อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จัดสรรบุคลากรเฉพาะทาง (กุมารแพทย์, พยาบาล, Paramedic) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับพื้นที่สนับสนุนระบบปรึกษาแพทย์ และจัดมาตรการฉุกเฉิน (คำตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้า) เพื่อรักษาบุคลากร จัดตั้ง Pediatric EMS อย่างเป็นทางการในทุกจังหวัดหรือพื้นที่ที่มีความต้องการสูง พร้อม Pediatric EMS Command Center ระดับจังหวัดเชื่อมโยงโรงพยาบาลและสถานศึกษา พัฒนา Proactive EMS เชื่อมโยงชุมชน โรงเรียน และองค์กรท้องถิ่น เน้นเฝ้าระวังและป้องกันเหตุล่วงหน้า จัดทำ Clinical Practice Guideline (CPG) เฉพาะเด็ก แยกจากผู้ใหญ่ ครอบคลุมการประเมิน คัดแยก รักษาเบื้องต้น และส่งต่ออย่างเป็นระบบ จัดสรรรถพยาบาลให้เพียงพอและกระจายเหมาะสม เน้นพื้นที่ชนบท ทุรกันดาร และพื้นที่รอยต่อจังหวัด กำหนดบัญชีรายการอุปกรณ์และเวชภัณฑ์จำเป็น (อุปกรณ์ช่วยหายใจหลายขนาด เครื่องดูดสิ่งแปลกปลอม หน้ากากออกซิเจน อุปกรณ์กู้ชีพขนาดเล็ก ยาสำหรับเด็ก) เป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับหน่วยกู้ชีพรถพยาบาล และโรงพยาบาล
3. การดูแล ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่ง (on-scene care and care in transit)	
- แนวปฏิบัติ - บุคลากร - เทคโนโลยี - กฎหมาย - สิทธิและความยินยอม - ความรู้ภาคประชาชน	พัฒนา CPG เฉพาะเด็กครอบคลุมการประเมินการหายใจ CPR ปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้าย รวมถึงรูปแบบบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะ (เด็กพิการ เด็กพิเศษ) จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติสม่ำเสมอ (hands-on training) ครอบคลุม CPR สำหรับเด็ก การคลอตฉุกเฉิน จิตวิทยาเด็ก และการสื่อสารกับครอบครัว พร้อมบรรจุเนื้อหาการดูแลเด็กในหลักสูตร First Responder และ EMT จัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมกระจายภูมิภาคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ พัฒนาระบบ Pediatric Telemedicine เชื่อมต่อวิดีโอระหว่างเจ้าหน้าที่ ณ จุดเกิดเหตุกับแพทย์-ผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรึกษาและประเมินอาการจากระยะไกลแบบ Real-time เพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและตัดสินใจรักษา ปรับปรุงกฎหมายและมาตรฐานให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องสถานการณ์จริง กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบชัดเจนเพื่อคุ้มครองทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กใช้สิทธิมารดาได้อัตโนมัติชั่วคราว (temporary coverage) รวมถึงพัฒนาระบบ E-consent สำหรับกรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ปกครองเพื่อให้การรักษารวดเร็วและถูกต้องตามกฎหมาย ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจ และลดความคาดหวังของประชาชนที่เกินจริง
4. การส่งต่อสู่การดูแลเฉพาะ (transfer to definitive care)	
- ศูนย์ประสานงาน - ระบบแจ้งเตือนล่วงหน้า - ระบบกลางการส่งต่อ	จัดตั้ง Pediatric EMS Command Center ระดับจังหวัดหรือเขตเมืองเพื่อบริหารจัดการครบวงจร ควบคุมการดำเนินงาน จัดสรรเตียง และประสานการส่งต่ออย่างรวดเร็ว พัฒนา Pre-Arrival Notification System แจ้งโรงพยาบาลปลายทางล่วงหน้าสำหรับกรณีรุนแรง เพื่อเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและอุปกรณ์ จัดทำ Unified System เชื่อมโยงสายด่วน 1669 หน่วยปฏิบัติการ และโรงพยาบาลเพื่อการรับแจ้ง ประเมิน และส่งต่อที่รวดเร็ว แม่นยำ และครบถ้วน ลดความซ้ำซ้อนและข้อผิดพลาด

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่ได้สะท้อนภาพรวมของสถาน-
การณ์การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก
ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 5 จังหวัด สามารถเห็นได้อย่างชัดเจน
ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ตลอดจนปัญหาและความท้าทายที่เกิด
ขึ้นในแต่ละมิติ ทั้งในด้านสถานการณ์การปฏิบัติการ
ฉุกเฉิน ทรัพยากร และข้อจำกัดเชิงนโยบาย ซึ่งล้วนมีผล
ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการดูแล
ผู้ป่วยเด็กในภาวะฉุกเฉิน

การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการใช้
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจากประสบการณ์ในการ
ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูลมักจะพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่
ยังคงเลือกนำผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเด็กส่งโรงพยาบาลด้วย
รถยนต์ส่วนตัว เนื่องจากมองว่าเป็นวิธีที่สะดวกและ
รวดเร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระ ศิริสมุด
และคณะ⁽⁷⁾ ที่รายงานว่าในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเด็กมีเพียง
ร้อยละ 16 เท่านั้นที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย
เหตุผลหลักคือสะดวกกว่าและไม่ต้องรอรถพยาบาลนาน
พฤติกรรมนี้สะท้อนถึงการรับรู้และความเข้าใจต่อ
บทบาทของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังจำกัด ซึ่ง
สอดคล้องกับข้อค้นพบของ American Academy of
Pediatrics (AAP)⁽⁶⁾ ที่ระบุว่าประชาชนทั่วไปมักขาด
ความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจในการใช้บริการการ
แพทย์ฉุกเฉินฉุกเฉิน ดังนั้น การสร้างความตระหนักรู้ของ
ประชาชนและการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้
บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญ
โดยเฉพาะความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการได้รับบริการที่
ประสิทธิภาพและรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสำคัญ
จากการที่ผู้ปกครองปฏิเสธหัตถการทางการแพทย์ที่มี
ความจำเป็นต่อการช่วยชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ
การเจาะน้ำเกลือ หรือหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ
รักษาในภาวะวิกฤต โดยสาเหตุหลักประกอบด้วย ความ
ไม่เข้าใจในขั้นตอนการรักษา ความกังวลเกี่ยวกับผล-
กระทบต่อบุตรหลาน และความวิตกเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่
อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล การปฏิเสธดังกล่าว

ส่งผลให้การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กมีความยาก
ลำบากและอาจทำให้การช่วยชีวิตล่าช้าปัญหานี้สอดคล้อง
กับการศึกษาของ Diekema และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า การ
ปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์โดยผู้ปกครองเป็น
ประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในสถานการณ์
ฉุกเฉินที่มีเวลาจำกัดในการตัดสินใจ การขาดความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นและประโยชน์ของ
หัตถการทำให้ผู้ปกครองตัดสินใจปฏิเสธการรักษา แม้ว่า
หัตถการนั้นจะมีความสำคัญต่อการช่วยชีวิตก็ตาม

ด้านการให้บริการเกินความจำเป็นและความสับสนใน
การคัดแยกผู้ป่วย จากการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นได้อย่าง
ชัดเจนว่ามีแนวโน้มของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
เกินความจำเป็น โดยมีผู้ป่วยเด็กจำนวนมากที่มีอาการไม่
รุนแรง แต่ผู้ปกครองบางส่วนจะคงยังเรียกใช้บริการการ
แพทย์ฉุกเฉินในการนำส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับ
รายงานในต่างประเทศที่ระบุว่ามากกว่าครึ่งของการรับ
แจ้งเหตุฉุกเฉินในกรณีผู้ป่วยเด็กมักเป็นกรณีไม่เร่งด่วน
ทำให้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหลายๆ แห่งในต่าง
ประเทศมีการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง
บริการทางการแพทย์อื่นสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาไม่
เร่งด่วน (alternative disposition programs for low-acu-
ity patients) เช่น ส่งต่อไปยังคลินิก หรือเรียกใช้รถ
สาธารณะอื่นแทนการใช้รถพยาบาล⁽⁹⁾ ทั้งนี้ควรมีการ
วางแผนการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ให้เหมาะสม และให้
ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแผน
alternative disposition นี้ด้วย^(6,9) ทั้งนี้ การใช้ทรัพยากร
เกินจำเป็นนี้อาจจะนำไปสู่ภาระต่อระบบและอาจทำให้
ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจริงได้รับความช่วยเหลือล่าช้า แต่
ในทางกลับกันจากการศึกษานี้พบว่า ในบางจังหวัด
เจ้าหน้าที่คัดแยกและประเมินอาการมักจะทำการคัดแยก
ผู้ป่วยเด็กเกินระดับความรุนแรง (over-triage) เพื่อ
ความปลอดภัยเนื่องจากเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอด
เวลา ซึ่งแตกต่างจากรายงานในต่างประเทศที่พบว่า
ส่วนใหญ่จะมีการประเมินต่ำกว่าระดับความรุนแรง
(under-triage)⁽¹⁰⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงวัฒนธรรม

ความปลอดภัยและระบบสนับสนุนการตัดสินใจที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท ดังนั้น การพัฒนาแนวทางคัดแยกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเด็กจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร

นอกจากนี้ ในการคัดแยกและประเมินระดับความรุนแรงยังพบปัญหาเกี่ยวกับความไม่สอดคล้องกันของเกณฑ์การนิยามอายุผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติตามแนวทางเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด พ.ศ. 2556⁽¹¹⁾ แต่การนิยามช่วงอายุของเด็กยังคงมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เมื่อพิจารณาตามแนวทางการดูแลสุขภาพเด็กไทย (Guideline in Child Health Supervision) พ.ศ. 2564 ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹²⁾ พบว่า มีการจำแนกกลุ่มอายุเด็กออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ เด็กอายุ 0-5 ปี เด็กอายุ 6-11 ปี และเด็กอายุ 12-18 ปี ดังนั้น นิยามศัพท์ของผู้ป่วยเด็กจึงควรอ้างอิงตามแนวทางการดูแลสุขภาพเด็กไทยโดยครอบคลุมกลุ่มอายุ 0-18 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล พบว่า policy statement ของ American Academy of Pediatrics เรื่อง Age limit of pediatrics⁽¹³⁾ ได้จำแนกกลุ่มอายุออกเป็นสามช่วง ประกอบด้วย infancy (แรกเกิดถึง 2 ปี) childhood (2-12 ปี) และ adolescence (12-21 ปี) โดยกลุ่ม adolescence แบ่งย่อยเป็น early adolescence (11-14 ปี) middle adolescence (15-17 ปี) และ late adolescence (18-21 ปี) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอายุ 18 ปีเป็นขอบเขตที่ครอบคลุมกลุ่ม middle adolescence สอดคล้องกับการกำหนดของ UNICEF⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านเด็กขององค์การสหประชาชาติ ที่ระบุความครอบคลุมของเด็กไว้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี นอกจากนี้ บรรณาธิการของวารสารวิชาการระดับนานาชาติ เช่น วารสาร Pediatric Radiology ได้กำหนดขอบเขตของบทความวิชาการที่รับตีพิมพ์ไว้ว่าต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่

ครบวันเกิดปีที่ 18⁽¹⁵⁾

ในด้านขอบเขตหัตถการที่ผู้ปฏิบัติการในหน่วยระดับพื้นฐานสามารถดำเนินการได้ โดยในกรณีที่ต้องการการช่วยชีวิตขั้นสูง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยาทางหลอดเลือดดำ หรือการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต จำเป็นต้องรอทีมหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงหรือแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการช่วยชีวิต อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Gausche และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า การให้นักปฏิบัติการฉุกเฉินทำหัตถการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กไม่ได้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรือปรับปรุงผลลัพธ์ทางระบบประสาทเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้หน้ากากและถุงลมบีบเพียงอย่างเดียว โดยเสนอให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินควรเน้นการพัฒนาทักษะการใช้หน้ากากและถุงลมบีบให้มีประสิทธิภาพสูงสุดควบคู่กับการนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็กควรเน้นความเชี่ยวชาญในทักษะพื้นฐานที่มีประสิทธิผลและการนำส่งที่รวดเร็ว มากกว่าการขยายขอบเขตหัตถการที่ซับซ้อน และเมื่อพิจารณาศักยภาพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติการโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานซึ่งผ่านการอบรมตามมาตรฐานหลักสูตร Emergency Medical Technician-Basic (EMT-B) หรือ Emergency Medical Technician-Intermediate (EMT-I) อย่างไรก็ตาม หลักสูตรดังกล่าวมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กค่อนข้างจำกัด ส่งผลให้เกิดช่องว่างด้านความรู้และทักษะเฉพาะทางอย่างเป็นรูปธรรม จากการศึกษาในระดับชาติในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁷⁾ ที่ประเมินความต้องการด้านการศึกษาของผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า ประเด็นการศึกษาที่มีลำดับความสำคัญสูงสุด ได้แก่ (1) การจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็ก (pediatric airway management) (2) การจัดการความวิตกกังวลของผู้ปฏิบัติงานเมื่อดูแลผู้ป่วยเด็ก และ (3) ทักษะทั่วไปด้านกุมารเวชศาสตร์ นอกจากนี้ การอบรมเฉพาะทาง เช่น Helping Babies

Breathe (HBB) และ Quality Improvement (QI) interventions⁽¹⁸⁾ ถือเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะระดับสากลที่ระบุว่า ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินควรได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านกุมารเวชศาสตร์ อาทิ Pediatric Advanced Life Support (PALS) และ Pediatric Education for Prehospital Professionals (PEPP) ควบคู่ไปกับการฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (simulation-based training) อย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁹⁾ ดังนั้น การเพิ่มเติมเนื้อหาเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในหลักสูตรพื้นฐานหรือระดับสูง พร้อมทั้งจัดให้มีการอบรมเฉพาะทางและการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ด้านอุปกรณ์เฉพาะสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก แม้ทุกจังหวัดจะมีอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่อย่างครบถ้วน แต่ยังมีข้อจำกัดและความขาดแคลนด้านอุปกรณ์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยเด็กอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีทารกและเด็กเล็ก ซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ที่มีขนาดและคุณสมบัติแตกต่างจากผู้ใหญ่ เช่น Ambu bag ขนาดทารกและเด็กเล็ก หน้ากากออกซิเจนสำหรับเด็ก เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วขนาดเล็ก เครื่องมือดูดสิ่งแปลกปลอม เครื่องช่วยหายใจขนาดเล็ก เครื่องดูดเสมหะเด็ก อุปกรณ์คลอดฉุกเฉิน ยาพ่นหอบหืด ถังออกซิเจนเฉพาะเด็ก และเครื่องมือวัดความดันหรือวัดไข้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีข้อเสนอแนะที่ระบุว่าต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ขนาดเหมาะสมกับเด็กทุกวัย และมีการตรวจสอบสภาพอย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการใช้และบำรุงรักษาอุปกรณ์ และมีรายการตรวจสอบ (checklist) อุปกรณ์เด็กในรถพยาบาล⁽¹⁹⁾

ประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจคือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มเปราะบาง อาทิ เด็กต่างด้าว กลุ่มชาติพันธุ์ และทารกที่ยังไม่ได้

รับการแจ้งเกิด จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า มีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสามารถของครอบครัวในการเข้าถึงระบบการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก ปัจจัยอุปสรรคสำคัญประกอบด้วย อุปสรรคด้านภาษา (language barriers) ที่อาจขัดขวางการสื่อสารและการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในหลายพื้นที่ ข้อจำกัดด้านยานพาหนะหรือระบบการขนส่งสาธารณะในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ระยะทางและระยะเวลาในการเดินทางที่ยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกเหนือจากอุปสรรคทางกายภาพ ยังมีปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ความกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาด้านสถานะการตรวจคนเข้าเมือง (immigration status) การเข้ามาเกี่ยวข้องของหน่วยงานบริการสังคม (social service involvement) และปัญหาทางกฎหมายหรือภาระทางการเงินที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเข้ารับการรักษา ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ครอบครัวลังเลหรือหลีกเลี่ยงการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินแม้ในสถานการณ์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน⁽⁶⁾ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าวจำเป็นต้องมีมาตรการด้านสิทธิสุขภาพที่ครอบคลุมและเท่าเทียมสำหรับเด็กทุกกลุ่ม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ มีการกำหนดกลไกการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและไม่สร้างภาระทางการเงินแก่ครอบครัว มีนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะทางกฎหมายของผู้รับบริการ และการพัฒนาระบบล่ามหรือเครื่องมือสื่อสารข้ามภาษาในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างหลักประกันว่าเด็กทุกคนจะได้รับการดูแลฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้เผยให้เห็นความท้าทายสำคัญในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็กในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นที่พบในระดับสากล ความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบครอบคลุมหลายมิติ ประกอบด้วย (1) การเพิ่มการรับรู้ของสาธารณชนและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ

ทรัพยากรและระบบการดูแล (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านหลักสูตรเฉพาะทางที่ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (3) การจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมและมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล (4) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (5) การกำหนดกลไกการประสานงานที่ชัดเจนในทุกกระดับ และ (6) การกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับชาติ

การพัฒนาระบบควรดำเนินการตามแนวทาง Pediatric Readiness ของ American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians และ Emergency Nurses Association^(4, 6, 19) ซึ่งเน้นการพัฒนาอย่างครอบคลุมในทุกมิติของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กในระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ (2) การแต่งตั้งผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเด็กในระดับหน่วยปฏิบัติการแพทย์และระดับหน่วยอำนวยการ (3) การพัฒนาและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (4) การพัฒนาระบบประกันคุณภาพและตัวชี้วัดที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและ (5) การส่งเสริมการวิจัยด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับเด็ก

นอกจากนี้ การแก้ไขปัญหาคอขวดในการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มเปราะบาง การพัฒนาระบบสิทธิการรักษาที่ครอบคลุม และการสร้างความตระหนักรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม จะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เด็กไทยทุกคนได้รับการดูแลฉุกเฉินที่มีคุณภาพสูงและเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานที่ว่าเด็กทุกคนสมควรได้รับการดูแลฉุกเฉินที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูงสุด (safe and high quality emergency care) เนื่องจากเด็กเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางโดยธรรมชาติ และปัญหาสุขภาพที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต⁽⁶⁾

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้นำเสนอเพียงมุมมองของผู้ปฏิบัติงานที่ได้จากประสบการณ์ในการทำงานเท่านั้น โดยข้อมูลบางส่วนไม่มีตัวเลขสนับสนุนในเชิงสถิติ ทำให้อาจไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างครอบคลุมและรอบด้าน ดังนั้น การศึกษาในครั้งถัดไปควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ รวมทั้งควรขยายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลไปยังญาติหรือผู้ปกครองของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลจากหลากหลายมุมมอง ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูลจากทั้งสองกลุ่ม นำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์การปฏิบัติการฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ. การบาดเจ็บในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037220200813043545.pdf>.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (injury) ของเด็กในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562. นนทบุรี: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค; 2565.
3. มลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2565. ปทุมธานี: วิชั่นพีเพิลส์; 2565.
4. Ross SW, Campion E, Jensen AR, Gray L, Gross T, Namias N, et al. Prehospital and emergency department pediatric readiness for injured children: a statement from the American College of Surgeons Committee on Trauma Emergency Medical Services Committee. Journal of Trauma and Acute Care Surgery 2023;95(2):e6-e10.
5. วิภาดา วิจักขณาลัญญ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ. ใน: ฌัฏ โกรโจนานันท์.

- บรรณาธิการ. ตำรานักฉุกเฉินการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ลิทธิโชคพริ้นติ้ง; 2566. หน้า 3-24.
6. Brown KM, Ackerman AD, Ruttan TK, Snow SK. Access to optimal emergency care for children. *Pediatrics* 2021;147(5):e2021050787.
7. อีระ ศิริสมุด, กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิกล. ความรู้ทัศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบ-สาธารณสุข* 2561;12(4):668-80.
8. Diekema DS. Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theor Med Bioeth* 2004;25(4):243-64.
9. Ward CE, Singletary J, Campanella V, Page C, Simpson JN. Caregiver perspectives on including children in alternative emergency medical services disposition programs: a qualitative study. *Prehospital emergency care* 2024;28(2):262-70.
10. Ageron FX, Porteaude J, Evain JN, Millet A, Greze J, Vallot C, et al. Effect of under triage on early mortality after major pediatric trauma: a registry-based propensity score matching analysis. *World Journal of Emergency Surgery* 2021;16:1-9.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบัน-การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
12. นัยนา ณีชนะนนท์, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, บุญยิ่ง มานะ-บริบูรณ์, วินัดดา ปิยะศิลป์. Guideline in child health supervision. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์-แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.
13. Hardin AP, Hackell JM, Practice Co, Medicine A, Simon GR, Boudreau ADA, et al. Age limit of pediatrics. *Pediatrics* 2017;140(3):e20172151.
14. United Nations Children's Fund. Convention on the Rights of the Child text [Internet]. [cited 2025 Jul 20]. Available from: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>.
15. Strouse PJ, Trout AT, Offiah AC. Editors' notebook: what is 'pediatric'? *Pediatric Radiology* 2022;52(12):2241-2.
16. Gausche M, Lewis RJ, Stratton SJ, Haynes BE, Gunter CS, Goodrich SM, et al. Effect of out-of-hospital pediatric endotracheal intubation on survival and neurological outcome: a controlled clinical trial. *JAMA* 2000;283(6):783-90.
17. Hansen M, Meckler G, Dickinson C, Dickenson K, Jui J, Lambert W, et al. Children's safety initiative: a national assessment of pediatric educational needs among emergency medical services providers. *Prehospital Emergency Care* 2015;19(2):287-91.
18. Chaulagain DR, KC A, Wrammert J, Brunell O, Basnet O, Malqvist M. Effect of a scaled-up quality improvement intervention on health workers' competence on neonatal resuscitation in simulated settings in public hospitals: a pre-post study in Nepal. *PLOS One* 2021;16(4):e0250762.
19. Remick K, Gross T, Adelgais K, Shah MI, Leonard JC, Gausche-Hill M. Resource document: coordination of pediatric emergency care in EMS systems. *Prehospital Emergency Care* 2017;21(3):399-407.

Perspectives of Emergency Medical Services Providers on Pediatric Emergency Medical Services in Thailand

Suradech Dounghthipsirikul*; Teera Sirisamutr*; Boriboon Chenthanakij**; Hathaichon Inchai***

* National Institute for Emergency Medicine, Thailand; ** Faculty of Medicine, Chiang Mai University; *** Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2026;6(1):27-41.

Corresponding author: Suradech Dounghthipsirikul, email: suradech.d@niems.go.th

Abstract: Injuries are the leading cause of death in children under 15 years of age. During 2015–2019, the mortality rate ranged from 15.0–16.0 per 100,000 population, with an average of 1,799 deaths per year or 5 deaths per day. The emergency medical services system played a crucial role in reducing injury and disability rates. However, children were a vulnerable group requiring specialized care skills. Understanding the perspectives and experiences of emergency medical services personnel was essential for service system development. This study aimed to explore the perspectives of emergency medical services personnel regarding pediatric emergency medical services in Thailand. The study employed qualitative research methodology using focus group discussions. The informants were 102 emergency medical services personnel from command operational units and medical operational units at all levels in Chiang Mai, Khon Kaen, Chonburi, Nakhon Si Thammarat provinces, and Bangkok. Data were analyzed using content analysis. The study findings revealed that neonates and young children primarily presented with conditions including high fever, difficulty breathing, seizures, choking on food or toys, and foreign body airway obstruction. School-aged children mainly presented with road traffic accidents, drowning, and falls. Access to services varied according to local contexts, with parents typically choosing to transport children to hospitals themselves rather than calling emergency services. Major problems identified included limited personnel with inadequate specialized skills in pediatrics, inappropriate equipment for children, unsystematic coordination and referral processes, and barriers to healthcare rights for vulnerable children, such as migrant children or neonates without legal documentation. Emergency medical services personnel proposed developing pediatric-specific protocols, establishing provincial coordination centers, developing specialized training curricula, increasing pediatric equipment, and implementing telemedicine technology to assist decision-making in emergencies. This study highlighted the need for comprehensive development of pediatric emergency medical services systems, encompassing policy, professional standards, resources, and technology, as well as raising public awareness of the role of emergency medical services, to ensure that all children receive safe, timely, and high-quality emergency care in accordance with international standards.

Keywords: pediatric; child; emergency medical services