



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Model management to change the quality of emergency room of Pranangklao hospital

สุวันดี บัญชรเทวกุล

Suwandee Bunchontevakul

มหาวิทยาลัยบูรพา

Burapha University

Corresponding author: suwandeebk@gmail.com

Received: July 11, 2023 Revised: March 19, 2024 Accepted: April 3, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และเสนอรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดำเนินการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 34 คน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ สภาพปัญหา และการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน นำมาสรุปปัญหาและการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ดำเนินการเข้าสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ณ ห้องฉุกเฉิน และประชุมกลุ่มกับผู้บริหารและทีมห้องฉุกเฉิน จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่าสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีประเด็นปัญหาเรียงลำดับความสำคัญในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ได้แก่ ความแออัด, สถานที่, บุคลากร, รายได้, การประชาสัมพันธ์, ความเสี่ยงและความปลอดภัย, อุปกรณ์, ระยะเวลาการรักษา, การบริการ, ระบบและนโยบาย, ทักษะ ความรู้ ความสามารถ, ข้อร้องเรียน, ผลกระทบอื่น ๆ ตามลำดับ รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ ได้แก่ พัฒนาระบบการคัดกรอง เพื่อลดความแออัดและการจัดบริการที่สะดวก รวดเร็ว พัฒนากิจกรรมห้องฉุกเฉิน มีจำนวนบุคลากรตามสัดส่วนของประชากรที่รับผิดชอบจริง เพื่อปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาเทคโนโลยีระบบปฏิบัติการห้องฉุกเฉิน ด้วยการแพทย์ทางไกล และเครือข่ายการจัดการระบบการรักษายาพยาบาลฉุกเฉิน ตามแนวทางการพัฒนา One Province One Hospital รวมทั้งพัฒนาห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ เพื่อลดความแออัด

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน, ห้องฉุกเฉินคุณภาพ, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Abstract

This study is a qualitative research with the following objectives: To examine the situation and problems in managing the emergency room at Phramangklao hospital and proposing a management model for the emergency room at Phranangklao hospital. The study includes: In-depth interviews with 34 relevant individuals to identify real problems and emergency room management, non-participatory observation in the emergency room and focus group with 30 management and emergency room team members. Findings indicate: Key problems in managing the emergency room at Phranangklao hospital include, overcrowding, location, personnel, income, public relations, risk and safety, equipment, treatment duration, services, systems and policies, skills, knowledge, and abilities, complaint management and other impacts respectively. Proposed management model to change the quality of emergency room of Pranangklao hospital corresponds to standard ER quality indicators including; Creating screening processes to reduce overcrowding and improve service convenience and fast, enhancing emergency room staff with appropriate staffing ratios, integrating telemedicine technology and emergency care system networks following the One Province One Hospital approach, and developing mobile emergency rooms to alleviate overcrowding.

Keywords: Emergency room management model, quality emergency room, Pranangklao hospital

บทนำ

ระบบสุขภาพในเขตปริมณฑลเป็นพื้นที่ซึ่งมีลักษณะพิเศษ ด้วยการบริหารจัดการในรูปแบบจังหวัด แต่มีความเป็นเขตเมืองสูง จังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในพื้นที่ปริมณฑล ต้องเผชิญทั้งโอกาสและอุปสรรคของการบริหารจัดการ มีความแออัดในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ด้วยจำนวนประชากรที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการพัฒนาที่อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนที่เคยให้บริการประชากรประมาณ 3 - 5 หมื่นคน เพิ่มขึ้นเป็น 1 - 2 แสนคน⁽¹⁾ จากสถิติปี 2560 - 2564 พบว่า ประชากรตามทะเบียนราษฎร์⁽²⁾ แรงงานต่างด้าว⁽³⁾ และประชากรแฝง⁽⁴⁾ ของจังหวัดนนทบุรี รวมมีจำนวน 1,998,222, 2,049,470, 1,996,341, 1,815,715, 2,053,930 คน ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1 นอกจากการให้บริการประชาชนในจังหวัดยังมีประชากรจากนอกพื้นที่อพยพเข้ามาอยู่อาศัย และรองรับผู้ป่วยของจังหวัดใกล้เคียงด้วยนโยบายในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งมีกองทุน UCEP (Universal Coverage for Emergency Patient) ที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ทุกแห่ง โดยไม่มีเงื่อนไข สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ภายใน 72 ชั่วโมง หรือในกรณี

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกคู่สัญญา 3 กองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ)⁽⁵⁾ ผู้ที่จะใช้สิทธินี้ได้ต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามหลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน⁽⁶⁾ ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนด จึงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาล รวมทั้งในปี 2566 คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ยกระดับนโยบาย 30 บาท บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ได้รับการบริการสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ⁽⁷⁾ ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการในจังหวัดนนทบุรีเพิ่มขึ้น

จังหวัดนนทบุรี มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ ไทรน้อย บางกรวย บางใหญ่ ปากเกร็ด บางบัวทอง บางบัวทอง 2 และ ศูนย์บริการการแพทย์ นนทบุรี และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ขนาด A1 จำนวน 515 เตียง

(เปิดบริการจริง 606 เตียง) 1 แห่ง ระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียวของจังหวัดนนทบุรี จากสถิติการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2565 เฉลี่ยต่อวัน พบว่ามีจำนวน 2,506, 2,567, 2,746, 2,425, 2,096 และ 2,423 คน ตามลำดับ ช่วงปี 2563 - 2565 (สถานการณ์โรคโควิด-19) จำนวนการครองเตียง พบว่า มีจำนวน 541, 569, 572, 565, 571 และ 589 เตียง นอกจากนี้ จำนวนผู้ที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในช่วงปีงบประมาณ 2558 - 2565⁽⁸⁾ พบว่า ผู้รับบริการที่ไม่ได้ป่วยฉุกเฉินมีจำนวนใกล้เคียงหรือมากกว่าจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาระงานให้บริการที่ห้องฉุกเฉินจึงเพิ่มมากยิ่งขึ้น แสดงดังตารางที่ 2

ด้วยประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนประชากรจังหวัดนนทบุรี ปี 2560 - 2564

ประชากร (คน)	2560	2561	2562	2563	2564
ประชากรตามทะเบียนราษฎร ⁽²⁾	1,229,735	1,246,295	1,265,387	1,276,745	1,288,637
แรงงานต่างด้าว ⁽³⁾	162,842	193,715	177,496	131,557	161,713
ประชากรแฝง ⁽⁴⁾	605,645	609,460	553,458	407,413	603,580
รวม	1,998,222	2,049,470	1,996,341	1,815,715	2,053,930

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/ วัน ปีงบประมาณ 2558 - 2565⁽⁸⁾

จำนวนผู้ป่วย/ปีงบประมาณ	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วย (คน)	54,456	56,352	50,481	54,390	51,443	47,750	46,280	47,568
จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน	28,867	26,710	24,277	26,091	26,231	25,512	26,225	29,881
จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	25,589	29,642	26,642	28,299	25,212	22,238	20,055	17,687
จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ	23,020	22,533	20,887	21,091	19,000	17,555	15,146	13,812

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ระดับตติยภูมิแห่งเดียวของจังหวัดนนทบุรี จำเป็นต้องหารูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งแนวทางการพัฒนางานบริการของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความหลากหลายและความแตกต่างตามบริบท ไม่อาจนำมาปรับใช้ได้ทั้งหมด และผู้วิจัยได้พบและสอบถามผู้บริหาร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ผู้อำนวยการ) เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงปัญหาที่ต้องการให้ทำการวิจัย พบปัญหาโดยเฉพาะด้านการเงิน คิดลบ 400 ล้านบาท ปัญหาผู้ป่วยมีจำนวนมากล้นห้องฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัญหาและรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อนำไปสู่การพัฒนาูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การเข้าสังเกตการณ์ (Observational research) และการประชุมกลุ่ม (Focus group)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉิน ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร วารสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำประเด็นคำถาม เกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาและรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพ

3) ดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของข้อคำถาม⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อที่ 1 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉินที่แท้จริงเป็นอย่างไร และ ข้อคำถามข้อที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิผลเป็นอย่างไร ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-object congruence: IOC) ของคำถามที่กำหนดขึ้น กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่า IOC = 0.8 (≥ 0.5) ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่โครงการวิจัย G-HU 219/2563 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รหัสโครงการวิจัย PE6238 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 และผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

4) นัดสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นคำถามที่ผ่านความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปตรวจสอบความถูกต้องอย่างละเอียด และนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นที่เป็นสถานการณ์และสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการของห้องฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการเข้าสังเกตการณ์ (Observational) แบบไม่มีส่วนร่วม ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อเข้าสังเกตการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน

2) เข้าสังเกตการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 13 - 14 กันยายน พ.ศ. 2565 จัดบันทึกรายละเอียด สภาพห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน อาการของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมกลุ่มและเสนอรูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อจัดประชุมกลุ่ม จำนวน 30 คน โดยประชุมผ่านระบบออนไลน์ วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 น. - 11.00 น.

2) นำเสนอข้อสรุปสถานการณ์และสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเข้าสังเกตการณ์ ต่อผู้เข้าร่วมการประชุม ขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3) รวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมกลุ่มนำไปสรุปและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ และ/หรือเคยปฏิบัติหน้าที่บริหารโรงพยาบาล โดยแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างดังนี้

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่างปี 2562 - 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการ จำนวน 3 คน (2) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จำนวน 2 คน (3) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร จำนวน 2 คน (4) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล จำนวน 2 คน (5) ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน (6) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (7) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (8) พยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (9) พยาบาลหัวหน้างานห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (10) พยาบาลหัวหน้าเวรฉุกเฉิน จำนวน 3 คน (11) หัวหน้างานคุณภาพ จำนวน 1 คน (12) หัวหน้างานการเงิน จำนวน 1 คน (13) เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 2 คน (14) หัวหน้างาน

ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 1 คน (15) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 2 คน (16) หัวหน้าห้องบัตร จำนวน 1 คน (17) เจ้าหน้าที่ห้องบัตร จำนวน 2 คน (18) หัวหน้าเวรเปล จำนวน 1 คน (19) เจ้าหน้าที่เวรเปล จำนวน 2 คน (20) หัวหน้าเภสัช ห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และ (21) เภสัชกร ห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 34 คน

การประชุมกลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้อำนวยการ (2) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (3) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร (4) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล (5) ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสาธารณสุข (6) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (7) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน (8) พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (9) พยาบาลหัวหน้างานห้องฉุกเฉิน (10) พยาบาลหัวหน้าเวรฉุกเฉิน จำนวน 3 คน (11) หัวหน้างานคุณภาพ (12) หัวหน้างานการเงิน (13) เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 2 คน (14) หัวหน้างานตรวจสอบสิทธิ์ (15) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 2 คน (16) หัวหน้าห้องบัตร (17) เจ้าหน้าที่ห้องบัตร จำนวน 2 คน (18) หัวหน้าเวรเปล จำนวน 1 คน (19) เจ้าหน้าที่เวรเปล จำนวน 2 คน (20) หัวหน้าเภสัช ห้องฉุกเฉิน และ (21) เภสัชกร ห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้สัมภาษณ์มีอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางหรือวิธีที่จะแก้ปัญหา ของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

2) การเข้าสังเกตการณ์ (Observational research) เป็นเครื่องมือบันทึกในการเข้าสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม จดบันทึกรายละเอียด สภาพห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อยืนยันสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นภายในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

3) การประชุมกลุ่ม (Focus group) เป็นคำถามแบบมีโครงสร้าง เพื่อขอคำตอบ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการจดบันทึกนำมาสรุปประเด็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็น และการเข้าสังเกตการณ์

แบบไม่มีส่วนร่วม ตรวจสอบข้อมูล เกี่ยวกับปัญหา และแนวทางหรือวิธีที่จะแก้ปัญหา ของห้องฉุกเฉิน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ จัดกลุ่มของปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละราย และนำมาสรุปรวมอีกครั้งหนึ่ง

2) วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม เสนอผลการวิจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเข้าสังเกตการณ์ โดยเขียนให้มีความกลมกลืนและต่อเนื่องกันระหว่างสถานการณ์และสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการ ที่เป็นข้อความ ประโยค ความหมายและหัวข้อต่าง ๆ โดยการตัดข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป เพื่อนำไปสรุปได้ง่ายขึ้น พร้อมกับเขียนพรรณนาสถานการณ์ และสภาพปัญหาและรูปแบบ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างละเอียดและชัดเจนด้วยภาษาวิชาการ

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามขั้นตอนการวิจัย จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ โดยพบสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ได้พบประเด็นปัญหาในการบริหารจัดการมากที่สุดเรียงลำดับ รวมทั้งข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านความแออัด ในแต่ละวันห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดจากผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินจำนวนมากที่มารับบริการโดยตรง และ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดใกล้เคียง รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินมารับบริการ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินบัตรทองนอกเขตที่เดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ความแออัดที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน เนื่องจากจำนวนเตียงผู้ป่วยในไม่มีรองรับ รวมทั้งผู้ป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อพบแพทย์ ข้อเสนอแนะเพื่อลดความแออัด ควรพัฒนาระบบการคัดกรองนอกห้องฉุกเฉิน ส่งเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าห้องฉุกเฉิน จัดหาพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรอรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (admit)

2. ด้านสถานที่ พื้นที่ของห้องฉุกเฉินเป็นห้องที่มีขนาด 478 ตารางเมตร เมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมาก พื้นที่บริการไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วย ห้องมีขนาดเล็ก และคับแคบ รวมทั้งมีการปรับสถานที่ตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงให้เป็นพื้นที่ชั่วคราวรอการก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุหลังใหม่

พื้นที่ห้องตรวจ พื้นที่คัดกรองผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ทางเข้า-ออกแคบ ทางเข้าโซนผู้ป่วยวิกฤติไม่สะดวก โครงสร้างที่ไม่สามารถแบ่งโซนได้ชัดเจน พื้นที่จุดพักรอผู้ป่วยไม่เพียงพอ ห้องยา การเงิน และห้องบัตร มาจัดบริการรวมที่หน้าห้องฉุกเฉิน เพดานฝ้าต่ำทำให้การระบายอากาศไม่ดี อัดอัด ไม่มีระบบกรองอากาศ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ควรขยายพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้กว้างขึ้น พัฒนาระบบคัดกรองส่งเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ อุบัติเหตุและฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉิน หาพื้นที่ให้ห้องยาและการเงินแยกออกมานอกห้องฉุกเฉิน แต่ใกล้ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว

3. ด้านบุคลากร อัตรากำลังขาดแคลน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 10 คน พยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินมีทั้งหมด 32 คน ผู้ช่วยพยาบาล มีเพียง 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีเพียง 1 คน พนักงานเวรเปล 8 คน บุคลากรห้องฉุกเฉินมีภาระหนัก ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการ ทำแผล ฉีดยา ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติ ต้องดูแลผู้ป่วยที่รอรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (Admit) ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต้องจัดเวรปฏิบัติงานล่วงเวลามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบคัดกรองให้บุคลากรห้องฉุกเฉินดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มแพทย์ และบุคลากรห้องฉุกเฉินให้เหมาะสมกับภาระงาน ตามมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ

4. ด้านรายได้ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต้องรับผู้ป่วยหนักเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาก่อนข้างสูง แต่เรียกเก็บได้ไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงที่โรงพยาบาลใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาล เมื่อได้รับการรักษาแล้วหลบหนีไม่ชำระเงิน ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนจากรวดตาม พ.ร.บ. และ แรงงานต่างด้าวบางรายได้ นอกจากนี้ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลการรักษาโดยเฉพาะซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้บันทึก ทำให้การบันทึกค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบัตรทอง

เพื่อเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ไม่ครบถ้วน ส่งเบิกล่าช้าไม่ทันเวลา ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ครบถ้วนตามสิทธิที่ควรจะได้รับ

ข้อเสนอแนะ ควรบริหารข้อมูลการเงินและบัญชีการติดตามหนี้ มีเจ้าหน้าที่เฉพาะทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ดำเนินการส่งเบิกค่าใช้จ่ายให้ทันเวลา ใช้วัสดุอุปกรณ์ทำให้คุ้มค่า ลดต้นทุนของโรงพยาบาล

5. ด้านการประชาสัมพันธ์ ขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุกลักษณะหรืออาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และที่ห้องฉุกเฉินไม่มีเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลอาการขั้นตอนการรับบริการ หรือแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบลำดับคิว หรือความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มารับบริการ ไม่แจ้งเวลาการรอคอยแก่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ

ข้อเสนอแนะ สร้างการรับรู้แก่ประชาชนเรื่องผู้ป่วยฉุกเฉินควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ลักษณะฉุกเฉินและวิกฤติที่จำเป็นจะต้องมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน และที่ห้องฉุกเฉินมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูลหรือคำแนะนำหน้าห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการรับบริการ หรือแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ ลำดับคิว หรือความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มารับบริการ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรักษาลักษณะอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยที่มารอ admit ทราบ

6. ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย ในขณะที่ยานบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินอาจมีผู้ป่วย ซึ่งรอ Amit หรือสังเกตอาการ มีอาการทรุดลงและได้รับการช่วยเหลือไม่ทันทั่วทั้งที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้เมาสุรา เกิดอาการคุ้มคลั่ง ขณะให้การรักษายาขาดตลอดจนเหตุการณ์การบุกรุกทำร้ายคู่อริในห้องฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาการคัดกรอง บุคลากรห้องฉุกเฉินควรดูแลเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤติเท่านั้น เพื่อลดความเสี่ยง เพิ่มโอกาสรอดให้กับผู้ป่วย ควรมีตำรวจสายตรวจและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย หากเกิดกรณีวิวาทสามารถเข้าช่วยระงับเหตุการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่มีการจัดทำแผนและซ้อมเผชิญเหตุการณ์ จัดทำประตู

กระจกเลื่อนอัตโนมัติ 2 ชั้น เพื่อเพิ่มการคัดกรองผู้มาติดต่อ กับห้องฉุกเฉิน

7. ด้านอุปกรณ์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาสูงและความจำเป็นต่อการช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

ข้อเสนอแนะ ควรจัดสรรงบประมาณจัดซื้อให้เพียงพอต่อความต้องการและบริหารจัดการร่วมกันหอผู้ป่วยหนักในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

8. ด้านระยะเวลาการรักษา เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก บุคลากรมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินรอนาน เพราะห้องยาฉุกเฉินต้องทำหน้าที่จัดยาให้ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยในที่จะกลับบ้านด้วย

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบการคัดกรอง ด้านหน้าโรงพยาบาลส่งตรวจเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาที่ห้องฉุกเฉิน ให้บุคลากรในห้องฉุกเฉินดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนห้องยาฉุกเฉินควรทำหน้าที่จัดยาเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน

9. ด้านการบริการ พฤติกรรมบริการ คำพูด กริยา ท่าทาง ที่ไม่สุภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรจัดการอบรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริการ การปฏิบัติงาน และอื่น ๆ ภายในห้องฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิต

10. ด้านระบบและนโยบาย ด้านระบบฐานข้อมูล ประวัติการรักษาผู้ป่วย ผลทางห้องปฏิบัติการของ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ายังไม่ เชื่อมโยง การส่ง Refer ผู้ป่วยใช้การ FAX ผลสรุปการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาลที่ส่ง ทำให้ได้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยซ้ำ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ เป็นต้น ด้านนโยบาย การคำนวณอัตราค่าส่ง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ชุมชน การคำนวณเหมือนกัน เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 คนต่อผู้ป่วย 10 คน แต่ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยหนัก ที่โรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชนไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยี เพื่อให้ได้ประวัติผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา และผลทางห้องปฏิบัติการ

ต่าง ๆ เชื่อมโยงกัน เพื่อความสะดวกรวดเร็ว การรักษาที่ ต่อเนื่องและประหยัดค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซ้ำซ้อน เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินควรเข้าศึกษาอบรมเรื่อง การคิดคำนวณภาระงาน เพื่อ จัดหาบุคลากรให้เหมาะสมกับ งานและมีจำนวนบุคลากรรองรับกับงานและปริมาณผู้ป่วย ในห้องฉุกเฉิน

11. ด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถ ทักษะที่ ต่างกันและอายุที่ต่างกันอาจทำให้เกิดปัญหาในการ ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม และ ให้ผู้ที่ได้ไปเรียนหรืออบรมกลับมาถ่ายทอดให้กับทีม จัดอบรมการเขียนแผนห้องฉุกเฉินคุณภาพ การเขียน ภาระงาน ให้เจ้าหน้าที่ทุกปีอย่างต่อเนื่อง

12. ด้านข้อร้องเรียน เนื่องจากเป็นหน่วยงาน บริการประชาชนด้านหน้า จึงมีข้อร้องเรียนในด้านต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น เรื่องพฤติกรรมบริการ ความล่าช้าใน การรักษา

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าควรมี มาตรการด้านข้อร้องเรียนที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทาง เดียวกัน แก้ปัญหาเป็นระบบ มีการปรับปรุง อบรมบุคลากร ในห้องฉุกเฉินเรื่องพฤติกรรมบริการ การบริการคุณภาพชีวิต

13. ด้านผลกระทบอื่น ๆ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์แห่ง เดียวของจังหวัดนนทบุรี ไม่มีโรงพยาบาลทั่วไปแบ่งเบา ภาระการรักษาผู้ป่วย รองรับประชากรในจังหวัด แรงงาน ต่างด้าว และประชากรแฝง รวมประมาณ 2 ล้านคน ซึ่งควร มีจำนวนเตียงประมาณ 4,000 - 5,000 เตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ ควรขยายโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 1,000 - 2,000 เตียง หรือจัดหาพื้นที่สร้าง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแห่งที่ 2 ขอความร่วมมือกับ โรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรีช่วยให้ผู้ป่วยไปใช้บริการ ขอความร่วมมือกับ โรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียงที่มี เขตติดต่อกับบ้านผู้ป่วยที่เป็นประชากรของจังหวัดนนทบุรี ได้ไปใช้บริการ เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและลดความ แออัดของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบประเด็นหลักๆ ที่ส่งผลให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานไม่มีคุณภาพจำนวน 13 ด้าน ได้แก่ 1) ความแออัด 2) สถานที่ 3) บุคลากร 4) รายได้ 5) การประชาสัมพันธ์ 6) ความเสี่ยง 7) อุปกรณ์ 8) ระยะเวลาการรักษา 9) การบริการ 10) ระบบและนโยบาย 11) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ 12) ข้อร้องเรียน และ 13) ผลกระทบอื่นๆ ได้ข้อเสนอแนะ รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จะสอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ⁽¹⁰⁾ ได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนากระบวนการคัดกรอง โดยการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยและจัดสรรพื้นที่แยกจากห้องฉุกเฉิน ให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือวิกฤติมาที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย จัดกระบวนการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วมากขึ้น

2. การพัฒนาบุคลากรห้องฉุกเฉิน เพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน องค์ความรู้ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดการสูญเสียชีวิต ลดความเสี่ยง เพราะการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินบุคลากรต้องมีความพร้อมตลอดเวลาและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างดี ต้องส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาเฉพาะทางให้แก่ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ การจัดฝึกอบรมปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT) บุคลากรสายสนับสนุน รวมถึงกู้ภัยและมูลนิธิต่าง ๆ ควรผ่านการอบรมการกู้ชีพพื้นฐานและการดูแลขั้นพื้นฐาน เพราะสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต้องสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือโรคที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ได้อย่างเท่าเทียมตามมาตรฐาน ผู้วิจัยพบว่าการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้านการพัฒนาบุคลากรห้องฉุกเฉินจากตัวชี้วัดสัดส่วนของบุคลากรคำนวณตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ต่อประชากร 1 แสนคน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2.4 คน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

จำนวน 4.1 คน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์จำนวน 4.1 คน และตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตายภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า ร้อยละ 12 ดังนั้น ถ้าประชากรจังหวัดนนทบุรีมีจำนวน 2 ล้านคน จังหวัดนนทบุรีควรมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 48 คน มีพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 82 คน และมีนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 82 คน และมีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตายภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า 240,000 คน

3. การพัฒนาเทคโนโลยีระบบปฏิบัติการห้องฉุกเฉิน เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานฉุกเฉินให้เท่าเทียมกัน จัดกระบวนการปฏิบัติงานฉุกเฉินจะต้องมีระบบเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ ตามแนวทางการพัฒนาตามแนวทาง One Province One Doctor โรงพยาบาลจะต้องมีเทคโนโลยีในการ Conference ในห้องฉุกเฉิน เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์และช่วยให้แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้และเป็นการสร้างระบบปฏิบัติงานที่เกิดจากความร่วมมือและตกลงกันภายในเครือข่าย และแลกเปลี่ยนทรัพยากรภายในเครือข่าย การจัดระบบหรือกระบวนการที่เหมาะสมแต่ละสถานพยาบาล การทบทวนความเสี่ยง ความรู้วิชาการงานวิจัย รวมถึง การกำกับ ติดตาม ส่งผลให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าลดระยะเวลาการรักษา และใช้อัตรากำลังที่มีให้เกิดความคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น เพราะช่วยคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ระดับความรุนแรง และวิธีการรักษาผู้ป่วยให้มีรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ลดความแออัด ลดความเสี่ยงประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

4. การพัฒนาห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ จัดทำแผนงานแนวทางและข้อกำหนดในการปฏิบัติการฉุกเฉินเคลื่อนที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาสังคม ประชุมร่วมกันเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมสะท้อนปัญหา กำหนดแนวทางให้มีความสอดคล้องกัน โดยกำหนดแผนการดำเนินงานตามหลัก PDCA ตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ต้องได้รับการตรวจรับรองคุณภาพและ

ขอขึ้นทะเบียน TEMSA เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน และยกระดับระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน มีความพร้อมในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือแพทย์ ให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีมาตรการระดับจังหวัดเพิ่มจำนวนเตียงในภาพรวมของจังหวัดรองรับการเจ็บป่วยของประชากรในจังหวัดนนทบุรีและประชากรแฝง ประมาณ 2 ล้านคนหรือประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และรองรับโรคของสังคมผู้สูงอายุในไม่ช้า
2. กำหนดมาตรการที่คำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของประชาชน ใช้ประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยในจังหวัดนนทบุรี สามารถใช้สิทธิบัตรทองในพื้นที่ใกล้เคียงข้ามจังหวัดได้ ในทุกกรณีเมื่อต้องการเข้ารับการรักษา
3. ดำเนินการประสานขอความร่วมมือในการรับการรักษาผู้ป่วยบัตรทองกับโรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี ที่ไม่ได้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ขยายโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 1,000 - 2,000 เตียง
5. จัดหาพื้นที่สร้างโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแห่งที่ 2 จำนวนเตียง 1,000 - 2,000 เตียง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรรวบรวมข้อมูลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติภายใต้มาตรฐานเดียวกัน
2. ขอความร่วมมือโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายบริการในเขตจังหวัดนนทบุรี ร่วมหารือและกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยเชิงปริมาณสำหรับสอบถามความคิดเห็นประชาชนที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสนับสนุนแนวทางการแก้ไขสถานการณ์และสภาพปัญหา

ข้อจำกัด

1. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในระหว่างการแพร่เชื้อโควิด-19 กำลังระบาดอย่างหนักในประเทศไทย ซึ่งการวิจัยนี้มีความเกี่ยวข้องกับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าโดยตรง ผู้ให้การสัมภาษณ์ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และผู้ติดเชื้อโควิด และต้องเข้าร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นแม่ข่ายโครงการบูรณาคัม ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด ผู้ป่วยระยะสีเหลือง ถ้าผู้ป่วยอาการหนักก็มารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ช่วงเวลานั้นโรงพยาบาล ปิดกั้นไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าบริเวณโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นอกจากผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ติดเชื้อโควิด

2. ช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการซึ่งเป็นตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลหลายท่าน จากการเกษียณอายุราชการและย้ายไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น โดยแต่ละท่านเมื่อมาดำรงตำแหน่ง ต้องใช้ระยะเวลาศึกษาปัญหาของห้องฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องปรับผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสรุปข้อมูลและสภาพปัญหาให้เป็นปัจจุบันที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก อาจทำให้มีข้อจำกัดในการตอบคำถามในบางประเด็น เนื่องจากเป็นคำถามปลายเปิด รวมทั้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์จำกัด อาจมีข้อจำกัดในรายละเอียดของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Muanprasitporn R. Population “Nonthaburi” stream people spill a lot-added health burden. [internet]. 2023 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/4966>

2. National Statistical Office. Population statistics from registration. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=69
3. Foreign Worker Administration Office. Statistics on employment of foreigners. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label>
4. National Statistical Office. Latent population survey in Thailand. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/yS
5. Opassawas P. Development of district health network management model to support transferring district health promoting hospital to local government organization in Saraburi Province. *Journal of Medical and Public Health Region 4* 2022; 12(1): 80–94. (in Thai)
6. Pangma A. A study on the development of emergency medical systems in ASEAN Countries. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of Thailand; 2012.
7. Royal Thai Government. 30–baht, healthcare everywhere, single ID card. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/73694> (in Thai)
8. Pranangklaio Hospital. Number of Inpatients. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.pranangklaio.go.th/webpnk60/> (in Thai)
9. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion–referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijs research*. 1977; 2(2): 49–60.
10. Sirisamutr T, Duangtipsirakul S, Chuensumrong P, Wachiradilok P. Research to improve the quality of emergency medical services to the new normal: Guidelines for increasing time efficiency in accessing emergency medical services for critical care patients in Thailand. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2022.