



www.niems.go.th

สารเครือข่าย การแพทย์ฉุกเฉิน

ปีที่ 3 : ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2560 ฉบับที่

09



เปิดบ้าน “งานการแพทย์ฉุกเฉิน”

- การใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ
- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน
- อจช. อาสาฉุกเฉินชุมชน ประโยชน์ที่คนไทยได้รับ
- นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน FIELDHEAD SAVER ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินฯ
- นวัตกรรมรอกยกถังออกซิเจน (Easy Oxy-Transfer)
- EMS 1669 SMART CARD

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



บทบรรณาธิการ

นับตั้งแต่ปี 2556 ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ มูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน และได้มีการพัฒนาการแจ้งเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยใช้ระบบโทรศัพท์วีดีโอผ่านบริการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับบกพร่องทางการได้ยิน ใน 42 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร และจะดำเนินการเต็มทุกพื้นที่ภายในปี 2561 นี้

นอกจากนี้สารเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินฉบับนี้ ยังได้นำเสนอเรื่องราวของเครือข่ายภาคประชาชนเกี่ยวกับการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ซึ่งเป็นบุคลากรที่เป็นคุณประโยชน์ต่อการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการดูแลเบื้องต้นในชุมชนและครอบครัว ตลอดจนนวัตกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน คือ นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน และ นวัตกรรมรถยกถังออกซิเจน ที่เป็นตัวอย่างที่ดีจากพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีบทความทางวิชาการ เรื่อง การใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) ซึ่งมีความจำเป็นในการใช้สำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น

สารเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน จะเป็นพื้นที่สื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ หากมีข้อเสนอแนะ เรายินดีพัฒนาและปรับปรุง ให้เป็นประโยชน์ต่อทุกท่าน



สารบัญ

3

การใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ
Automated External Defibrillator, AED

6

อฉช. อาสาฉุกเฉินชุมชน ประโยชน์ที่คนไทยได้รับ

8

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือ
ผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน

11

นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน
FIELDHEAD SAVER

13

นวัตกรรมรถยกถังออกซิเจน
(Easy Oxy-Transfer)

15

EMS 1669 SMART CARD

◆ ที่ปรึกษา

เรืออากาศเอกนายแพทย์อัษฎริยะ แพงมา
ดร.นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย
นายแพทย์สัญญาชัย ชาสสมบัติ

◆ บรรณาธิการ

นายพิเชษฐ์ หนองช้าง

◆ ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวนิษฐา ภูสีมุงคุณ
นางสาวชฎารัตน์ เกิดเรียน

◆ กองบรรณาธิการ

นายพงษ์พิชฌ ตรีธรรมานูสาร
ว่าที่ร้อยเอกอรณพ สุขไพบุลย์
นายบัณฑิต พิระพันธ์
นางนวันนันทน์ อินทร์รักษ์
ว่าที่ร้อยตรีภรณ์ ศรีวัฒนบุรพา
นางพัชรี รมณี
นางสาวเทียมจันทร์ ฉัตรชัยกันนัท

◆ ติดต่อประสานงาน

email : chadarat.k@niems.go.th

การใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ

Automated External Defibrillator, AED



ผศ.นพ.ไชยพร ยุทธิชัย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติหรือ AED เป็นอุปกรณ์ที่สามารถวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยได้โดยอัตโนมัติ ถ้าคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบที่ช็อคไฟฟ้าหัวใจได้ คือ ventricular fibrillation (VF) หรือ pulseless ventricular tachycardia (VT) เครื่อง AED จะทำการช็อคไฟฟ้าหัวใจโดยอัตโนมัติ แต่ถ้าเครื่อง AED วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบที่ไม่ต้องช็อคไฟฟ้าหัวใจ เครื่อง AED จะไม่ทำการช็อคไฟฟ้าหัวใจและเครื่องจะแนะนำให้ผู้ช่วยเหลือกดหน้าอกต่อไป

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินมีประกาศ เรื่อง กำหนดให้การใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติเป็นการปฐมพยาบาล ในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 22 เมษายน 2558 ทำให้ประชาชนทั่วไป (lay rescuer) สามารถใช้เครื่อง AED ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือหมดสตินอกโรงพยาบาลได้

จากการศึกษาคลื่นไฟฟ้าหัวใจในกลุ่มผู้รอดชีวิต ส่วนมากเป็น ventricular fibrillation (VF) ซึ่งอัตราการรอดชีวิตมีความสัมพันธ์กับเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วยหมดสติจนถึงเวลาที่ได้รับการช็อคไฟฟ้าหัวใจ โดยผู้ที่ได้รับการช็อคไฟฟ้าหัวใจ ภายในระยะเวลา 4 นาที หลังจากที่ผู้ป่วยหมดสติและมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ ventricular fibrillation มีโอกาสรอดชีวิตถึงร้อยละ 40 แต่ถ้าได้รับการช็อคไฟฟ้าหัวใจหลังจาก 10 นาที โอกาสรอดชีวิตกลับลดลงเหลือร้อยละ 10¹

เครื่อง AED ควรมีการกระจายอยู่ในที่สาธารณะเพื่อประชาชนทั่วไปจะได้เข้าถึง AED ได้อย่างรวดเร็ว และควรมีการติดตั้ง AED ในโรงพยาบาลด้วยเพื่อเพิ่มโอกาสการช็อคไฟฟ้าหัวใจครั้งแรกให้เร็วขึ้น (ควรทำภายใน 3 นาทีหลังจากที่ผู้ป่วยหมดสติ)

เครื่อง AED สามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มอายุ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 8 ปีควรใช้อุปกรณ์ที่ลดพลังงานไฟฟ้าลง (dose-attenuator) แต่ในกรณีที่ไม่มีหรือไม่สามารถหาอุปกรณ์ที่ลดพลังงานไฟฟ้าได้ ให้ใช้ AED ของผู้ใหญ่ได้

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยหมดสติและการใช้ AED

เมื่อพบเห็นผู้ป่วยหมดสติมีขั้นตอนในการประเมิน คือ

1. การประเมินความปลอดภัยของสถานการณ์ โดยสถานการณ์ต้องมีความปลอดภัยก่อนที่จะเข้าทำการช่วยเหลือ
2. ปลุกเรียกผู้ป่วยด้วยเสียงที่ดังและตบไหล่ทั้งสองข้าง



3. ถ้าไม่มีการตอบสนอง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (health care provider) ให้ทำการคลำชีพจรที่คอ (carotid artery) โดยใช้เวลาไม่เกิน 10 วินาที ถ้าคลำไม่พบชีพจรให้ปฏิบัติข้อ 4 ต่อไป

สำหรับประชาชนทั่วไป (lay rescuer) ไม่มีความจำเป็นต้องคลำชีพจรที่คอ



4. โทรขอความช่วยเหลือที่หมายเลข 1669 และนำเครื่อง AED ที่อยู่ใกล้ที่สุดมา



5. ทำการกดหน้าอกกู้ชีพตามเกณฑ์มาตรฐาน

หลังจากนำเครื่อง AED มาแล้วให้ปฏิบัติ ดังนี้

1. เปิดเครื่อง AED โดยการกดปุ่มเปิดเครื่องหรือเปิดฝาครอบ (ขึ้นกับแต่ละบริษัท) หลังจากนั้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเครื่อง (ซึ่งมีคำแนะนำเป็นภาษาไทย)



2. ติดแผ่น AED หรือแผ่นนำไฟฟ้า บริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าด้านขวา และชายโครงด้านซ้ายด้านข้างลำตัว (ดังรูป) โดยขณะติดแผ่นนำไฟฟ้าต้องไม่หยุดกดหน้าอก



ในกรณีที่ผู้ป่วยมีขนหน้าอกปริมาณมาก อาจทำให้แผ่นนำไฟฟ้าติดแน่นไม่สนิทกับทรวงอก ซึ่งอาจทำให้เครื่อง AED ไม่สามารถวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ แนะนำให้กดแผ่นนำไฟฟ้าให้แนบสนิทกับทรวงอกหรือโกนขนหน้าอกออกก่อนทำการติดแผ่นนำไฟฟ้า

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่หมดสติจากการจมน้ำหรือบริเวณทรวงอกของผู้ป่วยเปียกน้ำต้องทำการเช็ดให้แห้งก่อนทำการติดแผ่นนำไฟฟ้า

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีการติดตั้งเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติชนิดถาวร (Automated Implantable Cardioverter- Defibrillator, AICD) หรือเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (pacemaker implantation) ไม่ติดแผ่นนำไฟฟ้าลงบนตัวเครื่อง โดยสามารถติดแผ่นนำไฟฟ้าในแนวหน้า-หลัง ตามแนวของหัวใจก็ได้ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการช็อตไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน

3. หลังจากทีติดแผ่นนำไฟฟ้าแล้ว เครื่อง AED จะทำการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยเครื่องจะส่งสัญญาณ “ห้ามสัมผัสตัวผู้ป่วย” เพราะอาจทำให้การวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดพลาด



4. ถ้าเครื่อง AED วิเคราะห์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วเป็น ventricular fibrillation (VF) หรือ pulseless ventricular tachycardia (VT) เครื่องจะทำการช็อตไฟฟ้าหัวใจ โดยเครื่องจะส่งสัญญาณ “กดปุ่มช็อต” ผู้ช่วยเหลือที่ทำการช็อตไฟฟ้าหัวใจ ต้องพูดออกเสียง “ฉันทอย คุณถอย ทุกคนถอย” และทำการกดปุ่มช็อตไฟฟ้าหัวใจ หลังจากนั้นทำการกดหน้าอกกู้ชีพต่อไป



5. ในกรณีที่ AED วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดที่ไม่ต้องช็อตไฟฟ้า เครื่องจะแนะนำให้ผู้ช่วยเหลือทำการกดหน้าอกกู้ชีพต่อไป

6. หลังจากกดหน้าอกกู้ชีพไปแล้ว 2 นาที เครื่อง AED จะทำการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจอีกครั้งและจะทำการวิเคราะห์ต่อไปทุกๆ 2 นาที



เอกสารอ้างอิง

1. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, Halperin HR, Hess EP, Moitra VK, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support : 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl 2):S444-64.

ขอบคุณ : 1. นายชัชวิชัย ศิลารักษ์ 2. นางสาวเบญจมาศ สงกาทิ

อฉ. อาสาฉุกเฉินชุมชน ประโยชน์ที่คนไทยได้รับ

ภารกิจ รอดเจริญ

พี่ทิด พี่จิด ชื่อที่น้องๆ ในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรียกขาน หรือนามจริงว่าพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมมานุสาร ประจำ กองบรรณาธิการสารเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งคำเชื้อเชิญให้ผมเขียนบทความให้หน่อยจะเอาไปลงสารเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเนื้อหาประมาณว่ามีแรงบันดาลใจอะไรที่ผมไปจัดการอบรม อฉ. หรือคำเต็มๆ ว่า อาสาฉุกเฉินชุมชน ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ เริ่มต้นยังไง ทำอะไรที่ไหน เมื่อไหร่ หากมีใครหรือพื้นที่ใดยอยากทำ อยากให้เกิด อฉ. บ้างจะมีวิธีแนะนำอย่างไร

สิ่งแรกผมก็ต้องรับปากด้วยความยินดีและขอบพระคุณ ที่ชวนให้เขียนบทความลงสารเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน ผมขออนุญาตเขียนแบบเล่าไปเรื่อยๆ แล้วกันนะครับ เพราะว่า คงต้องคุยให้ฟังถึงจุดเริ่มต้นที่จะเข้ามาร่วมงานกับทางสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ก่อน

ปกติงานของผมจะไม่มีอะไรที่ข้องเกี่ยวกับความเจ็บไข้ ได้ป่วยเลย ไม่ว่าจะทางใดหรือเครือข่ายใดที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น เครือข่ายมะเร็ง เครือข่ายเบาหวาน เครือข่ายโรคไต หรืออาสา มูลนิธิใดๆ เป็นต้น ทำอยู่ก็เกี่ยวกับเรื่องแรงงานเพราะมีอาชีพเป็น กรรมกรอยู่ที่การทำเรือฯ เป็นพนักงานจัดเรียงสินค้า เป็น กรรมกรการสหภาพแรงงาน ช่วยทำงานเป็นนายทะเบียน ที่เครือข่ายประชาชนต้านคอร์รัปชัน (คปต.) อยู่

เริ่มเข้าสู่วงการแพทย์ฉุกเฉินโดยการชักชวนจากพี่จุฬา สดบรรทัด ที่ทำงานหลายด้านมาก และเป็นอดีตประธานเครือข่าย ประชาชนต้านคอร์รัปชัน (คปต.) ชวนให้เป็น “คณะทำงานพัฒนา เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินภาคประชาชน” โดยบอกว่าขณะนี้ทาง สพฉ. ต้องการภาคประชาชนเข้าไปช่วยงาน

เบื้องต้นฟังปุ๊บ ปฏิเสธปั๊บเลย เพราะไม่มีความรู้ทางด้านนี้เลยแม้แต่นิดเดียว พี่จุฬาก็บอกเข้าไปช่วยงานเถอะ ขอให้เข้าไปช่วยกันคิดช่วยกันเสนอแนะ แรกๆ อาจจะไม่รู้ก็เข้าไปศึกษา เดี่ยวก็ช่วยกันทำงานได้ ผมก็เลยตอบตกลง โดยบอกว่า ผมเริ่ม จากความรู้ที่คุ้นเคย พี่จุฬาก็ให้กำลังใจ

เมื่อถึงวันประชุมคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายการแพทย์ ฉุกเฉินภาคประชาชน วันแรก ก่อนขึ้นห้องประชุม ผมเดินเข้าไป ในตึกสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ก็เจอคนสวมเสื้อน้ำเงิน ปักด้านหลังด้วยตัวเลข 1669 ยิ่งงงว่ามันคืออะไร ทำไมต้อง สวมเสื้อที่ปักด้วยเลข 1669 ด้วย วันนั้นขึ้นไปประชุมที่ชั้น 6 ห้อง ประชุม 601 เจอผู้มาประชุมหลายคน ผมไม่รู้จักใครเลย พี่จุฬาก็ยังไม่มาแต่ในฐานะคนชอบคุยก็ตีเนียนยกมือไหว้ทักทายทุกคน จนถึงเวลาเข้าห้องประชุม มีท่าน ดร.นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นประธาน ที่ประชุม ท่านอาจารย์ไพโรจน์เปิดประชุมเสร็จก็พูดถึงภารกิจ ต่างๆ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป้าหมายที่จะทำ สิ่ง ที่ทำไปแล้ว และสิ่งที่กำลังจะทำ ฟังไปจดไป เริ่มออสโมซิสความรู้ จากอาจารย์ไพโรจน์ไปที่ละนิด ฟังทันมั่งไม่ทันมั่ง จดทันมั่งไม่ทัน มั่ง ก็พยายามใช้โทรศัพท์ถ่ายสไลด์ไว้ในหลายๆ เรื่องที่ฟังและจด ไว้ สะดุดใจอยู่เรื่องหนึ่งคือเรื่องของ อฉ. หรือชื่อเต็มๆ ว่า อาสา ฉุกเฉินชุมชน ฟังแล้วคิดว่าเรื่องนี้เป็นประโยชน์กับชาวบ้านทั่วๆ ไปมาก เป็นเป้าหมายอย่างหนึ่งของ สพฉ. ที่ต้องการให้มี อฉ. อย่างน้อยครัวเรือนละ 1 คน จำนวน 20 ล้านครัวเรือน

ฟังทีแรกก็ยังไม่ค่อยเข้าใจกับ “การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หรือ “อาการเจ็บป่วย” ซึ่งไม่ใช่ “โรคเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ซึ่งพอสรุป ได้ว่า “การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หรือ “อาการเจ็บป่วย” มีข้อบ่งชี้อยู่ 9 หัวข้อ เช่น หหมดสติ ซึ้อค สละสลิมสะลือ เรียกไม่รู้สีกตัว เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ปากเขียว อ่อนแรงครึ่งซีกฉับพลัน ชักเกร็ง ชักกระตุก ปวดท้องรุนแรง เป็นต้น อาจารย์พูดถึง การเจ็บป่วย ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่มีความ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ณ ที่เกิดเหตุอย่างทันท่วงทีเพื่อนำ ส่งสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ ทาง สพฉ. จึงสนับสนุนและริเริ่มให้ประชาชนที่มีจิตอาสาได้รับการ ฝึกอบรมหรือให้ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นโดยสมัคร เข้าเป็น อฉ. หรือ อาสาฉุกเฉินชุมชน โดย อฉ. มีบทบาท หลักๆ คือ

1. ประเมิน/รับรู้อาการฉุกเฉินที่ต้องแจ้งเหตุ
2. แจ้งเหตุเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุผ่านสายด่วนหมายเลข 1669
3. ช่วยเหลือปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น รวมทั้ง

สื่อสารแจ้งข่าวให้คนในชุมชนสามารถป้องกันตัวเองและคนใกล้ตัว จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้

ประชุมเสร็จ ผมมีความคิดอยู่ในหัวเลยว่าผมต้อง จัดอบรม อฉ. ที่บางกะเจ้าบ้านเกิดของผมให้ได้ เพราะเห็นว่ามี ประโยชน์มาก จากนั้นอีก 2 เดือนต่อมามีการประชุมคณะทำงาน อีกครั้งหนึ่ง ได้รับความรู้จากท่านอาจารย์ไพโรจน์แน่นขึ้น บอก กับตัวเองเลยว่าต้องจัดอบรม อฉ. ให้เร็วที่สุด กลับถึงบ้านตอน ค่าๆ โทรหาพี่ทิด หรือพี่จิดว่า “ถ้าผมจะจัดอบรม อฉ. จะต้อง ทำอย่างไรบ้าง” พี่ทิดแนะนำให้คุยกับคุณมยุรี เหมือนเดช โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นที่ตั้งศูนย์เรนทรฟิงได้ ให้เบอร์ โทรศัพท์มาเรียบร้อย วันรุ่งขึ้นจึงได้โทรศัพท์หาหรือกับพี่มยุรี แล้ว

นัดวันเวลาที่จะไปพบที่ศูนย์เรนทรพิงใต้ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่มียูริให้รายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรม ออช. ทั้งค่าใช้จ่ายวิทยากรและค่าใช้จ่ายอื่นๆ สรุปว่าทุกอย่างพร้อม ยกเว้นกรณีการจัดวันหยุดราชการ ต้องจ่ายค่าวิทยากรคนละ 1,800 บาท ตกลงผมจัด วันธรรมดาที่จะจ่ายค่าวิทยากรเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ทีมวิทยากร จากนั้นผมได้นำข้อมูลพร้อมรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการจัดอบรม ออช. เดินดุ่มๆ เข้าไปหารือกับทาง อบต. คุยกับเจ้าหน้าที่ คุยกับนายกฯ ทาง อบต. ให้เสนอโครงการเข้าไปเพราะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อประชาชน การอบรมทุกอย่างเบิกได้ตามระเบียบของทางราชการโดยใช้งบของ สปสช. แต่ทางปลัดบอกว่าควรจะมีสื่อ

ให้ผู้อบรมหน่อย แต่เบิกไม่ได้ต้องให้ผมออกเอง ผมบอกไม่มีปัญหา เดี๋ยวผมหาสปอนเซอร์ หาไม่ได้ผมออกเอง ผมไปติดต่อขอสื่อจากการท่าเรือแห่งประเทศไทย ได้มาครบตามจำนวน แต่ถึงเวลาจริงสื่อที่ได้มาตัวเล็กผู้เข้าร่วมอบรมใส่ไม่ได้ ต้องไปซื้อเพิ่ม หมดไปหลายบาทเหมือนกัน เป้าหมายของผู้ที่เข้าอบรม ผมต้องการ **อสม. 15 คน เจ้าหน้าที่ อบต. 15 คน และชาวบ้านอีก 10 คน** สาเหตุที่อยากได้ อสม. และเจ้าหน้าที่ อบต. เพราะผมตั้งใจจัด **อีกรุ่นหนึ่ง และคนเหล่านี้แหละ ถ้าเห็นว่าการอบรม ออช. เป็นสิ่งดีมีประโยชน์จะได้บอกต่อ** ผมตั้งใจจัดอบรม 2 รุ่น เพื่อจัดเสร็จแล้วจะเอาเป็นตัวอย่างไปนำเสนอ อบต. อื่นๆ ให้จัดตามเพื่อเพิ่มจำนวน ออช.



ทุกอย่างทำท่าจะราบรื่น กลับมีอุปสรรคเกิดขึ้นเมื่อเจ้าหน้าที่ อบต. แจ้งว่า โครงการที่ผมนำเสนอไปนั้นตามระเบียบผมเสนอเองไม่ได้ ต้องมีองค์กรเสนอ เช่น กลุ่ม อสม. ชมรม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อบต. ผมเตรียมจะไปขอให้ทาง อสม. ทำเรื่องให้ แต่โชคดี ทางปลัด อบต. เป็นคนเสนอให้ และการอบรม ออช. รุ่นแรก ของ อบต.บางกะเจ้า ก็เกิดขึ้นและผ่านไปได้ด้วยดีจากการสนับสนุนของหลายๆ ภาคส่วน

การอบรมมีทั้งวิชาการที่ให้ความรู้หลายๆ อย่างที่ผู้คนส่วนใหญ่เข้าใจผิดมาโดยตลอด เช่น เมื่อโดนน้ำร้อนลวก ไฟลวก ต้องเอาน้ำปลาราดหรือเอายาสีฟันมาพอก ซึ่งจริงๆ ต้องเอาของเย็นมาล้างของร้อน เป็นต้น ช่วงบ่ายๆ เป็นการฝึก CPR หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ



หลังจากอบรมเสร็จ มีการให้ตอบแบบสอบถาม มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 20 คน โดย 19 คน บอก “ดีมาก” และ อีก 1 คน บอกว่า “ดี” หลังจากวันนั้นมีผู้คนสอบถามว่าเมื่อไหร่จะจัดอีก ก็บอกไปว่ารอผมมีสตางค์อีกนิดนึง ตอนนั้นก็ไปทาบตาม ทาง รพ.สต.บางกะเจ้า ไว้แล้วให้เป็นผู้เสนอจัด แล้วเดี๋ยวผมลุยเอง เสียเงินเท่าไรไม่ว่า ถ้าพอมีกำลังที่จะเสีย ด้วยความคิดที่ว่า **“ถ้าคนที่ผ่านการอบรม ออช. ไปแล้ว สามารถใช้ความรู้ให้ตัวเองรอดตายหรือช่วยผู้อื่นให้รอดตายแม้แต่คนเดียวผมว่าคุ้มเกินคุ้ม”**



การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน

พัชรี รนที

ผู้จัดการงานบริหารเครือข่าย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จุดเริ่มต้นจากการลงนามบันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน ระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับ มูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2556 ณ ปัจจุบัน ใช้งบประมาณ 2560 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับมูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ ได้ขับเคลื่อนดำเนินการ เริ่มจากการศึกษาพื้นที่โดยการเยี่ยมชมสำรวจโครงสร้างพื้นฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669 ในพื้นที่ 7 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี อุบลราชธานี หนองบัวลำภู และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือดังกล่าว รวมถึงการเตรียมความพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นและใช้ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด อาทิ เช่น คอมพิวเตอร์ระบบปฏิบัติการตั้งแต่ version 7 ขึ้นไป อินเทอร์เน็ตขั้นต่ำ 10 Mbps/1 Mbps พร้อมอุปกรณ์กล้อง ลำโพง ไมโครโฟน เป็นต้น

เนื่องจากโครงการเริ่มดำเนินการเลยช่วงกลางปีงบประมาณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและจังหวัดไม่ได้บรรจุโครงการไว้ในแผนงานโครงการปกติ ทำให้ไม่มีงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์พื้นฐานให้กับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ผู้บริหารระดับสูงและผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินบางจังหวัดยังไม่เข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยินในการเชื่อมโยงโปรแกรม ITEMS ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 กับระบบการทำงานของศูนย์

บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บกพร่องทางการได้ยิน รวมถึงไม่มีฐานข้อมูลผู้บกพร่องทางการได้ยินและการพูดที่เป็นปัจจุบันเพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ผู้บกพร่องทางการได้ยิน



ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการลดขั้นตอนการซักถามข้อมูล ลดระยะเวลาในการสื่อสารและแปลภาษามือ ภาษามือที่ใช้สื่อความหมายด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถอธิบายได้อย่างครบถ้วนทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน เช่น หมดสติ รู้สึกตัว โดยในปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินการติดตั้งและใช้งานระบบโทรศัพท์วีดีโอผ่านบริการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับคนหูหนวกให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ นนทบุรี พิษณุโลก อุบลราชธานี และสุราษฎร์ธานี และปีงบประมาณ 2560 ได้กำหนดกิจกรรมและได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง **“การติดตั้งและใช้งานระบบโทรศัพท์วีดีโอผ่านบริการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับคนหูหนวก”** กำหนดจัดอบรม และมอบโทรศัพท์วีดีโอให้กับตัวแทนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด รวม 4 ภาค จำนวน 41 จังหวัด ดังนี้

1. วันที่ 18 พฤษภาคม 2560 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ ขอนแก่น หนองบัวลำภู หนองคาย มุกดาหาร อุดรธานี กาฬสินธุ์ บึงกาฬ นครพนม และมหาสารคาม



2. วันที่ 30 พฤษภาคม 2560 ภาคกลาง 11 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร สระแก้ว ตราด กาญจนบุรี ระยอง ชลบุรี นครนายก ฉะเชิงเทรา สระบุรี ปราจีนบุรี กรุงเทพมหานคร





3. วันที่ 6 มิถุนายน 2560 ภาคเหนือ 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน พะเยาแพร่ แม่ฮ่องสอน กำแพงเพชร สุโขทัย และลำปาง



4. วันที่ 27 มิถุนายน 2560 ภาคใต้ 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา กระบี่ สงขลา พังงา ภูเก็ต ตรัง พัทลุง นครศรีธรรมราช และสตูล

และอีก 1 แห่ง ติดตั้งให้กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อเตรียมรองรับกรณีทำหน้าที่แทนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เช่น กรณีระบบภายในจังหวัดมีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร รวมติดตั้งในปีงบประมาณ 2560 ทั้งหมด 42 แห่ง และ ในปีงบประมาณ 2561 มูลนิธิสากลเพื่อคนพิการ เสนอโครงการต่อเนื่องเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในการดำเนินงาน การติดตั้งและใช้งานระบบโทรศัพท์วีดีโอผ่านบริการถ่ายทอดการสื่อสารสำหรับคนหูหนวกขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ก็คือ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669 อีก 31 จังหวัด

นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน FIELDHEAD SAVER

ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน เน้นผลิตได้ง่าย ประหยัด มีประสิทธิภาพ

ปรีชา มโนยศ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกิง อำเภอกิ่ง จังหวัดเชียงราย



งานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันได้รับความสนใจในการปรับระบบการให้บริการ ทั้งบริการด้านอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้มีความต้องการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้บริการผู้ป่วย โดยเฉพาะอุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยอุปกรณ์ส่วนใหญ่มีราคาแพงสิ้นเปลืองงบประมาณจำนวนมาก และอุปกรณ์บางชนิดไม่มีประสิทธิภาพตามความต้องการ อีกทั้งการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติตามด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือผู้ป่วย การประดิษฐ์นวัตกรรมอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการใช้งานจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหา โดยเฉพาะอุปกรณ์สำคัญต่อการช่วยห้ามเลือดในสถานการณ์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากไม่ได้รับการดูแลปฐมพยาบาลที่ถูกต้อง ผู้ปฏิบัติการขาดความชำนาญในการพันผ้ายืดบริเวณศีรษะเพื่อช่วยในการห้ามเลือด หรือมีทักษะการห้ามเลือดที่แตกต่างกัน รวมถึงความจำเป็นต้องเร่งรีบในการให้การปฐมพยาบาลเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างรวดเร็วนั้น ในบางครั้งผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ครอบงำสติตนเองไม่ได้จากความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือจากสิ่งมีคมมาต่างๆ ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการให้ความช่วยเหลือ เกิดความล่าช้า และในบางครั้งยังส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บให้ทวีความรุนแรงมากขึ้น รวมถึงผู้ป่วยวิกฤติทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแต่มีภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) ต้องมีการผูกมัดรัดตรึงท่อช่วยหายใจไม่ให้ท่อเลื่อนหรือหลุดจากตำแหน่งที่กำหนดไว้ โดยการใช้พลาสติกในการยึดตรึงอย่างแน่นหนา ซึ่งในผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่จะมีสารคัดหลั่ง เหงื่อหรือน้ำลาย อยู่บริเวณผิวหนัง

บนใบหน้า ผู้ป่วยที่มีบาดแผลที่ใบหน้า หรือผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ ความร้อนลวกบริเวณศีรษะและใบหน้า ส่งผลให้การยึดเกาะของพลาสติกไม่มีประสิทธิภาพ หลุด เลื่อนง่าย ขาดประสิทธิภาพ การพยายามยึดตรึงท่อช่วยหายใจหลายๆ ชั้น หรือใช้ผ้าพันแผล ผูกมัดเพื่อไม่เลื่อนหลุดส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยและญาติ จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมจากการปฏิบัติงานจริง เพื่อเป็นอุปกรณ์ในการช่วยห้ามเลือดที่ศีรษะ ช่วยยึดตรึงท่อช่วยหายใจในขณะนำส่งสถานพยาบาล และรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นอุปกรณ์ที่สร้างมาตรฐานทักษะของผู้ปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดีของผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดและลดการรบกวนกระดูกต้นคอผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำหัตถการพันศีรษะเพื่อห้ามเลือดโดยการลดการยกขึ้นลงขณะพันผ้ายืดแบบดั้งเดิม รวมถึงลดระยะเวลาในการพันผ้ายืด และลดระยะเวลาในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บ ลดการเลื่อนหรือหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยขณะนำส่ง และสามารถลดต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองในหน่วยงาน

นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน ถูกพัฒนาจากการนำผ้ายืด Elastic bandage มาตัดเย็บปรับรูปให้สามารถพันรัดศีรษะ โดยไม่จำเป็นต้องยกศีรษะขึ้นลง มีความยืดหยุ่น สามารถปรับความกระชับต่อศีรษะ และใบหน้า โดยใช้กระบวนการพันให้น้อยที่สุด สามารถเพิ่มแรงกดบาดแผลเพื่อห้ามเลือดได้ทุกตำแหน่งของศีรษะ โดยสามารถสวมได้ทันที มีขนาดสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ แต่ละขนาดสามารถปรับรอบศีรษะได้ อีกทั้งยังสามารถปิดทำหัตถการเพิ่มเติมได้ทั้งศีรษะทั้งส่วนใบหน้าและส่วนศีรษะโดยไม่รบกวนการประเมินผู้ป่วย และสามารถเป็นตัวกลางในการช่วยยึดติดพลาสติกในการยึดท่อช่วยหายใจชนิดใส่ทางปากได้ดี ต้นทุนการผลิตเบื้องต้นจำนวน 52 บาทต่อชิ้น



ผลการนำนวัตกรรมผ้าพันศีรษะไปใช้ และประเมินผลการใช้นวัตกรรมโดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ประกอบด้วยการประเมินเปรียบเทียบระยะเวลาในการพันผ้า และจำนวนรอบในการพันเปรียบเทียบกับผ้ายืด Elastic bandage แบบเดิม ประสิทธิภาพในการห้ามเลือดบาดแผลที่ศีรษะ และประสิทธิภาพในการยึดตรึงท่อช่วยหายใจ ต้นทุนวัสดุที่ใช้ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และญาติ



ผลสรุปของการใช้นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน (FIELDHEAD SAVER) พบว่า สามารถห้ามเลือดได้ดี ไม่พบการเลื่อนหรือหลุดของท่อช่วยหายใจ ลดระยะเวลาในการพันผ้ายืดแบบเดิม (Elastic bandage) จาก 2 นาทีลดลงเหลือไม่เกิน 30 วินาที สามารถนำกลับมาซักทำความสะอาดและใช้ใหม่ได้ถึง 10 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้มีความสะดวกในการใช้ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก และผู้ปฏิบัติงานด้านการบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมในระดับมากที่สุด

นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน (FIELDHEAD SAVER) ได้จัดทำและพัฒนารูปแบบ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทีมสนับสนุนบริการหน่วยจ่ายกลาง และทีมผู้บริหารโรงพยาบาลเทิง เพื่อให้เกิดความเหมาะสม

ในการนำไปใช้ในการออกให้บริการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ณ จุดเกิดเหตุ และในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ต่อไป ทั้งนี้โรงพยาบาลอื่นๆ และหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพที่ออกให้บริการในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการเผยแพร่จากการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ซึ่งได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี และผู้คิดค้นยังได้พัฒนารูปแบบนวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และใช้วัสดุและการตัดเย็บที่มีมาตรฐาน ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ซึ่งได้รับความนิยมในเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความปลอดภัย สร้างความมั่นใจต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดี



นวัตกรรมรถยกถังออกซิเจน (Easy Oxy-Transfer)

มยุรี เหมือนเดช

ศูนย์นเรนทรฟิงใต้ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ศูนย์นเรนทรฟิงใต้ฯ เป็นหน่วยงานให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่มีโอกาสเจ็บป่วยจากการปวดหลัง โดยมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนย้ายและยกของหนักไม่ถูกวิธีหรือยกของเกินความต้านทานของกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเจ็บป่วย หน่วยงานขาดอัตรากำลัง

จึงได้พัฒนานวัตกรรม “รถยกถังออกซิเจน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. พัฒนาอุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
2. ลดระยะเวลาในการเปลี่ยนถังออกซิเจนในรถพยาบาลให้มีความพร้อมใช้
3. ลดการใช้กำลังแรงงานคนในการยกเคลื่อนย้าย
4. สร้างความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน



การประดิษฐ์นวัตกรรม “รถยกถังออกซิเจน” ได้เน้นการพัฒนาจากวัสดุเหลือใช้ (เหล็ก) ที่มีอยู่ นำมาดัดแปลงตามแนวคิด LEAN ซึ่งช่วยลดต้นทุนการผลิต ทำสิ่งที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์และนำมาใช้ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำอุปกรณ์รถเข็นที่มีอยู่มาดัดแปลงเพิ่มเติม และจัดซื้ออะไหล่เพิ่มเติม ได้แก่ ล้อรถ โช๊ค แล้วนำมาประดิษฐ์ชิ้นงานตามที่ออกแบบไว้โดยใช้เวลาในการประดิษฐ์ประมาณ 5 วัน เมื่อประดิษฐ์เสร็จแล้วเจ้าหน้าที่ EMS นำไปทดลองใช้ 3 เดือนเพื่อประเมินผลและคืนข้อมูล (feedback) เพื่อพัฒนาปรับปรุงเพิ่มโดยการติดตั้งโช๊ค เป็นรถเข็น version 2

นวัตกรรมรถยกถังออกซิเจน (Easy Oxy-Transfer)

Version 1 (ไม่มีใช้ค)



Version 2 (ติดตั้งใช้ค)



ผลการใช้นวัตกรรม พบว่า 1. สามารถลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานยกของหนัก โดยไม่พบอัตราการบาดเจ็บ หลังการใช้นวัตกรรม 2. สามารถลดระยะเวลาในการยกและเคลื่อนย้าย โดยก่อนพัฒนานวัตกรรมใช้เวลาในการยกเปลี่ยน ถังออกซิเจน 74 วินาที และหลังใช้นวัตกรรม พบเวลาในการเปลี่ยนเพียง 31 วินาที 3. สามารถลดการใช้กำลังแรงงานคน โดยก่อน พัฒนานวัตกรรมต้องใช้ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 2 คน ในการยกถังออกซิเจนแต่หลังใช้นวัตกรรมสามารถใช้ผู้ปฏิบัติงานเพียง 1 คน และสามารถผ่อนแรงในการสอดถังออกซิเจนเข้าช่อง 4) สามารถสร้างความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 90

นวัตกรรม “รถยกถังออกซิเจน” ได้ถูกพัฒนาปรับปรุงขึ้นจากผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA เป็นการ ออกแบบต่อยอดโดยใช้สิ่งที่มีอยู่ มาพัฒนาให้เหมาะกับการปฏิบัติงานจริง ช่วยแก้ปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรได้ การนำองค์ความรู้วิชาการด้านอาชีวเวชศาสตร์/การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์โดยใช้แบบประเมิน REBA มาใช้ ช่วยแสดงให้เห็นถึงระดับความเสี่ยงที่ลดลงได้อย่างชัดเจน อีกทั้งสามารถลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน และลดจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ตามแนวทาง LEAN นอกจากนี้ นวัตกรรมรถยกถังออกซิเจนนี้ ยังเป็นการนำวัสดุเหลือใช้ มาดัดแปลงประดิษฐ์ใช้งานใหม่ จึงไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์ที่สหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานต่างๆ ได้มีโอกาสร่วมกันพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม ก่อให้เกิดความผูกพันในองค์กรมากยิ่งขึ้น





เชิญสมัครสมาชิก EMS 1669 SMART CARD “เป็นมากกว่าการช่วยชีวิต”

วัตถุประสงค์ :

- เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน (เป็นการประชาสัมพันธ์การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 สมาชิกทุกคนจะได้รับข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถเข้าร่วมการอบรมหรือกิจกรรมที่ สพด. จัดขึ้น)
- เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลตนเองและผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (จะมีการส่งเอกสารคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินและการประเมินภาวะฉุกเฉิน ตามกลุ่มโรคที่เป็นหรือความเสี่ยงที่ประเมิน)
- เพื่อลดระยะเวลาในการรับแจ้งเหตุและสั่งการ (มีข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อความรวดเร็วและแม่นยำในการสั่งการและชุดปฏิบัติการไปยังที่อยู่ตามบัตรได้อย่างถูกต้อง)
- เพื่อระดมทรัพยากรในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ที่เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการฉุกเฉิน สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ให้มีมาตรฐานและพอเพียง รวมถึงการพัฒนามาตรฐานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ :

- ได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินจากฐานข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ถือบัตร
- ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือสังคม โดยรายได้ส่วนหนึ่งจากการเป็นสมาชิก จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิต
- ได้รับการฝึกอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมของ สพด.
- ได้รับส่วนลดโรงพยาบาลเอกชนและร้านค้าที่เข้าร่วมโครงการ
- ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- บัตร Star of life (200 บาท/ปี) พร้อมประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพสิ้นเชิง วงเงิน 200,000 บาท และกรณีสาธารณภัย วงเงิน 400,000 บาท (ตามเงื่อนไขกรมธรรม์)
- บัตร Star of life (PREMIER) (500 บาท/ปี) พร้อมประกันอุบัติเหตุ กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพสิ้นเชิง วงเงิน 200,000 บาท และกรณีสาธารณภัย วงเงิน 400,000 บาท (ตามเงื่อนไขกรมธรรม์) และค่าชดเชยการรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งตามที่จ่ายจริงไม่เกิน วงเงิน 4,000 บาท (ตามเงื่อนไขกรมธรรม์)

ประเภทสมาชิก :

บัตร star of life 200 บาท/ปี



บัตร Star of life (PREMIER) 500 บาท/ปี



ผู้มีสิทธิ์ :

- พนักงาน / เจ้าหน้าที่ / อาสาสมัครด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และครอบครัว
- สมาชิกต้องมีอายุระหว่าง 15-65 ปีบริบูรณ์ จะต้องมีความแข็งแรง ผนังที่กรมธรรม์มีผลบังคับ (กรณีครอบครัวเจ้าหน้าที่ต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี)

เอกสารสมัคร :

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
- สำเนาบัตรอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน/เอกสารรับรองจากองค์กร จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นกรณีที่เป็นสมาชิกครอบครัว)

วันที่มีผลบังคับของประกันอุบัติเหตุ :

- สมัคร ภายในวันที่ 1-15 ของเดือน: ผลบังคับใช้ วันที่ 1 ของเดือนถัดไป และบริษัทได้รับเบี้ยประกันแล้ว
- สมัคร ภายในวันที่ 16-30 ของเดือน: ผลบังคับใช้ วันที่ 15 ของเดือนถัดไป และบริษัทได้รับเบี้ยประกันแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมหรือสมัครสมาชิก ได้ที่

www.emssmartcard.com e-mail: admin@emssmartcaed.com

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เลขที่ 88/40 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษาสาธารณสุขซอย 6 ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ประชาสัมพันธ์

โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มผู้ประกอบการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่าย สผจ. ปีที่ 9

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ บริษัทภัยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ขอเชิญชวน

- ผู้ประกอบการที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- เจ้าหน้าที่มูลนิธิที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทำประกันด้วยความสมัครใจ โดยมีเบี้ยประกัน 120 บาท/คน/ปี ทุนประกันภัย 200,000 บาท/คน/ปี
ให้ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก

โดยประสานการทำประกันได้ที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่ง

ระยะเวลาดำเนินการ

- รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2560 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2560
รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2561

ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.niems.go.th

ผู้รับผิดชอบโครงการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว

โทร. 087 0991669 E-mail : kongkhwan.c@niems.go.th



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สผจ.)

88/40 หมู่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2872 1600 โทรสาร 0 2872 1602-5 www.niems.go.th