

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันทีจะทำให้เกิดความสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ จากข้อมูลสาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าสาเหตุการตายอันดับ 1 ของทั่วโลกคือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 12.2 อันดับ 2 คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.7 ส่วน การตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 2.2 เป็นสาเหตุการตายอันดับ 7 ข้อมูลดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลสาเหตุการตายในปี 2545 พบว่าร้อยละ 25 ของการตายมีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและมะเร็ง อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการเพิ่มขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2552)

ประเทศไทย พบว่าผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เกิดนอกโรงพยาบาล เหตุการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้จะก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและพิการได้ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้เสียชีวิตโดยเฉลี่ยประมาณ 12,000 คนต่อปี และบาดเจ็บประมาณ 1 ล้านคนต่อปี หากคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจจะสูญเสียประมาณ 130,000 ล้านบาท ส่วนการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยเฉลี่ยจำนวนปีละประมาณ 12 ล้านครั้ง มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินประมาณ ร้อยละ 30 ซึ่งคาดประมาณได้ว่า มีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินประมาณ ปีละ 4 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน (วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และศิริกุล กุลเลียบ, 2550) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤติ (Crisis) จำนวนร้อยละ 3 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ 28 จากอุบัติเหตุจราจร 17,000 คนต่อปี จากอุบัติเหตุอื่น ๆ และพิษวิทยา 13,000 คนต่อปี รวมทั้งเสียชีวิตจากโรคฉุกเฉินอื่น ๆ 30,000 คนต่อปี ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติ เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดน่าน, 2551) ในเรื่องความสูญเสียเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรทางบก พิจารณาองค์ประกอบของความสูญเสียจากการบาดเจ็บทุกประเภทและผู้ดูแลระหว่างการรักษา ค่ารักษาพยาบาล ความ

สูญเสียด้านทรัพย์สิน และความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน พบว่าความสูญเสียเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศคิดเป็นความสูญเสียประมาณ 85,846 ล้านบาทต่อปี จากการดำเนินงานของหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า การให้การช่วยเหลือในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถลดความพิการและอัตราการตายในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากอุบัติเหตุนานาชาติทางบกลงจาก 24.6 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2548 เหลือ 19.7 ต่อแสนประชากร (สำโรง แหงกระโทก, 2550)

การบาดเจ็บมีแนวโน้มของจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2547 ซึ่งจากปี พ.ศ. 2542 มีผู้บาดเจ็บ 2,640,615 ราย อัตราการบาดเจ็บ 4,288.3 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นสูงสุดปี พ.ศ. 2546 มีผู้บาดเจ็บ จำนวน 2,969,389 ราย อัตราการบาดเจ็บ 4,717.8 ต่อแสนประชากร หรือจำนวน 2,825,745 ราย อัตราการบาดเจ็บปีละ 4,543 ต่อแสนประชากร (เพ็ญศรี จิตรนาถทรัพย์ และ พวงทอง อังคะสุวพลา, 2548) และในปี 2548 อัตราการบาดเจ็บเท่ากับ 4,954.7 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) โดยมีแนวโน้มของผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บก็เพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2542 ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิต 25,799 ราย อัตราการเสียชีวิต 41.90 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 27,247 ราย อัตราการเสียชีวิต 43.29 ต่อแสนประชากร (เพ็ญศรี จิตรนาถทรัพย์ และ พวงทอง อังคะสุวพลา, 2548) และในปี พ.ศ. 2548 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 64.5 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548)

ในปี 1998 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอบทรายงานสำคัญชิ้นหนึ่งที่ระบุถึงสถานการณ์และความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสากล สารสำคัญของรายงานฉบับนี้คือ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้ประสบอุบัติเหตุมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่ากับประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 50 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 60 - 80 เสียชีวิตก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการนำส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุมายังโรงพยาบาลของประเทศกำลังพัฒนายังมีประสิทธิภาพต่ำ หากมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ถึง ร้อยละ 30 และระบบที่ว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (อ้างใน สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดน่าน (ก), 2551)

ผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและรวดเร็ว หากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้น ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมในช่วงชั่วโมงแรก หรือภายใน 1 ชั่วโมงทอง (Golden Hour) หรือในระยะแรก ๆ หลังจากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งจะสามารถลดการสูญเสียตรงนี้ไปได้ถึงที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว แล้ว

ต้องสามารถที่จะปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมด้วย ตั้งแต่การแจ้งเหตุจนกระทั่งนำส่งผู้ป่วยถึงสถานพยาบาล จึงจะลดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สินและลดการเกิดความพิการของผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินลงได้ (Narendhorn, 2004 อ้างในสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ก), 2551) การที่จะให้ช่วยเหลือดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ไม่มีความเหมาะสม รวมถึงการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมยังทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บมากขึ้นด้วยซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนต้องเสียชีวิต เช่น ญาติหรือผู้ประสบเหตุนำส่ง ร้อยละ 85 นำส่งโดยมูลนิธิต่าง ๆ ร้อยละ 14 - 15 และนำส่งโดยรถพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 0.1 บางครั้งผู้ที่นำส่งไม่สามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้ หรือให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องจึงก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้บาดเจ็บมากขึ้น (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550) เจ็บป่วยแทรกซ้อนและเกิดความพิการโดยไม่สมควรเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตของผู้ประสบเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินคือ การได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในระยะเวลาที่รวดเร็วรวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้อย่างมาก

แนวคิดในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในชุมชน โดยอาสาสมัครในชุมชน ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพมาตรฐาน ไม่ใช่เรื่องใหม่ แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ก็มีการนำกลยุทธ์ของการสร้างอาสาสมัครระดับชุมชนเข้ามาเป็นตัวจักรสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน ในรัฐ Western Australia ซึ่งมีประชากรประมาณ 3 ล้านคน มีโรงพยาบาลประมาณ 300 คัน มีนักกู้ชีพ (paramedic) 400 คน แต่มีอาสาสมัครถึงจำนวน 3,000 คน ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน 150 แห่ง ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับชุมชนและส่งต่อมายังโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็วกว่ารถที่พยาบาลจะต้องเดินทางไปยังหมู่บ้านหรือชุมชน โดยที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น มีความแตกต่างกับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสถานการณ์ที่ควบคุมได้ยากหรือบางครั้งไม่สามารถควบคุมได้ มีความไม่แน่นอนสูง ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถเตรียมความพร้อมได้เท่ากับในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องบุคลากร และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด (Linwood, Day et al., 2007 อ้างใน สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา(ก), 2551)

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยนั้น มีความหมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบ การรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการนำส่ง

ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ระบบดังกล่าวนี้ ควรเป็นความรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบ โดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง (สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ผลักดัน ให้เกิด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรที่แยกออกมาจากสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ขึ้นกับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถแจ้งเหตุ ได้หมายเลขเดียวทั่วประเทศคือ หมายเลข 1669 โดยให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ รวมถึงอุบัติเหตุ จราจร ความเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ภาวะฉุกเฉินทางสมอง หรือระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ได้รับสารพิษหรือสารเคมีต่างๆ รวมทั้งอุบัติเหตุอื่นๆ หรือภัยพิบัติต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ได้เริ่ม ให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนาระบบดังกล่าวไปสู่โรงพยาบาลชุมชนและ ชุมชนด้วย ทั้งนี้ บุคลากรที่ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ที่ได้มาตรฐาน โดยผ่านหลักสูตรการอบรมตามระดับมาตรฐานของหน่วยงานที่สังกัดอยู่ เพื่อให้มี ความพร้อมในการตัดสินใจและดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากมีระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณ ร้อยละ 15 - 20 หรือประมาณ ปีละ 9,000 - 12,000 คน ส่วนผู้บาดเจ็บประมาณ ร้อยละ 50 ที่เสียชีวิต หลังเกิดอุบัติเหตุราว 3-4 สัปดาห์ จะมีโอกาสรอดชีวิตหากได้รับการช่วยเหลือทันเวลาและ เหมาะสม (วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และศิริกุล กุลเลียบ, 2550)

การออกปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2546 - 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในปี 2546 มีการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน 7,736 ครั้ง ในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 64,996 ครั้ง (8.4 เท่าของปี 2546) หลังจากนั้นตั้งแต่ปี 2548-2551 แนวโน้มของปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า สำหรับในปี 2552 การปฏิบัติการฉุกเฉินจำนวน 1,063,062 ครั้ง (ตัวเลขนี้ไม่รวมผลปฏิบัติการฉุกเฉินของกรุงเทพมหานคร 3 เดือน ประมาณ 10,000 ครั้ง) และประมาณการปี 2553 จำนวน 1.40 ล้านครั้ง อย่างไรก็ตาม ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ออก ช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มที่ไม่วิกฤตและเร่งด่วน ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต ที่มาด้วย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังมีไม่ถึง ร้อยละ 10 ของการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมด ประกอบกับการ ให้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลยังไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน ในด้านความครอบคลุมของ หน่วยปฏิบัติการตั้งแต่อดีตจนถึงปี 2552 มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่สามารถให้บริการครบทุก

จังหวัดและให้บริการรักษาพยาบาลและนำผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งถึงโรงพยาบาลเดือนละ 76,722 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2551 ร้อยละ 27.25 ทั้งนี้ เนื่องจากระบบการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล (อปท.) ที่เข้าร่วมให้บริการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีความซับซ้อนเป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) ทำให้สามารถบริการได้ครอบคลุมและเข้าถึงจุดเกิดเหตุครอบคลุมพื้นที่และบริการได้เร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความครอบคลุมพื้นที่รายตำบล พบว่ายังมีพื้นที่ในระดับตำบลจำนวนมาก ที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเลย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

จังหวัดน่านได้เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้บริการอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นมา ซึ่งในปัจจุบันจังหวัดน่านจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาระบบบริการสุขภาพแก่ผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วยฉุกเฉินและประชาชนทั่วไป โดยปี 2552 จังหวัดน่าน มีเครือข่ายหน่วยปฏิบัติการในระบบ EMS ทั้งหมดจำนวน 99 หน่วย และเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support: ALS) จำนวน 15 หน่วย หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) จำนวน 4 หน่วย และหน่วยปฏิบัติการระดับเบื้องต้น (First Responder: FR) จำนวน 80 หน่วย สามารถบูรณาการ การให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่ส่วนใหญ่ในจังหวัดน่าน ซึ่งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดน่าน ร่วมกับสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดน่าน (ปก.น่าน) ได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดฝึกอบรมหลักสูตรหนึ่งตำบลหนึ่งหน่วยกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue Team: OTOS) ครบทุกตำบลแล้ว ซึ่งมีการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทุกระดับปฏิบัติการ นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 317 ครั้ง ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 1,047 ครั้ง ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 2,180 ครั้ง ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 4,371 ครั้ง และปี พ.ศ. 2552 จำนวน 6,436 ครั้ง จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานมีแนวโน้มมากขึ้น (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดน่าน(ข), 2552)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทย พบว่า ยังขาดเจ้าภาพและงบประมาณที่จะพัฒนาและจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบวงจร ด้านบุคลากร โดยเฉพาะ แพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญและเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์ใช้ทุน ด้านระบบการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพของระบบสั่งการ ประสิทธิภาพของการใช้ประเภททีมกู้ชีพ ความปลอดภัยของรถพยาบาลฉุกเฉิน รวมถึงศักยภาพของทีมกู้ชีพในการให้บริการ และการประสานงาน

รับส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางยังขาดประสิทธิภาพ ระบบการสื่อสารยังไม่เหมาะสม (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพ, 2552)

ในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดน่าน ได้มีผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานและแนวทาง การบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษารั้ครั้งนี้จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นของจังหวัดน่าน และเพื่อให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นหน่วยอื่นๆ ได้ศึกษาการบริหารจัดการหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่มีผลการดำเนินงานที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดน่าน

คำถามการศึกษา

1. ผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นของจังหวัดน่าน เป็นอย่างไร
2. การบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นของจังหวัดน่าน เป็นอย่างไร

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการบริหารจัดการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดน่าน
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพการช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดน่าน

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพื้นที่จังหวัดน่าน ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการจาก

เอกสารแบบบันทึกการปฏิบัติงานตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2550 ถึง เดือนกันยายน 2552 จำนวน 3,719 ฉบับ และศึกษาการบริหารจัดการงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดน่าน จำนวน 4 แห่ง โดยใช้แนวคำถามตามองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดตั้งและพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์

“ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” หมายถึง ระบบที่ให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาล การดูแลผู้บาดเจ็บทุกประเภท ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งอย่างเป็นระบบ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ตามมาตรฐานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตลอดจนการลำเลียงขนย้าย และส่งต่อผู้บาดเจ็บให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

“หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น” หมายถึง หน่วยปฏิบัติการที่อยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

“ผู้ปฏิบัติงานฉุกเฉินเบื้องต้น” หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

“การบริหารจัดการ” หมายถึง การบริหารจัดการในงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย

1. ด้านการบริหารทั่วไป
2. ด้านบุคลากร
3. ด้านการสื่อสาร
4. ด้านยานพาหนะและอุปกรณ์

“ด้านการบริหารทั่วไป” หมายถึง การกำหนดโครงสร้างของผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ

การจัดสรรงบประมาณ และระเบียบปฏิบัติ ในจัดการงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

“ด้านบุคลากร” หมายถึง กระบวนการในการเลือกสรรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพและการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการ ของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

“ด้านการสื่อสาร” หมายถึง การติดต่อ การประสานงาน เพื่อรายงานข้อมูลของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดน่าน รวมถึงการประชาสัมพันธ์งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นรับผิดชอบ

“ด้านยานพาหนะและอุปกรณ์” หมายถึง การจัดหา การบำรุงรักษา ยานพาหนะที่ใช้สำหรับการรับ-ส่ง ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอุปกรณ์การแพทย์ตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ผู้ป่วยเร่งด่วน” หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว หากปล่อยทิ้งไว้อาจทำให้เสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นจากการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น