งานพัฒนาคุณภาพ

ผลการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

อัญชณา แจ่มแสงทอง พ.ป.ส.*

Abstract **The Result of the emergency medical services system Implementation in Chantaburi Province**

Anchana Jamsangtong D.N.S.*

* Department Chantaburi Provincial Public Health, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educate Center 2010;27:122-130

Descriptive studies were efficiency assessment for their was applied from Chantaburi result of management in EMS. Thailand national EMS guideline, and rechecked data validation pass back to Thailand national EMS report system during 2008-2009. The data were analyzed and the result are:-

The pattern management of EMS in Chantaburi Province selected in service and development that, system management, staff Mostly of EMS activities are done by Non-government Emergency Medical (NG-EMS) (55.98 percent, 58.46 percent). The patient were accident event (60.25 percent, 54.72 percent) in first response: FR (70.68 percent, 87.17 percent) first aid and refer (96.31 percent, 97.14 percent) Response time were in 10 munite. (88.14 percent, 88.10 percent) ALS were moderate of emergency level (56.6 percent, 60.67 percent) The first result of cure were stable level (73.7 percent, 73.1 percent) and the last result were normally, discharge (50.0 percent, 48.7 percent) . The result of BLS,FR were 15-44 year old (59.67 percent, 54.24 percent) the quality of service were satisfied, stop bleeding (69.05 percent, 71.4 percent) respiratory care (88.3 percent, 88.9 percent) and mobilization (74.8 percent, 78.2 percent). Result that increase from management pattern.

Key word : Emergency Medical service System, Result

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากการพัฒนาประเทศในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา นับจากที่ได้เริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 เป็นต้นมา มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศจากภาคเกษตรกรรมมาเป็นกึ่งอุตสาหกรรม วิถีชีวิตและวัฒนธรรมก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย จึงส่งผลกระทบถึงภาวะสุขภาพของประชากรไทย รูปแบบการเจ็บป่วยและการตายก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน โดยโรคติดเชื้อเดิมที่เคยเป็นปัญหา เช่น มาเลเรีย อหิวาตกโรค วัณโรค มีอัตราการตายลดลงอย่างชัดเจน แต่โรคไร้เชื้อกลับขยายตัวมากขึ้นและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคมะเร็ง ฯลฯ จนกระทั่งมีผู้กล่าวว่ารูปแบบลักษณะของโรคเปลี่ยนไปจากโรคที่เกิดจากความยากจนและขาดแคลน (Disease of poverty and deficiency) มาเป็นโรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง และฟุ่มเฟือย หรือโรคจากการพัฒนา (Disease of influence) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “อุบัติเหตุจราจร” ขณะนี้อุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายของคนไทยเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ ในปี 2539 คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 17,000 คน (Werawon Sateanrakarn and Rossukon Kangvallert,1997)[1] โดยกลุ่มของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15-34 ปี จะเห็นว่าเป็นวัยทำงานอันเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศ ในภาพรวมของประเทศทุกๆ 1 ชั่วโมง คนไทยจะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 2 คน บาดเจ็บสาหัส 6 คน และบาดเจ็บต้องไปโรงพยาบาลอีกกว่า 100 คน [1] ในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้ประเทศเหล่านี้สามารถช่วยชีวิตคนที่ไม่สมควรตายได้เป็นจำนวนมาก จำนวนคนพิการจากอุบัติเหตุก็ลดลง และความสูญเสียทางเศรษฐกิจก็ลดลงตามไปด้วยสำหรับประเทศไทยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้คำนวณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจร พบว่าประเทศไทยต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 61,079 - 92,290 ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 7-10 ล้านบาท และถ้าประเทศไทยลงทุนในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 71 ล้านบาทต่อปี จะให้ผลประโยชน์ที่ได้รับกลับมามากถึง 2,800 - 4,700 ล้านบาทต่อปี[2] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดขยายบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ในประเทศไทยให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญใหม่ ที่กล่าวว่าการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เมื่อประสบภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ทั้ง ณ ที่เกิดเหตุอย่างมีคุณภาพและทันท่วงที มีการนำส่งโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และได้รับการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยบุคลากรวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาและมีคุณภาพที่เหมาะสม นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับ[3] ดังนั้นจึงน่าจะต้องเป็นหน้าที่ของรัฐบาลในการจัดให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ เพื่อให้เป็นหลักประกันสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ประชาชนตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2540

จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บของจังหวัดจันทบุรีพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บร้อยละ 80[4] ถูกนำส่งโรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยประชาชน และผู้บาดเจ็บเพียงร้อยละ 10 ได้รับการ

ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นเพื่อเป็นการบรรเทาอาการเจ็บปวดและป้องกันความพิการการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่ง จังหวัดจันทบุรีจึงจัดหน่วยบริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุขึ้น ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีขณะนำส่งโรงพยาบาล โดยเริ่มให้บริการในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี และต่อมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกจังหวัดดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดจันทบุรี มีหน่วยงานบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า หน่วยกู้ชีพ 97 หน่วย กระจายในทุกตำบลทั่วจังหวัด โดยมีพยาบาลกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพ 2,469 คน มีรถพยาบาลและรถเครือข่ายกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียน 438 คัน ผู้วิจัยให้ความสนใจกับผลการดำเนินงาน ซึ่งจะสนับสนุนการพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี การกระจายของการปฏิบัติการฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ระดับพื้นฐาน และระดับเบื้องต้น

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยการรวบรวมเอกสารการดำเนินงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี และรวบรวมข้อมูลทางอิเลคทรอนิคส์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระหว่างปี 2551-2552

คำจำกัดความในการวิจัย

1. การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการแจ้งเหตุ ระบบการสื่อสาร บุคลากรและการอบรม กฎและระเบียบการเงิน การคลัง การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบข้อมูล การเตรียมความพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ และการประเมินผล การดำเนินงาน ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงการการติดตามผลการดำเนินงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี โดยประเมินผล ดังนี้

1.1 ผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมของจังหวัดจันทบุรี ในเรื่อง ระบบการแจ้งเหตุ ระบบการสื่อสาร หน่วยบริการ การจัดพื้นที่บริการ บุคลากรและการอบรม การเงินการคลัง การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน

1.2 ผลการดำเนินงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการในจังหวัดจันทบุรีในเรื่องการรับแจ้งเหตุสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานและขั้นต้น ระหว่างปี 2551-2552 ซึ่งเป็นฐานข้อมูลจากการบันทึกการปฏิบัติการในระบบอิเลคทรอนิค ของสถาบันบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานข้อมูลเฉพาะจังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ผลการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี และบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่บริการของศูนย์สั่งการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแนวทางการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีจากเอกสารคู่มือดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี พ.ศ.2552

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลจากการรายงาน การรับแจ้งเหตุ/สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงและระดับพื้นฐานของหน่วยปฏิบัติการในจังหวัดจันทบุรี ผ่านระบบอิเลคทรอนิคส์ ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในระหว่างเดือนมกราคม 2551 ถึงเดือนธันวาคม 2552 และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นฐานข้อมูลการดำเนินงานจัดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ดดยรวบรวมจากผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า หน่วยกู้ชีพ 97 หน่วย กระจายในทุกตำบล

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสร้างเครื่องมือตามองค์ประกอบของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี และทำการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ แนวทางการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ใช้กำหนดข้อคำถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวทางการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ตามแบบบันทึกการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการ แบบบันทึกการปฏิบัติงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง และแบบบันทึกการปฏิบัติงานของบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น

การวิเคราะห์และประมวลผล

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ด้วยกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) โดยประมวลผลการดำเนินงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 16 วิเคราะห์และใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และอธิบายผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี มีรูปแบบดังนี้ กำหนดโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี รูปแบบการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร (การพัฒนา การขึ้นทะเบียน หน่วยปฏิบัติการ) ศูนย์สั่งการ การสื่อสาร การประสานและสั่งการ การเงินการคลัง (การเบิกจ่าย) คณะกรรมการ การบริหารเครือข่าย ภาคี การมีส่วนร่วม สถานการณ์ การใช้บริการ ระบบข้อมูล การบันทึก การใช้แบบรายงาน และการรายงานข้อมูล ผลการดำเนินงาน ผลงานเด่น/การพัฒนานวัตกรรม มาตรฐาน คู่มือ แนวทาง การปฏิบัติงาน (ที่พัฒนาและใช้ปฏิบัติงาน) ตั้งแต่ปี 2549 ปัจจุบันขยายบริการจนประชาชนสามารถเข้าถึงระบบ ดำเนินการขยายเครือข่ายในระดับตำบล โดยประสานความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยกู้ภัยของอำเภอนั้นๆ และมีการเรียกใช้บริการหน่วยกู้ชีพครอบคลุมทุกตำบลในปี 2551 ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมือง และอุบัติเหตุจราจร มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1. การกำหนดบทบาทหน้าที่

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีมีงานการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้การดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบงานด้านสำนักงาน การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ประสานนโยบาย ควบคุมกำกับตรวจสอบ เบิกจ่ายงบประมาณ วิเคราะห์ประมวลผล สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ และการจัดการความรู้ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบ

2) โรงพยาบาลพระปกเกล้า รับผิดชอบศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สั่งการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการฝึกพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล ให้มีความรู้ ทักษะ และสามารถใช้วิทยุสื่อสารการสั่งการ รวมทั้งการบันทึกข้อมูล รับผิดชอบเป็นแม่ข่ายระบบปฏิบัติการด้านการให้บริการ สนับสนุนวิชาการเกี่ยวกับความรู้และฝึกปฏิบัติ

3) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวม 11 แห่ง ในจังหวัดจันทบุรีเป็นหน่วยปฏิบัติการและสนับสนุนวิชาการ เป็นแม่ข่ายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่ายระดับอำเภอ

4) โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง เป็นหน่วยปฏิบัติการ หน่วยสนับสนุนปฏิบัติการตามโซน

5) ภาคประชาชน หน่วยงานอาสมัครกู้ภัยสมาคมสว่างกตัญญูธรรมสถานและขลุงมูลนิธิจังหวัดจันทบุรี เป็นหน่วยปฏิบัติการ และอาสากู้ชีพระดับตำบล โดยอบต./เทศบาล เป็นหน่วยปฏิบัติการระดับเบื้องต้น

2. การแบ่งพื้นที่ให้บริการ แบ่งเป็น 4 โซนคือ โซนที่ 1 อ.เมือง/อ.ท่าใหม่/อ.มะขาม/อ.เขาคิชฌกูฏ โซนที่ 2 อ.นายายอาม/อ.แก่งหางแมว โซนที่ 3 อ.โป่งน้ำร้อน/อ.สอยดาวและโซนที่ 4 อ.ขลุง/อ.แหลมสิงห์ ปัจจุบันจังหวัดจันทบุรี มีหน่วยงานบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า หน่วยกู้ชีพ 97 หน่วย กระจายในทุกตำบลทั่วจังหวัด โดยมีพยาบาลกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพ 2,469 คน มีรถพยาบาลและรถ

เครือข่ายกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียน 438 คัน

3. ด้านบุคลากร (การพัฒนาการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)

1) บุคลากรในหน่วยปฏิบัติการ กรณีที่ 1. สร้างทีมใหม่-งานการแพทย์ฉุกเฉิน รับผิดชอบในการบริหารจัดการและงบประมาณ กรณี 2. ฟื้นฟูความรู้-แม่ข่ายระดับอำเภอ (รพช.) รับผิดชอบในการบริหารจัดการและงบประมาณ กรณี 3. สร้างเพิ่มเติม-หน่วยปฏิบัติการทุกระดับ รับผิดชอบในการบริหารจัดการและงบประมาณ สสจ. และรพช. ให้การช่วยเหลือและสนับสนุน

2) จัดการความรู้ระดับจังหวัด งานการแพทย์ฉุกเฉิน รับผิดชอบในการบริหารจัดการและงบประมาณระดับอำเภอ รพช. รับผิดชอบในการบริหารจัดการและงบประมาณ

ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

ประกอบด้วยผลการปฏิบัติงานของการแจ้งเหตุและสั่งการ ผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น (พื้นฐาน)

2.1 ข้อมูลการรับแจ้งเหตุ/สั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดจันทบุรี พบว่าปี 2551 และ2552 ผู้รับบริการมากที่สุดในเดือนธันวาคม ร้อยละ 23.7 และ ร้อยละ 10.6 รับแจ้งเหตุ จากหน่วยกู้ชีพมากที่สุด ร้อยละ 55.98 ร้อยละ 58.5 เหตุที่ได้รับแจ้งมากที่สุด คืออุบัติเหตุการจราจร ร้อยละ 60.25 ร้อยละ 54.72 บริการส่วนใหญ่เป็นบริการระดับปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น (FR) ร้อยละ 70.68 และร้อยละ 87.17 โดยการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุส่วนใหญ่รักษาและนำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 96.31 และร้อยละ 97.14 ระยะเวลาในการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกปฏิบัติงานภายใน 10 นาที มากที่สุดร้อยละ 88.14 และร้อยละ 88.10 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรับแจ้งเหตุสั่งการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีจำแนกตามระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงหน่วยออกปฏิบัติการ (Response time) และ onscene time ปี 51-52

คุณภาพการให้บริการ	ผู้รับบริการปี 51		ผู้รับบริการปี 52	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Response time ใน 10 นาที	3,322	88.14	4,658	88.10
onscene time ใน 10 นาที	3,509	93.10	4,953	93.68

2.2 ข้อมูลการปฏิบัติการของหน่วยบริการระดับสูง ปี 2551-2552 ผู้รับบริการเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.02 และร้อยละ 39.59 มีอาการรุนแรง ปานกลาง ร้อยละ 56.60 และร้อยละ 60.67 คุณภาพการช่วยเหลือด้านการช่วยการหายใจ ร้อยละ 47.38 และร้อยละ 89.26 การใช้ spinal board ร้อยละ 27.77 และ 39.57 ด้านการห้ามเลือดใน ร้อยละ 9.29 ร้อยละ 16.42 การทำ CPR ร้อยละ 11.94 และร้อยละ 14.31 และการช่วยเหลือด้วยการดามกระดูก ร้อยละ 9.04 และร้อยละ 16.0 ผลการรักษาขั้นต้นอาการคงเดิม ร้อยละ 73.7 ร้อยละ 73.1 (ตารางที่ 2) ผลการรักษาสุดท้ายพบว่าส่วนใหญ่อาการทุเลา รักษาต่อที่บ้าน ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 48.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ การบริการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามผลการรักษาขั้นต้น ปี 2551-2552

ปี		ผลขั้นต้น					
		คงเดิม	ทรุดหนัก	ทุเลา	การช่วยเหลือก่อนการเสียชีวิต	เสียชีวิต	ไม่มีการรักษา
2551	จำนวน (ร้อยละ)	350(73.7)	33(6.9)	18(3.8)	14(2.9)	14(2.9)	46(9.7)
2552	จำนวน (ร้อยละ)	394(73.1)	29(5.4)	26(4.8)	12(2.2)	19(3.5)	59(10.9)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี จำแนกตามผลการรักษาขั้นสุดท้ายปี 2551-2552

ปี	ผลสุดท้าย							
	ขอกลับไปรักษาที่บ้าน	ตามแล้วไม่ทราบผล	ทุเลา พักรักษาต่อที่บ้าน	ยังอยู่ในรพ.	ยังไม่ทราบผล	ส่งรักษาต่อ รพ.อื่น	หายเป็นปกติ	เสียชีวิต
2551	2(0.5)	0(0)	211(50.0)	21(5.0)	0(0)	101(23.9)	24(5.7)	63(14.9)
2552	3(0.6)	2(0.4)	231(48.7)	12(2.5)	0(0)	116(24.5)	28(5.9)	82(17.3)

2.3 ข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น ระดับกลาง และระดับต้น ปี 2551, 2552 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 15-44 ปี ร้อยละ 59.67 และร้อยละ 54.24 มีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 54.18 คุณภาพการดูแล ณ จุดเกิด ด้านการห้ามเลือดทำเหมาะสม ร้อยละ 69.05 และร้อยละ 71.4 ทางเดินหายใจทำเหมาะสม ร้อยละ 88.3 และร้อยละ 88.9 การดามกระดูกทำเหมาะสม ร้อยละ 74.8 และร้อยละ 78.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น จำแนกคุณภาพการช่วยเหลือ ฯ จุดเกิดเหตุ ปี 2551-2552

การช่วยเหลือ	ปี	ผลประเมินการ (จำนวน/ร้อยละ)				
		ไม่จำเป็น	ไม่ได้ทำ	ทำไม่เหมาะสม	ทำและเหมาะสม	รวม
การห้ามเลือด	2551	249(7.2)	812(23.4)	16(0.5)	2398(69.0)	3475
	2552	493(9.5)	958(18.4)	36(0.7)	3712(71.4)	5199
การช่วยทางเดินหายใจ	2551	94(2.7)	293(8.4)	19(0.5)	3068(88.3)	3474
	2552	153(2.9)	389(7.5)	33(0.6)	4624(88.9)	5199
ดามกระดูก	2551	147(4.2)	700(20.1)	29(0.8)	2599(74.8)	3475
	2552	206(4.0)	885(17.0)	44(0.8)	4063(78.2)	5198

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีในปี 2551-2552

1. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดจันทบุรีมีผลการดำเนินงาน พบว่ามีผู้รับบริการทุกเดือน โดยเดือนธันวาคมมีผู้รับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 23.7, ร้อยละ 10.6) รับแจ้งเหตุจากหน่วยกู้ชีพ (ร้อยละ 55.98, ร้อยละ 58.46) หน่วยที่ออกปฏิบัติการมากที่สุดคือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น (FR) (ร้อยละ 70.68, ร้อยละ 87.17) เหตุอุบัติเหตุมากที่สุด (ร้อยละ 60.25, ร้อยละ 54.72) ซึ่งในจังหวัดจันทบุรี ให้การรักษาและนำส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 97.31, ร้อยละ 97.14) ระยะเวลาในการรับแจ้งเหตุและสั่งการให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกปฏิบัติงานภายใน 10 นาทีมากที่สุด (ร้อยละ 88.14,ร้อยละ 88.10)

2. ผลการปฏิบัติการของหน่วยบริการระดับสูง มีอาการรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 56.60, ร้อยละ 60.67) ให้การช่วยเหลือด้วยการช่วยหายใจ (ร้อยละ 47.38, ร้อยละ 89.96 การใช้ spinal board (ร้อยละ 27.77,ร้อยละ 39.57) ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) (ร้อยละ 11.94, ร้อยละ 14.31) และช่วยเหลือด้วยการดามกระดูก (ร้อยละ 9.04, ร้อยละ 16.00) ผลการรักษาขั้นต้นอาการคงเดิม (ร้อยละ 73.7, ร้อยละ 73.1) ผลการรักษาสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่อาการทุเลา รักษาต่อที่บ้าน (ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 48.7)

3. ผลการปฏิบัติงานระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น กลุ่มอายุ 15-44 ปี (ร้อยละ 59.67, ร้อยละ 54.24) ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์บริการในระดับประเทศ (สำนักงานวิจัย, 2552)[5] ที่พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 1-5 ปี ในเพศชายและกลุ่มอายุ 16-20 ปี ในเพศหญิง อันเนื่องมาจากในจังหวัดจันทบุรีประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำการเกษตร กลุ่มวัยทำงานยังคงทำงานอยู่ในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่และให้การดูแลกลุ่มวัยเรียนด้วยตนเอง คุณภาพการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ด้านการห้ามเลือดส่วนใหญ่ทำเหมาะสม (ร้อยละ 69.05, ร้อยละ 71.4) ทางเดินหายใจ ทำเหมาะสม (ร้อยละ 88.3 ร้อยละ 88.9) การดามกระดูก ทำเหมาะสม (ร้อยละ 74.8, ร้อยละ 78.2)

ซึ่งจะพบว่าผลการดำเนินงานการแพทย์จังหวัดจันทบุรี ในปี 2552 ด้านปริมาณและคุณภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2551 ทั้งบริการของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยระดับสูงและหน่วยบริการระดับเบื้องต้น ระดับกลางและต้น อย่างชัดเจน เนื่องมาจากจังหวัดจันทบุรีได้นำแนวทางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางหลักโดยมีรูปแบบที่ชัดเจนในเรื่อง การกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนทุกหน่วยรวมถึงภาคประชาชนซึ่งมีมูลนิธิองค์กรการกุศล 2 แห่งในจังหวัดจันทบุรีมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในส่วนภาคประชาชนอย่างชัดเจน รวมไปถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น ครอบคลุมในทุกพื้นที่ 97 หน่วย มีรถบริการถึง 438 คัน และมีบุคลากร 2,000 กว่าคน ซึ่งถือเป็นอัตรากำลังสำคัญในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเทียบเคียงเท่ากับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาล จะเห็นว่าการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมบริการประชาชนทุกพื้นที่ จำเป็นอย่างในการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

สอดคล้องกับผลการศึกษาในระดับประเทศ (สำนักงานวิจัย, 2552) นอกจากนี้มีการแบ่งพื้นที่เป็น 4 โซนตามลักษณะภูมิประเทศผสมผสานกับความสามารถในการรับส่งต่อของหน่วยบริการในแต่ละระดับทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนด้านการพัฒนาบุคลากรประกอบด้วยการอบรมใหม่ การฟื้นฟูและการจัดการความรู้ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระหว่างเครือข่ายน่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกระบวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายหน่วยปฏิบัติการในจังหวัดจันทบุรี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของศูนย์ปฏิบัติการระดับตำบลซึ่งสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี

3. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาบริการจากอุบัติเหตุการจราจรไปสู่การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอุบัติภัยต่างๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมวิชาการด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย ครั้งที่ 1 วันที่ 5-7 กรกฎาคม 2542 ณ โรงแรมเอสดีอเวนิว กรุงเทพฯ. จัดโดยสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ และสาธารณภัย กรมการแพทย์.
2. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. กรุงเทพ : L.T. Press Co.,Ltd, 2548.
3. สมชาย กาญจนสุต. คู่มือการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินศูนย์กู้ชีพนเรนทร. โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด, 2542.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี พ.ศ.2551- 2552. : ม.ป.พ, 2552.
5. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.ปปม, 2552