

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะบาดเจ็บเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในทันทีทันใดทุกช่วงทุกเวลา มีความเป็นพลวัตรสูง และมีความซับซ้อน ซึ่งนับวันสถานการณ์จะมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อชีวิตประชาชนและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ส่วนใหญ่บุคคลจะไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าหรือมีโอกาสเตรียมตัว (World Health Organization [WHO], 2006) จากสถิติองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2010 พบว่ามีผู้บาดเจ็บทั่วโลกมากถึงปีละประมาณ 50 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บประมาณ 1.3 ล้านคน และในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่าการบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตายและความพิการของประชากรซึ่งจัดเป็นอันดับที่ 5 ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียนมีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บประมาณ 16.3-19.0 ราย ต่อประชากร 100,000 คน (WHO, 2010) เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บประมาณวันละ 3,479 คน และมีผู้ได้รับบาดเจ็บประมาณวันละ 34,000 คน (Global Road Safety, 2013)

สำหรับสถิติในประเทศไทย ในปี 2552-2555 พบว่ามีผู้บาดเจ็บปีละประมาณ 1,000,000 คน โดยเฉลี่ยบาดเจ็บชั่วโมงละกว่า 100 คน มีอัตราการบาดเจ็บ 1,500 ราย ต่อแสนประชากร ในแต่ละปีมีผู้พิการจากการบาดเจ็บประมาณ 45,000 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2555) และแนวโน้มของผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2545-2550 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิต 12,000-13,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 20.0-22.7 ราย ต่อแสนประชากร (สิริกร เฝ้าภูไทย, 2551) และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 13,000-14,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 38.1 ราย ต่อแสนประชากร (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2555) โดยการบาดเจ็บเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

จากสถิติการบาดเจ็บและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บที่สำคัญ คือ ผลกระทบต่อตัวผู้บาดเจ็บโดยตรง มีผลก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้บาดเจ็บทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายต่อทั้งภาวะสุขภาพชีวิต และทรัพย์สินของผู้บาดเจ็บ (ทงนงสรรค์ เทียนถาวร, 2551) ความสูญเสียเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ

เศรษฐกิจของประเทศทั้งสิ้น (จุฬาลักษณ์ ลี้มลิสา, 2547) โดยพบว่าประชากรทั่วโลกนับล้านคน กำลังเผชิญกับการที่สมาชิกในครอบครัวต้องเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการตัวเลขทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบาดเจ็บไว้เป็นจำนวนเงินถึง 520 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีในประเทศที่มีรายได้สูง และประมาณ 65 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (WHO, 2010) และส่งผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product [GNP]) ของแต่ละประเทศประมาณ ร้อยละ 1-2 โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา (สิริกร คำภูไทย, 2551) จากสถิติการบาดเจ็บมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นผู้บาดเจ็บจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนกระทั่งมาถึงสถานพยาบาลที่เหมาะสมให้ทันเวลาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้น

“ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่มีการจัดการอย่างบูรณาการและเป็นระเบียบ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงและใช้ระบบสุขภาพอย่างรวดเร็วครอบคลุม การช่วยเหลือ จัดการ บำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินในเรื่องการประเมิน การจัดการ การประสาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552, หน้า 10) การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ (WHO, 2004) หากผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมภายในช่วง 1 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงทองหลังจากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินจะสามารถลดการสูญเสียชีวิตได้ (ทนงสรรค์ เทียนถาวร, 2551) ในประเทศไทยหากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพคาดว่าจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บได้ถึงร้อยละ 30 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์, 2551) และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บได้ถึงประมาณปีละ 9,000-12,000 คน (คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยไม่สมควร

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และความต้องการของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มที่โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532 โดยได้ก่อสร้างอาคารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้วเสร็จ และเปิดดำเนินการบางส่วนในปี 2536 (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2547) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2540) ได้บรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ และได้เริ่มดำเนินการในการให้บริการประชาชนโดยได้เริ่มโครงการศูนย์

อุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเน้นการขยายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
 คู่จังหวัดในภูมิภาค ได้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความครอบคลุมพื้นที่ และ
 ช่วยผลักดันจังหวัดที่มีความพร้อมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง (อนุชา เศรษฐเสถียร,
 2551) ในปี 2551 คณะกรรมการกฤษฎีกาได้บัญญัติและประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน
 พ.ศ. 2551 มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการ
 ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการ
 อีกทั้งมีการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงาน และบริหาร
 จัดการรวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2553
 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของประเทศไทยได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
 ปี 2553-2555 โดยมีเป้าหมายการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน
 จนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันทั่วถึงและเท่าเทียม (สำนักงาน
 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2553)

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา
 และประเทศอังกฤษ ได้ดำเนินการมานานแล้ว โดยพบว่า การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเบื้องต้นหาก
 ระยะเวลาในการนำส่งจากที่เกิดเหตุไปยังสถานที่ที่ผู้บาดเจ็บจะได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม
 น้อยกว่า 10 นาที และการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ ณ จุดเกิดเหตุ จะเพิ่มอัตราการรอดชีวิต
 ของผู้ป่วยได้ (Ward, 1997) การให้บริการดังกล่าวมุ่งเน้นถึงการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม
 ปลอดภัย และรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมิน
 มาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ โดยมาตรฐานกำหนดให้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนหน่วยบริการไป
 ถึงที่เกิดเหตุ (response time) ไม่ควรเกิน 8 นาที (Shah, 2006) จึงจะสามารถเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต
 และการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ อีกทั้งผู้เสียชีวิตร้อยละ 30 นั้น มีโอกาสรอดชีวิตได้
 หากได้รับการช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ก่อนที่
 ผู้บาดเจ็บจะถูกนำส่งถึงโรงพยาบาล (วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์,
 และ ศิริกุล กุลเลียบ, 2550) และยังพบอีกว่าการนำผู้บาดเจ็บที่มีอาการสาหัสส่งโรงพยาบาลทันที
 จะเกิดประโยชน์สูงสุดมีผลดีกว่าการเสียเวลาช่วยฟื้นคืนชีพผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ (Watts et al.,
 2004) ดังนั้นการช่วยเหลือเบื้องต้นในเรื่องการดูแลช่วยเหลือการหายใจ การตาม การห้ามเลือด และ
 การขนย้ายผู้บาดเจ็บอย่างถูกวิธี โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกระดูกสันหลังของผู้บาดเจ็บ และ
 ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น ได้อย่างมีคุณภาพ

การให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่จะ
 สามารถลดความเสี่ยงต่อความพิการและการสูญเสียชีวิตได้นั้นจะต้องรวดเร็วเป็นไปตามมาตรฐาน

การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรฐานด้านระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งหน่วยบริการไปถึงที่เกิดเหตุ และมาตรฐานด้านระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ โดย สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548) กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติให้ระยะเวลาในการรับแจ้งเหตุ (call time) ไม่เกิน 1 นาที ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งออกให้บริการ (call command time) ไม่เกิน 2 นาที ระยะเวลาที่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งหน่วยบริการไปถึงที่เกิดเหตุ (response time) ไม่เกิน 10 นาที และ ระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene time) ไม่เกิน 10 นาที กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศได้เริ่มให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพัฒนาระบบดังกล่าวขยายงานไปสู่โรงพยาบาลในระดับชุมชนด้วย หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีความพร้อมทั้งมาตรฐาน โครงสร้างด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และสามารถไปถึงที่เกิดเหตุในเวลาอันรวดเร็ว นอกจากนี้ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2547) จึงได้กำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 12 องค์ประกอบ ทั้งนี้เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากนั้นในปี พ.ศ. 2553 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2553) ได้มีการทบทวนและกำหนดมาตรฐานของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเป็น 14 องค์ประกอบให้มีความครอบคลุมซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ ด้านระบบศูนย์สั่งการ ด้านระบบการรับแจ้งเหตุและการสื่อสาร ด้านชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการจัดพื้นที่ ด้านบุคลากรและการอบรม ด้านกฎและระเบียบ ด้านระบบการเงินการคลัง ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านมาตรฐาน โครงสร้างที่เหมาะสม ด้านระบบข้อมูล ด้านการเตรียมความพร้อมการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ด้านการรับผิดชอบระบบทางการแพทย์ และด้านการประเมินผล

การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องการบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง เนื่องจากลักษณะการบาดเจ็บที่พบปัจจุบันมีความรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ สูงขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา, 2555) ในประเทศไทยพยาบาลมีบทบาทอย่างมากทั้งในด้านการพัฒนาและการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพบว่าบทบาทของพยาบาลมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ ซึ่งเมื่อให้การดูแล ณ ที่เกิดเหตุ ได้รวดเร็วพบว่ามีผลทำให้การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น (อุบล ยี่เฮง, 2551) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาในโรงพยาบาล โดยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาคุณภาพการดูแล และสร้างรูปแบบการพยาบาล จุดเน้นของการดูแลผู้บาดเจ็บ คือ การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง โดยต้องมีความพร้อมของระบบการสื่อสารสำหรับระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว และการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปีทมา โมลี, อรพรรณ โดสิงห์, และ ศิริอร สินธุ (2551) พบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ ซึ่งบทบาทของพยาบาลใน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การปฏิบัติงานศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการ ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำงานร่วมกับผู้อำนวยการทางการแพทย์ และการปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงให้การดูแลในโรงพยาบาล (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) ทั้งนี้การปฏิบัติงานจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานผลลัพธ์ด้านเวลา

โรงพยาบาลจอมทองเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นศูนย์รองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินระดับ 3 (trauma center level 3) ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้สนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงสู่ระดับชุมชนเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยเริ่มให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 มีการให้บริการดังกล่าวครอบคลุมพื้นที่อำเภอจอมทองโดยให้บริการทั้งหมด 6 ตำบล 103 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมดประมาณ 63,654 คน ในช่วงการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงที่มีการประกาศใช้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าจากสถิติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2553-2555 มีจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 4,843 คน 4,409 คน และ 4,152 คน ตามลำดับ มีผู้บาดเจ็บได้รับการนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน จำนวน 552, 604 และ 655 ราย ตามลำดับ จากจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดมีผู้บาดเจ็บรุนแรงระดับวิกฤต (สีแดง) จำนวน 924 คน 1,036 คน และ 1,035 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 19.08, 23.50 และ 24.93 ตามลำดับ และมีผู้บาดเจ็บรุนแรงระดับวิกฤต (สีแดง) ได้รับการนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 210 ราย, 233 ราย และ 254 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 22.73, 22.49 และ 24.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้บาดเจ็บที่มาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตมีจำนวนมากขึ้น และข้อมูลผลลัพธ์ด้านระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงที่เกิดเหตุ (response time) ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 58.42, 65.35 และ 67.82 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene time) ไม่เกิน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 56.62, 62.50 และ 68.20 ตามลำดับ และพบว่าการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการบันทึกที่ครบถ้วนและถูกต้องทุกตัวแปรคิดเป็นร้อยละ 60.05, 62.55 และ 62.80 (งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจอมทอง, 2555) จากผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ยังพบว่าผลลัพธ์การปฏิบัติงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดไว้ในด้านผลลัพธ์ด้านเวลา คือต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไปในทุกตัวแปร

จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเจ็บโรงพยาบาลจอมทอง พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโดยระบบบริการดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ผลการประเมินมาตรฐานผลลัพธ์ด้านระยะเวลาของการให้บริการในแบบบันทึกข้อมูลการ

ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเทียบกับมาตรฐานที่สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนด พบว่ายังไม่ได้ตามมาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบว่าการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วนและถูกต้อง ดังนั้นเพื่อเป็นพื้นฐานการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้บาดเจ็บ และผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้บาดเจ็บ โดยใช้กรอบ การศึกษาตามมาตรฐานของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 14 องค์ประกอบ ที่กำหนดโดย สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2553) เพื่อให้ทราบถึงอุปสรรครวมถึงจุดอ่อนของระบบ บริการในองค์ประกอบต่างๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลจอมทอง ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาล จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ให้เป็นไปตามมาตรฐานตัวชี้วัด ดังนี้

1. อุปสรรคในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
2. อุปสรรคต่อมาตรฐานด้านเวลาในส่วนระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงที่เกิดเหตุ
3. อุปสรรคต่อมาตรฐานด้านเวลาในส่วนระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ
4. อุปสรรคต่อการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำถามการศึกษา

อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ให้เป็นไปตามมาตรฐานตัวชี้วัดเป็นอย่างไร โดยมีคำถามเฉพาะคือ

1. อุปสรรคในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาล จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. อุปสรรคต่อมาตรฐานด้านเวลาในส่วนระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งชุด ปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงที่เกิดเหตุเป็นอย่างไร

3. อุปสรรคต่อมาตรฐานด้านเวลาในส่วนระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุเป็นอย่างไร
4. อุปสรรคต่อการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์

อุปสรรคการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง สิ่งขัดขวางต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ ไม่ให้บรรลุมาตรฐานผลลัพธ์ของการให้บริการในเรื่อง การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลจอมทอง ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งหน่วยบริการไปถึงที่เกิดเหตุ (response time) ระยะเวลาที่ใช้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene time) และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประเมินได้โดยวิธีแบบประเมินเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย เกศรา กวางศ์ (2556) และกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ โดยเน้นขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาล ดังนี้ คือองค์ประกอบ ด้านระบบศูนย์สั่งการ ด้านระบบการรับแจ้งเหตุและการสื่อสาร ด้านชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการจัดพื้นที่ ด้านบุคลากร และการอบรม ด้านกฎระเบียบ ด้านระบบการเงินการคลัง ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านมาตรฐาน โครงสร้างที่เหมาะสม ด้านระบบข้อมูล ด้านการเตรียมความพร้อมการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ด้านการรับผิดชอบระบบทางการแพทย์ และด้านการประเมินผล

ผู้บาดเจ็บ หมายถึง ผู้ที่ได้รับอันตรายจากทุกสาเหตุ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเกิดการทำลายชอกช้ำของเนื้อเยื่อ อวัยวะ หรือมีการแตกหักของกระดูกที่มาใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลจอมทอง

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลจอมทอง หมายถึง การให้บริการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ อย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ การรับแจ้งเหตุ การสั่งการ การออกปฏิบัติการ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย การดูแลระหว่างนำส่ง อีกทั้งให้การดูแลเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล และนำส่งผู้บาดเจ็บไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม ด้วยความรวดเร็วตามมาตรฐานผลลัพธ์ด้านระยะเวลา และถูกต้องตลอด 24 ชั่วโมง

โดยทีมบุคลากรของโรงพยาบาลจอมทอง คือ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advanced life support [ALS] team) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first responders [FR] team) ที่เป็นเครือข่ายในระบบบริการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved