

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับความรู้และความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตเทศบาลตำบลห้วยโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมี แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางและสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของเทศบาลตำบล
3. ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลตำบลห้วยโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการและความทุกข์ ทรมานอันไม่สมควร อันเกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า วิธีการดูแลรักษาและเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่ง โรงพยาบาลที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ระบบการรับแจ้งเหตุ การรักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วย การให้ความรู้และความร่วมมือจากประชาชน ในด้านการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความสนใจในการดูแลรักษาเบื้องต้น โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และ เอกชน ให้สามารถจัดหน่วยบริการเข้าไปดูแลรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายดำเนินการ ดังนี้

1. ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำหน้าที่ ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง ชนบทและพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการระบบรับแจ้งเหตุ โดยใช้หมายเลข 1669

และให้บริการในพื้นที่ทุรกันดาร โดยการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ ควบคุมงบประมาณและการเบิกจ่ายของหน่วยบริการทั่วประเทศในสังกัดต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

2. ให้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัดจัดหาหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการ ควบคุมการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการภายในจังหวัด

3. ให้หน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยร่วมมือและเข้าเป็นผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน

4. ให้ใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ

ทั้งนี้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องพร้อมให้บริการให้บริการทั่วประเทศ ในระยะเวลาก่อนเทศกาลปีใหม่ 2548 และให้พัฒนาระบบเข้าสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศภายในปี 2548

จากการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม 2546 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาระบบด้วยการนำแนวทางในการปฏิบัติงาน ของโครงการนำร่องใน 7 จังหวัดแรก และนำมาขยายไปสู่จังหวัด ในระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด ระยะที่ 3 อีก 16 จังหวัด ซึ่งใน พ.ศ.2546 ได้มีจังหวัดที่แสดง ความพร้อมในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวม 56 จังหวัด มีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 10,308 คน ให้บริการ 95,792 ราย เป็นหน่วยบริการระดับพื้นฐาน 60,423 ราย หน่วยบริการระดับสูง 34,061 ราย ยังมีอีก 20 จังหวัดยังไม่แสดงความพร้อม ซึ่งคาดว่าจะก่อนวันที่ 29 ธันวาคม 2547 ทุกจังหวัดจะมีความพร้อมในการให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ได้มีการปรับปรุงระบบการรับแจ้งเหตุ คือให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการใน 21 พื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุในแต่ละพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบด้วยการควบคุมทางการแพทย์ให้กับหน่วยบริการ

ในปีงบประมาณ 2548 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบทุกจังหวัด ซึ่งการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเอง และความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในแต่ละพื้นที่ จึงจะเกิดความสมบูรณ์ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ได้มีการกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ (Emergency Medical Service) ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาลดภาระด้านสุขภาพและคุณภาพบริการขึ้น เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต รวมถึงลดภาวะคนพิการจากการป่วยด้วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นนโยบาย 1 ใน 4 ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 และได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดตั้งและพัฒนาระบบ จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน ในระยะ 2 ปีแรก คือ งบประมาณ 2545 และ 2546 เพื่อเป็นการปูพื้นฐานการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่าง ๆ

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2547 เห็นชอบในเรื่องยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน และให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในทุกจังหวัด โดยใช้เงินในระบบการรักษาพยาบาล 30 บาท

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้จัดทำโครงการต้นแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ ลำปาง เพชรบุรี และสงขลา เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2546 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบในการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมในประเทศไทย และนำรูปแบบที่ได้ถ่ายทอดให้กับจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป จากผลการดำเนินงานของโครงการต้นแบบ คณะผู้ดำเนินงานได้สรุปแนวทางในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ที่ปรากฏในหนังสือคู่มือการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาในเรื่องกฎเกณฑ์ และแนวทางต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสถานการณ์ในระยะต่อไป

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือคู่มือการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์จะเป็นประโยชน์กับผู้รับผิดชอบในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่าง ๆ เพราะว่าการเตรียมพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนผู้รับบริการต่อไป

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

เป็นที่ทราบกันดีว่า การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดี หากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป และเป็นที่ทราบกันดีอีกว่าการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ทำอันตรายซ้ำเติม ให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐาน

แน่ชัดว่า การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมา ในอดีต เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มี โอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้ อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและ ดำเนินการ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และประชาชนในพื้นที่เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทาง การแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง

ในประเทศไทย มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัย โดยควบคู่กับ การเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่าง ๆ ดำเนินการ เช่นมูลนิธิป่อเต็กตึ๊งได้กระทำการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่ง โรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ค่อยมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและอุปกรณ์ที่

ต่อมาภายหลังจากการปฏิวัติภายใต้การนำของ พลเอก อชาติยศ กำลังเอก ได้พัฒนา กองกำลังรักษาพระนคร และจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 123 เพื่อบริการเหตุด่วนแก่ ประชาชน ได้รู้จักให้มีหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินขึ้น มีจำนวนประมาณ 40 คัน ให้บริการ ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ได้ให้บริการ ไปไม่นานก็ยุติลงด้วยเหตุผลทางอำนาจ และการเมือง

กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบให้การช่วยเหลือนี้ โดยกรมการแพทย์รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2532 จำนวน 150 ล้านบาท ได้ทำการก่อสร้าง อาคาร EMS แล้วเสร็จและเปิดดำเนินการบางส่วนในปี พ.ศ. 2536 ต่อมาได้บรรจุแผนการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้เริ่มมีการจัดตั้ง โครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เมื่อ พ.ศ. 2536 ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการให้การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุด้วย เมื่อเดือน ธันวาคม 2537 กรุงเทพมหานคร โดยวชิรพยาบาล ได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นเป็นทางการ ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บ โดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่าง ๆ ในส่วนกรมการแพทย์ได้เปิด

ศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีโดยรอบโรงพยาบาลราชวิถี และต่อมากรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่บริการ โดยจัดตั้งศูนย์กู้ชีพเลิศสิน และศูนย์กู้ชีพพรัตนราชธานีขึ้น ในปีต่อมา และได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานครให้มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่ และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ โรงพยาบาลหลายแห่งต้องระดมเงินจากมูลนิธิของโรงพยาบาลและขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณภัย ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ เมื่อสิ้นแผนฯ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนกว่า 90 แห่ง ได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ

ในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น นโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนา จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน (คาดว่าปีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงินประมาณ 420 ล้านบาทเพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นแล้ว จะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการและดำเนินการระบบ โดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากแหล่งเงินทุนต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ในอัตรา 18 บาท ต่อหัวประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในแต่ละปีจะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ปีละ 1,200 บาท (อัตรา 18 บาทต่อหัว

ประชากร ได้มาการศึกษาของคณะวิจัยในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นำโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ ในปี พ.ศ. 2543) และในปี พ.ศ. 2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ แผนการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเสนอโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งในคํานวมาตรการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์ นเรนทร กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผลระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน โดยใช้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังมี การบูรณาการแผนงบประมาณด้านอุบัติเหตุจราจรเข้าด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้งบประมาณใน ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นความสำคัญอันดับต้นของการพิจารณางบประมาณประจำปี อีกด้วย

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์โดยทั่วไป แบ่งออกเป็นระยะได้ ดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุ ที่เกิดขึ้นเกินอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ ตามการจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเอง หรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะว่าจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึง ได้รวดเร็วตรงกันข้ามหากล่าช้า นานที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อย ๆ จนกระทั่ง สิ้นเกินแก้ไขได้
2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำเป็นได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตาม ความเหมาะสมอีกด้วย
3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการ ซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced Life Support กับระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับ ความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออก ปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) หน่วยปฏิบัติการ จะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของคนและคณะประเมินสภาพผู้เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมาย จากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุ นานจนเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย กล่าวคือในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมแก่ผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้าย จะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงขนส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การค้ำส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive Care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมดีหรือไม่ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไป กับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิตพิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่สมควรจะเกิดขึ้น

องค์ประกอบหลักของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศ

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือการจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจำ ง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำการจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปดูแล หรือการจัดยานพาหนะ เพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเฉียว คังนั้นในแต่ละพื้นที่ที่ ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย เช่น 191 หรือ 1669 เป็นต้น โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้งเมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อไปให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับที่ให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ ประจําการ และผู้ตัดสินใจตั้งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจําการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา จากการสรุปแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 7 จังหวัด พอสรุปได้ว่าควรรวมศูนย์

รับแจ้งเหตุและตั้งการ ใค้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งจะทำให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและตั้งการรวมทั้งสิ้นประมาณ 21 ศูนย์ทั่วประเทศ

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ให้บริการและระบบควบคุมการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง เป็นระบบที่ควรดำเนินการโดยหน่วยงานในจังหวัด ควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันที และมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ไม่ว่าอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. หน่วยบริการ ในปัจจุบันได้แบ่งหน่วยบริการเป็น 2 ระดับตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเข้ามา ได้แก่ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน เป็นหน่วยบริการที่เน้นสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก และหน่วยบริการระดับสูงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

4. การจัดพื้นที่ ในแต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากรขนาดและระยะทาง และระยะเวลาเดินทาง เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการในละเขตได้ สามารถมีระยะเวลาอันเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ในการที่หน่วยบริการจะเข้าถึงผู้รับบริการในเกณฑ์เฉลี่ยจากการคำนวณ พบว่า ในสัดส่วนประชากร 100,000 คน ต่อหน่วยบริการระดับพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วนประชากร 200,000 คน ต่อหน่วยบริการระดับสูง 1 หน่วยน่าจะเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึง หากช้าเกินไป ก็ไม่เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันอนุโลมว่า ในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

5. บุคลากรและการอบรม ในการออกแบบระบบควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคต เพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่าในประเทศไทยในระยะเริ่มแรก ได้มีการพิจารณามูลค่าการที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการฝึกอบรมการจัมาตรฐาน

ระบบ และการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก แพทย์ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่นี้ควรเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินแต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีแพทย์ในระดับนี้ (อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน) ควรเป็นแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรอบรมในระดับ Thai Advanced Life Support หรือเทียบเท่า

พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้บริการในระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) เป็นผู้ช่วยในระดับควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและการพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับ ต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ในหลักสูตรที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจุบันมีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้น โดยคณะกรรมการหลักสูตรและสอบด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภา ซึ่งควรจะเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมที่สุด ในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้ มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรขั้นพื้นฐาน (EMT – Basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT – Intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนา มาจากหลักสูตร EMT – Basic ของสหรัฐอเมริกาหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT – Intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ขณะนี้กำลังผลิตรุ่นละกว่า 200 คน ใน วสส. และวิทยาลัยพยาบาล 9 แห่งบุคลากร 2 ระดับ นี้สามารถให้การรักษายาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูงในอนาคตจะมีการพัฒนา เพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสายวิชาชีพนี้ให้มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยได้รับปริญญาตรี สาธารณสุขฉุกเฉิน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่จะเป็นผู้บริหารระบบและอาจารย์ในระบบ แต่ไม่สามารถปฏิบัติการในระดับ ALS ได้ ส่วนในด้านผู้ปฏิบัติคาดว่าจะมีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมคล้ายการฝึกอบรมของแพทย์ในสถาบัน ที่มีบริการและการเรียนการสอน ประมาณ 3 ปี จึงจะสามารถสอบเป็นเวชกรฉุกเฉินขั้นสูงหรือ EMT – Paramedic และมีใบประกอบโรคศิลป์ได้ สามารถให้การรักษายาบาลฉุกเฉินในระดับ ALS ได้

ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่ที่แสดงตนว่าพร้อม

ที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกທີ່ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชม. เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ของกรมการแพทย์) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเองแต่หากพบว่ามี ความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน ในปี พ.ศ. 2548 นี้ จะมีการพัฒนาให้หน่วยบริการในระดับ อบต. ให้มีจำนวนประมาณ 1,500 แห่งประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยช่วยไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ควรมีระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน

6. กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องให้เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรับรอง เมื่อระบบมีความอยู่ตัวและนิ่งพอสมควรแล้ว

7. การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ ในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ระบบประกันภัย และภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ภาษีเหตุน้ำ ภาษีบุหรี่หรือภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่น และให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่น ตามลักษณะและปริมาณงานงบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

8. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญทำให้ประชาชนที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมควรค่า ไม่ให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุมีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้เป็นเจ้าของ

9. การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบเพื่อที่จัดทำของชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำ ความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน การ ส่งเสริมความรู้การเตรียมความพร้อม และการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิด กับชุมชนเองเป็นต้นตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละ พื้นที่ที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและ โครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการ ใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนด มาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วม ในขณะเดียวกันคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุง รายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

11. ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ ควรมีระบบข้อมูล เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขึ้นตัวร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่าง เป็นปัจจุบันยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่ง ไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้ เนื่องจากการขาดแคลน ระบบสื่อสารที่จำเป็น ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูล โดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เป็นมาตรฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศ

12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควร มีการกำหนด โรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทัน การณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบ ควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วย ไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการ รักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่ง การ โดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or

Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing Order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

14. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการรักษายาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้ในระดับท้องถิ่นอาจพิจารณาความสำคัญบางประเด็นหลัก เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนา ได้แก่ ด้านศูนย์รับแจ้งเหตุและการควบคุมทางการแพทย์ ด้านการจัดหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และด้านการพัฒนาชุมชนให้มีส่วนรับรู้และมีส่วนร่วม โดยให้แต่ละประเด็นมีความสำคัญเท่า ๆ กัน

จากการศึกษาเอกสารพบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย พิการ การทุพโภชนาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย อันเกิดจาก ความล่าช้าในการเข้าถึงความล่าช้าในการรับการดูแลรักษา การลำเลียงเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี และการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ การควบคุมทางการแพทย์การจัดหน่วยบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ที่จัดแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในเมืองนอกเมืองและพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยใดหน่วยงานหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพึ่งพาหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะเกิดผลที่คุ้มค่าและสามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงได้ การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นพฤติกรรมป้องกันการป้องกันเพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือโรคชีวิต หรืออาการไม่รุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิต หรือมีอาการไม่รุนแรงมากจนถึงชีวิตหรือพิการ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่

1. การให้ความรู้ การฝึกอบรมต่ออาสาสมัครและประชาชนทั่วไปในด้านการช่วยเหลือปฐมพยาบาล การนำสิ่งที่ปลอดภัยและช่วยผู้บาดเจ็บขึ้นต้น
2. การจัดทำและซ้อมแผนปฏิบัติการ เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและสาธารณสุขประจำหน่วยงาน ท้องที่และจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ
3. การจัดตั้งระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงาน

ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นผู้ดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน กรมการแพทย์ และ โครงการป้องกันลดอุบัติเหตุและบรรเทาสาธารณภัย กรมการแพทย์ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาล ได้แก่ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน การให้การรักษามืออาชีพในหอรักษาผู้ป่วย การจัดทำและซ้อมแผนการให้การรักษามืออาชีพในสถานการณฉุกเฉินหรือสาธารณภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

4. กิจกรรมของคณะกรรมการประสานงานนโยบาย และแผนปฏิบัติการด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัยทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานงานนโยบายและดำเนินการด้านการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานงานนโยบายและดำเนินการด้านภัยพิบัติในทางการแพทย์ อันประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและการประสานงาน การสื่อสาร การช่วยเหลือทางเครื่องมือทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การเคลื่อนย้าย การส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนเป็นการใช้ยานพาหนะในการเคลื่อนย้ายระยะทางไกล ๆ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการแนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ตามข้อตกลงร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

4.1 สํารวจความพร้อมของเทศบาลท้องถิ่น

4.2 จัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากร ตามหลักสูตรการปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐาน (16 ชั่วโมง) โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนกลาง

4.3 ดำเนินการขึ้นทะเบียน บุคลากร / รถ กับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด เป็นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชุมชน พร้อมทั้งจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ โดยเน้นเรื่องการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้ายที่ถูกวิธีและสามารถประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการในระดับสูงกว่าได้อย่างถูกต้อง ได้รับค่าตอบแทนครั้งละ 350 บาท

4.4 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชุมชนที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จะได้รับอุปกรณ์เคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐานหน่วยละ 1 ชุด พร้อมทั้งได้รับการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารประจำหน่วยบริการเพื่อใช้ติดต่อประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในพื้นที่

ลักษณะของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

1. เทศบาลท้องถิ่นนั้น ๆ มีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยมีการสนับสนุนในด้านงบประมาณหรือทรัพยากรบางส่วน และเป็นที่ตั้งของหน่วยบริการ

2. มีบุคลากรที่จะปฏิบัติงานอย่างน้อยหน่วยละ 10 คน โดยบุคลากรเหล่านี้จะต้องมีอายุอยู่ช่วง 18-60 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ 6 อ่านออกเขียนได้โดยบุคลากรเหล่านี้จะต้องเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ และครึ่งหนึ่งของจำนวนบุคลากรประจำแต่ละหน่วยบริการจะต้องขับรถได้และมีใบขับขี่

3. มีรถพยาบาลเป็นรถกระบะคัดแปลง (รถระดับพื้นฐาน) มีหลังคาแลดูอุปกรณ์ตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ อุปกรณ์ตามขา ชุดอุปกรณ์ปฐมพยาบาล แผ่นรองหลังแบบยาว ผีอกคอกชนิดแข็ง อุปกรณ์หนีบสายสะดือ

4. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชุมชน จะต้องมีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

5. อัตราค่าบริการอาจกำหนดสูงกว่าที่ได้รับจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่อัตราส่วนที่เกินกว่าที่ระบบกำหนดต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาลท้องถิ่น

แนวทางการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีการบริการช่วยเหลือรับ - ส่ง ผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่รวดเร็วและถูกต้อง เน้นให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในการบริการอย่างทั่วถึง เพื่อลดอัตราตายและพิการของประชาชน จึงมีการขยายการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้การดูแลผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ จึงกำหนดหลักเกณฑ์ และแนวทางการดำเนินงานในชุมชนสำหรับหน่วยจัดการดูแล และรับส่งผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

“ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ” หมายความว่า ศูนย์ที่ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อการดูแลการรับส่งผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินในระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

“หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยปฏิบัติการดูแลและรับส่งผู้บาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉิน จำแนกเป็น หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน และระดับก้าวหน้า ซึ่งประกอบด้วย บุคลากร พานหระและอุปกรณ์ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อการดูแลและรับส่งผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน

“ผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า ผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือป่วยฉุกเฉิน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตราย

ต่อชีวิต หรือระบบอวัยวะสำคัญ หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

1. การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจะต้องผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพก่อน จึงจะสามารถออกปฏิบัติงานและเบิกค่าตอบแทนได้ โดยมีเกณฑ์การประเมินมีดังนี้

1.1 ต้องมีรถขนย้ายและส่งต่อ อย่างน้อยควรเป็นรถกระบะดัดแปลงมีหลังคายกสูง ผู้ขับขี่มีใบอนุญาตขับขี่ตามที่กฎหมายกำหนด

1.2 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน 16 ชั่วโมง และผ่านการประเมินความรู้ ความสามารถและทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 ปี รวมทั้งต้องผ่านการอบรมฟื้นฟูวิชาการอย่างน้อยทุก 2 ปี

1.3 วัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนี้

1.3.1 เปลขนย้ายผู้ป่วยที่สามารถตรึงกับตัวถังพาหนะ

1.3.2 อุปกรณ์ค้ำแขนขา

1.3.3 ชุดอุปกรณ์ปฐมพยาบาล

1.3.4 เสื้อคอชนิดแข็ง (Hard Collar)

1.3.5 แผ่นรองหลังแบบยาวพร้อมอุปกรณ์ประคองศีรษะและสายรัดตรึง (Long Spinal Board with Head Immobilizer พร้อมสายรัด)

1.3.6 อุปกรณ์หนีบสายสะดือ

2. การดำเนินงานภายหลังการได้รับการขึ้นทะเบียน

2.1 การแจ้งเหตุและสั่งการ

2.1.1 เมื่อเกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องการความช่วยเหลือ/การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ป่วย/ผู้พบเห็น/ญาติ) แจ้งโทรศัพท์หมายเลข 1669 วิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ ซึ่งผู้ป่วยหรือ ผู้พบเหตุต้องมีความรู้ในการประเมินการเจ็บป่วย ถ้าหากละเลยจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้

2.1.2 ศูนย์รับแจ้งเหตุ ซักถามเหตุการณ์การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และอาการเพื่อประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย พร้อมทั้งสถานที่ที่เกิดเหตุ ชื่อผู้แจ้ง เบอร์โทรศัพท์ หรือ รหัส

2.1.3 ศูนย์รับแจ้งเหตุ ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินพร้อมทั้งให้คำแนะนำและทบทวนการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้แจ้ง

พร้อมทั้งสั่งการตามเขตบริการของหน่วยให้บริการนั้น ๆ ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงสั่งการไม่ควรรเกิน 1 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการไม่รุนแรง หน่วยผู้ชีพต๋ำบออกไปให้บริการ มีคังตัวอย่าง

หอบเล็กน้อย อุบัติเหตุจากราจรติดภายในแต่ออกเองได้
ใช้ทุกระดับ มือ เท้า แขนหัก ขาท่อนล่างหัก ไหลปลาร้าหัก
ซึม สลิมสลือ เลือดออกภายนอก ศีรษะ แขน ขาห้ามเลือดได้
เจ็บปวดทั่ว ๆ ไป ตกที่สูงค้ำกว่า 5 เมตร
หมดสติปลุกแล้วตื่น เจ็บครรภ์ใกล้คลอด
อาละวาด อุบัติเหตุจากราจรบาดเจ็บเล็กน้อย

2.1.4 กรณีอาสาสมัครหน่วยปฏิบัติการได้รับแจ้งเหตุในพื้นที่ ให้โทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุระดับจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุระดับจังหวัด พิจารณาแล้ว เห็นควรให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ออกให้ความช่วยเหลือ จึงสามารถนำส่งโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบได้ หรือกรณีเกิดกรณีติดต่อไม่ได้มีความเร่งด่วน ให้สามารถนำผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลได้และให้พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินแต่ละโรงพยาบาล เป็นผู้ประเมินว่าเป็นผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยฉุกเฉินจริง แล้วจึงแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด เพื่อขอเลขที่ปฏิบัติการต่อไป

2.2 การให้บริการ

เมื่อได้รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (Command and Control Center) พร้อมข้อมูลผู้ป่วย / ผู้บาดเจ็บ ประเภทเหตุการณ์ อาการผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง และสถานที่เกิดเหตุ / เจ็บป่วยฉุกเฉิน หน่วยให้บริการต้องออกให้บริการไม่เกิน 2 นาที (ในพื้นที่ชนบทอาจอนุโลมให้นานกว่านี้ตามสภาพของแต่ละท้องถิ่น) และนำส่งโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้จัดหน่วยปฏิบัติการไปดูแลและรับส่งผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉินตามคำสั่งของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลและรับส่งผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ไม่เกินในอัตราที่กำหนดในข้อ 2.3

2.3 อัตราการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลและรับส่งผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินค่าใช้จ่ายสำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น กำหนดไม่เกิน 350 บาท ต่อครั้ง

2.4 การเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

2.4.1 หน่วยปฏิบัติการที่รับ – ส่ง ผู้บาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉิน ต้องได้รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการและได้เลขที่สั่งการปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นทุกครั้ง จึงจะสามารถขอเบิกค่าบริการได้

2.4.2 แนบบันทึกรูปการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ ภายหลังการปฏิบัติหรือนำส่งผู้บาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉินแต่ละครั้ง ให้แก่โรงพยาบาลในแต่ละอำเภอที่รับผิดชอบ และ โรงพยาบาลรวบรวมส่งสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดทุกสิ้นเดือน

2.4.3 ให้สำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินพิจารณาและจ่ายเงินให้หน่วยบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหลักฐาน

แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของเทศบาลตำบล

เทศบาลตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือ มาตรา 52 ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 กำหนดว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้อ้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่โดยตรงที่จะต้องจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นเองซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสภาพตำบลและเทศบาลตำบล พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่กำหนดไว้

กระทรวงมหาดไทย โดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มีนโยบายให้จัดทำโครงการ “หนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย” (One Tambon One Search and Rescue Team : OTOS) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่หน่วยกู้ภัย หรือหน่วยเผชิญเหตุทุกระดับให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น และสามารถนำส่งสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย เป้าหมายให้ทุกตำบลทั่วประเทศไทย มีทีมกู้ภัยประจำตำบลภายในปี 2551 โดยมีระยะเวลาดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2549 – 2551

ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลตำบลห้วยโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อมูลทั่วไป : ตำบลห้วยโพธิ์ ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีหมู่บ้าน

จำนวน 18 หมู่บ้าน

1. ประชากรที่รับผิดชอบ จำนวน 10,709 คน จำแนกเป็น

1.1 ชาย 5,389 คน

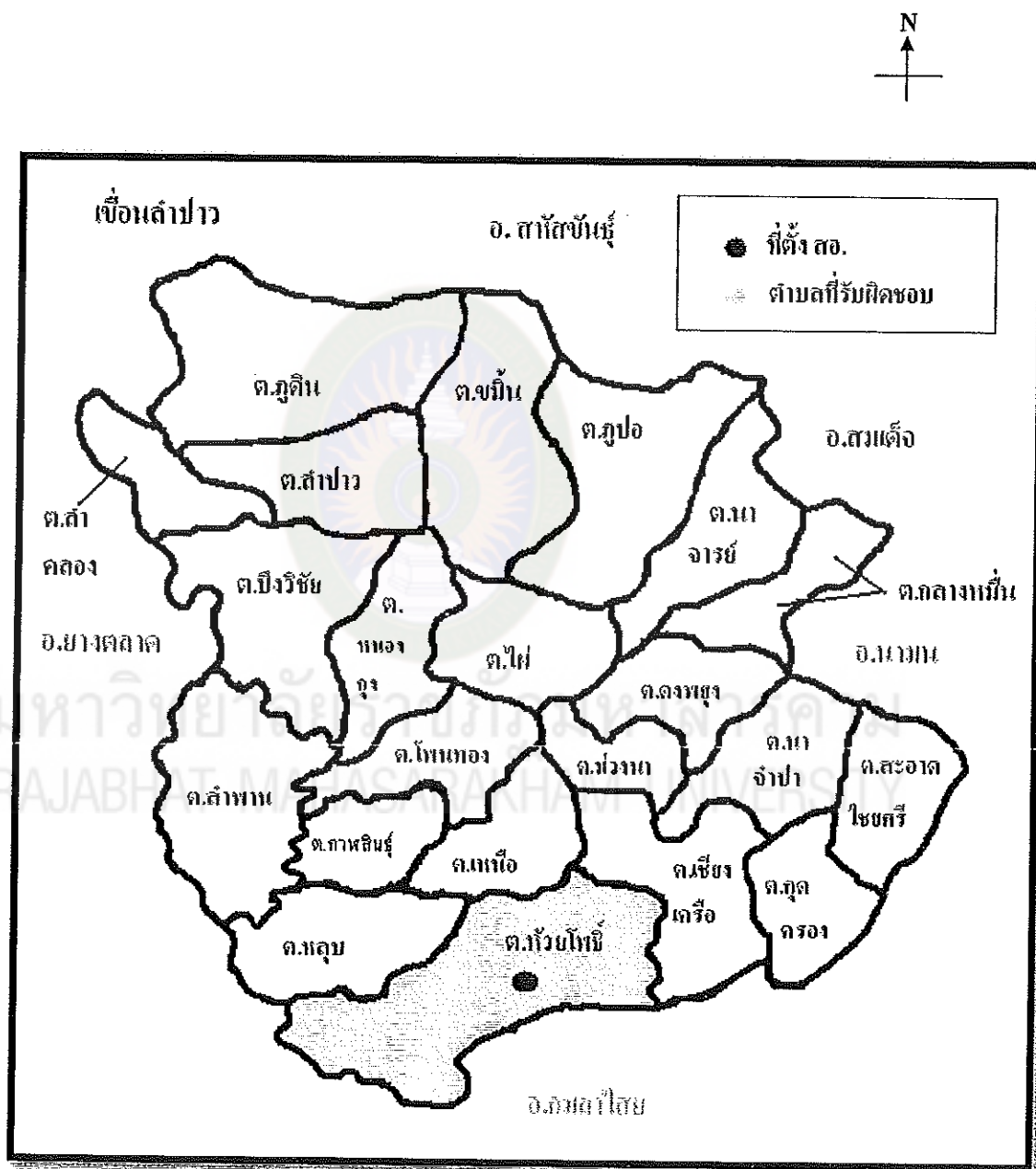
1.2 หญิง 5,320 คน

2. จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ 18 หมู่บ้าน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลห้วยโพธิ์

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน
1	บ้านโหมน	216
2	บ้านโหมน	150
3	บ้านคงน้อย	175
4	บ้านเหล่าสูง	150
5	บ้านคงสว่าง	184
6	บ้านคงสว่าง	97
7	บ้านคอนปอแดง	86
8	บ้านคงพยอม	160
9	บ้านคอนม่วง	115
10	บ้านกลางคง	203
11	บ้านคงบังเก่า	122
12	บ้านคอนปอแดง	72
13	บ้านคงน้อย	145
14	บ้านใหม่คำ	138
15	บ้านโพธิ์ทอง	544
16	บ้านโหมนคำ	140
17	บ้านคงสว่าง	156

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	หลังคาเรือน
18	บ้านกลางดง	256
	จำนวนหลังคาเรือน	3,509



ภาพที่ 1 แสดงที่ตั้งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

สภาพทั่วไปของตำบล : เป็นพื้นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำการเกษตร มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ และมีคลองส่งน้ำลำปาวไหลผ่าน

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลเหนือ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์

ทิศใต้ ติดกับ อำเภอภมกลาไสย จ.กาฬสินธุ์

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลเชียงเครือ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลหลุบ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์

จำนวนประชากรของตำบล

จำนวนประชากรทั้งสิ้น 11,008 คน

เป็นชาย 4,524 คน

เป็นหญิง 5,724 คน

ข้อมูลอาชีพของตำบล :

อาชีพหลัก ทำนา

อาชีพเสริม ทำสวน ทำไร่

ข้อมูลสถานที่สำคัญของตำบล :

- 1) อ่างเก็บน้ำห้วยโพธิ์
- 2) โบราณสถานบ้านคงบังเก่า
- 3) เทศบาลตำบลห้วยโพธิ์
- 4) สถานีอนามัยบ้านคงสว่าง
- 5) อ่างเก็บน้ำหนองเป้น บ.คอนม่วง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแนวทางการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขมูลฐานสู่เทศบาลตำบล ผลการศึกษาพบว่า โดยกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทกลไกการบริหารบางประการให้ผู้บริหารและนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้เชื่อมั่นต่อภูมิปัญญาและความสามารถของชาวบ้าน ในการบริหารจัดการสุขภาพของตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นและคืนอำนาจการดูแลสุขภาพอนามัยบางส่วนประชาชนให้ชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนพึงปรับบทบาทการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข

ในระดับตำบล อำเภอ จากบทบาท “ชี้แนะ” “ควบคุม” มาทำหน้าที่แนะนำสนับสนุน มอบอำนาจ การตัดสินใจด้านการบริหารงานสาธารณสุขให้เทศบาลตำบล ทั้งในส่วนของกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แผนงาน ทรัพยากร และงบประมาณ

พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการประเมินผลของผู้ปฏิบัติงาน ของพนักงานกู้ชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครอบคลุม ในการ ให้บริการความถูกต้องของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ ระยะเวลาที่ใช้ในการ ปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 18.5 ในขณะที่ ผู้บาดเจ็บควรได้รับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 89.6 แต่ได้รับการปฐมพยาบาล เพียงร้อยละ 7.2 ศึกษาความรู้ของพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพ ร้อยละ 53.8 มีความรู้เรื่อง การปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายและมีความต้องการฟื้นฟูอบรมความรู้เพิ่มเติม ศึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พบว่า ขาดแคลนอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและสภาพ ความไม่พร้อมของรถเป็นเหตุในการปฏิบัติงาน

สุวรรณีย์ ภัทรเดชไพศาล (2543 : 110-113) ได้ศึกษาถึงการดำเนินการรักษาพยาบาล จากรถของโรงพยาบาลในเขต 2 วัตถุประสงค์ศึกษาการดำเนินการรักษาผู้ป่วยประสบภัย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจนในด้านการวางแผน ด้านบุคลากร ไม่มีการพัฒนาบุคลากรในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประสบภัยจากรถ ด้านการสั่งการ ไม่มีการจูงใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีการนิเทศงาน ด้านการประสานงาน มีความคล่องตัวน้อย ด้านการควบคุม ไม่มีการนำข้อมูลมาประเมินมาใช้แก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะควรมีความชัดเจน ในการกำหนดงานและขอบเขตความรับผิดชอบและควรมี การการนิเทศงานอย่างเหมาะสม ผู้รับผิดชอบงานควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ความสามารถ

บานเย็น ณ หนองคาย (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแกนนำชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C และอบรมสร้างพลัง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการอบรม กลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงด้านการ รับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการมีส่วนร่วมป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อติดตามหลังการอบรม พบว่า ร้อยละ 80 ของแกนนำชุมชนกลุ่มทดลองปฏิบัติในแต่ละ กิจกรรมสำเร็จตามที่ตั้งไว้ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจและมีพลังในการทำงาน จึงเป็น ผลมีการดำเนินงานหลังจัดอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ฉุกเฉินจังหวัดชลบุรีทั้งในและนอกสังกัด และภาคเอกชน ผลการศึกษาพบว่า บทสรุปของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพ ขององค์กรเหมือนกัน คือ เริ่มจากความเชื่อของกลุ่มคนจีนที่ย้ายเข้ามาในประเทศไทยอย่างชัดเจน ให้ความสำคัญกับงานกุศล โดยเฉพาะการเก็บศพ และการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ โดยการบริหารจัดการเป็นลักษณะของการเลียนแบบวิธีการ เพื่อมุ่งหวังให้หน่วยกู้ชีพมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการจัดตั้งระบบการสื่อสาร มีรถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ มีการจัดแบ่งพื้นที่ดำเนินงาน มีอุปกรณ์ภายในรถ

ไพศาล โชติกล่อม และคณะ (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการจัดระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า รูปแบบการดำเนินงานขององค์กรส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีความพร้อมไม่เหมือนกัน จึงได้มีการจัดหน่วยหน่วยกู้ชีพ คือ การดำเนินงานแต่ละรูปแบบมีแนวทางการดำเนินงานที่ไม่เหมือนกัน และมีระเบียบปฏิบัติที่แตกต่างกัน แต่มีผลลัพธ์ที่เหมือนกัน คือ ประชาชนในเขตพื้นที่ปกครองได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รวดเร็ว ผู้นำท้องถิ่นได้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล และปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด ประชาชนมองเห็นว่าผู้นำท้องถิ่นให้ความสำคัญด้านสุขภาพ นอกเหนือจากโครงสร้างพื้นฐานที่ผู้นำแต่ละคนต้องดำเนินการเป็นปกติ

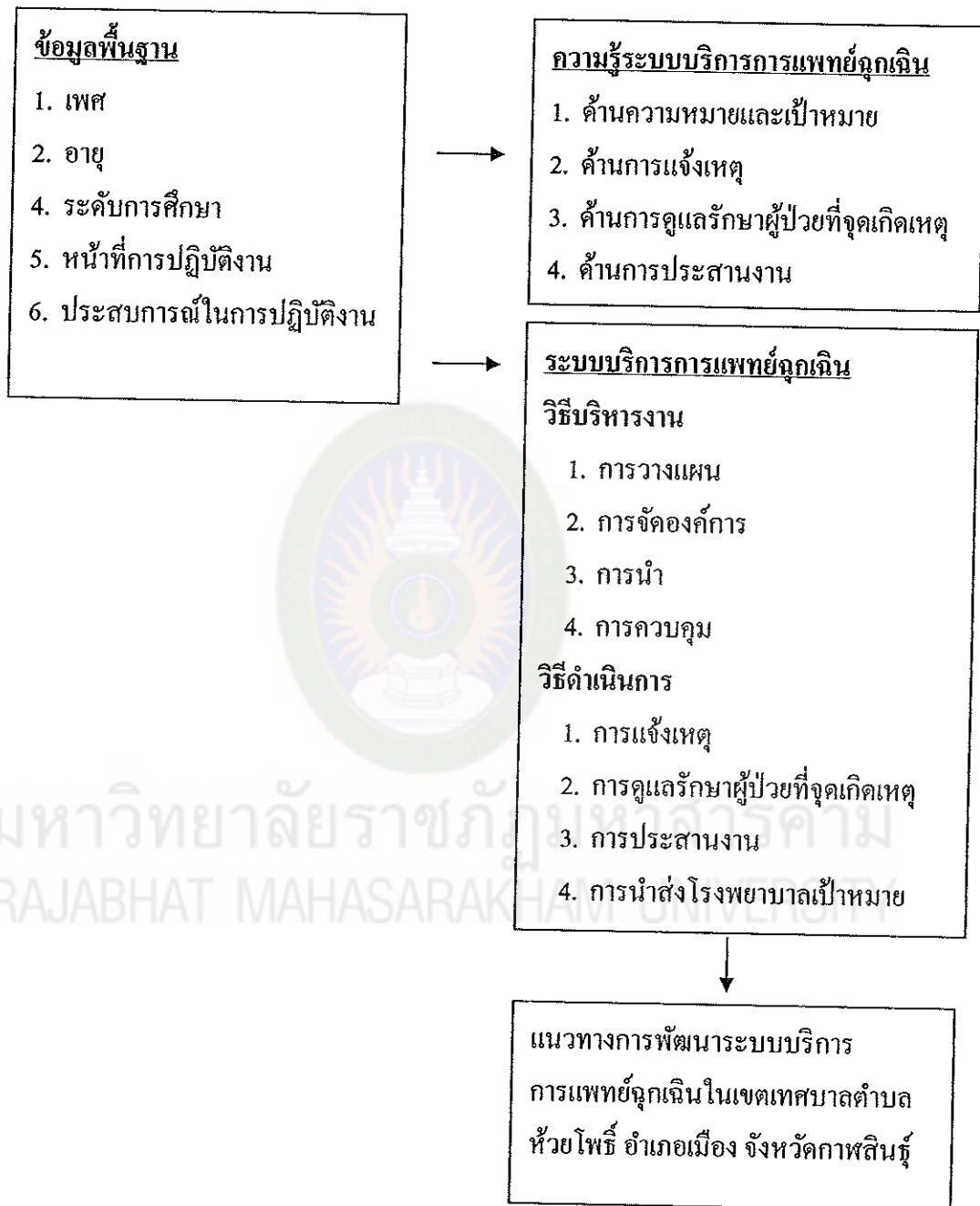
มิ่งขวัญ หนักแน่น และอนุชา เศรษฐเสถียร (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทาง 3 ประสาน 1 สื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลอุดรธานีได้ก่อตั้งดำเนินการหน่วยกู้ชีพนำร่องและอบรมให้เกิดหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาลชุมชน กรมการจังหวัดผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนอบรมสร้างเครือข่ายอาสาสมัครกู้ชีพระดับตำบลตั้งศูนย์รับแจ้งและส่งการที่โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อกำกับและให้คำปรึกษา การดูแลรักษาเบื้องต้น กรมการจังหวัดประชุมเพื่อติดตามข้อมูลเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหา ต่อเนื่อง ทำให้องค์ประกอบ 3 ส่วน (โรงพยาบาล – หน่วยกู้ชีพ – อาสาสมัครตำบล) และศูนย์สื่อสาร ดำเนินงานแล้วมีการเชื่อมโยงทั้งข้อมูลและการดำเนินพัฒนา มีจำนวนผู้ได้รับการช่วยเหลือตามระบบเพิ่มขึ้นทุกปีจนถึงประมาณ 3000 รายในปี 2548 โดยคุณภาพของการช่วยเหลือเบื้องต้น (ตรวจสอบช่วงนำส่งที่โรงพยาบาล) ดีขึ้นตามลำดับ

วชร เพรงมา และชลฤดี เหมือนรักษา (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วงเทศกาลปีใหม่ 2549 หน่วยกู้ชีพ เทศบาลตำบลภูค้ำน้ำใส อำเภอหนองบัว จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลภูค้ำน้ำใสได้จัดให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพไว้ช่วยเหลือผู้เกิดอุบัติเหตุในเขตตำบลภูค้ำน้ำใส และนำส่งสถานพยาบาลตามความเหมาะสม ตลอด 24 ชั่วโมง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รูปแบบการดำเนินงาน

เป็นการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การจัดระบบบริการในรูปแบบบูรณาการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาชน อาทิ เช่น อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภาครัฐและภาคเอกชนที่อยู่ในท้องที่ การดำเนินการประชุมผู้นำจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมหาแนวทางการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและลดอุบัติเหตุบนท้องถนน จัดบริการหน่วยกู้ชีพและสายตรวจ อปพร. ตลอดระยะเวลา 7 วัน มีอุบัติเหตุในตำบล 3 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 5 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต หน่วยกู้ชีพได้รับแจ้ง 1 ครั้ง และให้การช่วยเหลือจากการเยี่ยมบ้านและประเมินสอบถามผู้ใช้บริการพบว่า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับสูง

สรุป ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการสาธารณสุขเชิงรุกและเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพ ตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อให้เกิดการดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัว ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถในการประเมินและให้การแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิต ก่อให้เกิดการดูแลรักษาที่รวดเร็ว มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อลดการตาย พิการ และทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา