

บทความวิชาการ

รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาล
ในสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา
The Nursing Management Model
in the Thai-Cambodian Border Situation

จันทนา แพงบุตดี*

สุธิดา วนแสงสกุล*

ปาริชาติ หาญมานพ*

Chantana Paengbuddee Suthida Wanasangsakun Parichart Hanmanop

*โรงพยาบาลสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

*Surin Hospital, Surin, 32000 Thailand

Corresponding author: Parichart Hanmanop; E-mail: paricharttar2515@gmail.com

Received: March 26, 2026; Revised: June 2, 2026; Accepted: June 8, 2026

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 2P2R เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพยาบาล สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา และ 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบบริหารจัดการพยาบาลไปใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถรองรับผู้บาดเจ็บ สี่แดง ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชายแดนที่ถูกสังเวยบริการ และดูแลผู้ป่วยที่อพยพเข้าสู่ศูนย์พักพิง โดยไม่พบอุบัติการณ์รุนแรงจากการดำเนินงาน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการบริหารจัดการพยาบาลในการรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันภายใต้สถานการณ์วิกฤต นอกจากนี้ พยาบาลมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการบริหารจัดการในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00 รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลนี้ ช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลภาวะวิกฤตชายแดน สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน และส่งเสริมบทบาท ของโรงพยาบาลสุรินทร์ในฐานะศูนย์เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุ (Trauma Excellence Center) ในเขตสุขภาพที่ 9 และจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลตามกรอบ 2P2R ช่วยให้การตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพ และคำนึงถึงความปลอดภัยสูงสุดต่อทั้งผู้ป่วย และบุคลากร

คำสำคัญ: การบริหารจัดการพยาบาล สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา กรอบแนวคิด 2P2R ผู้นำการปรับตัว

Abstract

The nursing management model by applying the 2P2R model in Organization of Surin Hospital. In response to the Thai-Cambodian border conflict situation, the Nursing Organization of Surin Hospital developed a nursing management model based on the 2P2R framework. The objectives of this study were: 1) to develop a nursing management model for the Thai-Cambodian border conflict situation, and 2) to evaluate the outcomes of implementing this model in emergency response.

The results revealed that the implementation of the nursing management model enabled the efficient management of critical (red-code) trauma cases, the acceptance of referred patients from closed border hospitals, and the care of displaced patients in shelters, with no reports of severe safety incidents. Furthermore, nurses reported a very high level of satisfaction with the management model (exceeding 80%). This nursing management model significantly elevated the standard of border crisis nursing, enhanced public confidence, and reinforced Surin Hospital's role as a Trauma Excellence Center within Health Region 9. This evidence demonstrates that the 2P2R-based nursing management model facilitates a systematic emergency response, ensuring maximum safety for both patients and healthcare personnel.

Keywords: Nursing management, Thai-Cambodian border conflict, 2P2R Framework, Adaptive leadership

บทนำ

จังหวัดสุรินทร์เกิดสถานการณ์สู้รบในบริเวณเขตชายแดนไทย-กัมพูชา ครั้งที่ 1 ในระหว่างวันที่ 24 - 28 กรกฎาคม 2568 เกิดการปะทะที่บริเวณปราสาทตาควาย และปราสาทตาเมือนธม ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความเปราะบางด้านความมั่นคง และมีความเสี่ยงที่ประชาชนจะได้รับผลกระทบในวงกว้าง มีการประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินระดับ 2 ครั้งที่ 2 วันที่ 7 ธันวาคม 2568 เกิดการปะทะในเขตอำเภอพนมดงรัก อำเภอกาบเชิง พื้นที่ช่องจอม ช่องระยี่ ช่องคณา ปราสาทตาเมือนธม และปราสาทตาควาย ถือเป็นภาวะฉุกเฉินระดับ 2 (response 2)¹⁻² จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อทหาร และพลเรือน มีการอพยพพลเรือนในพื้นที่อำเภอบริเวณชายแดนมายังศูนย์พักพิงในจังหวัดสุรินทร์ และยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล

แนวชายแดน ประกอบด้วย โรงพยาบาลพนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลกาบเชิง โรงพยาบาลปราสาท โรงพยาบาลบัวเชด และโรงพยาบาลสังขะ ที่ต้องดำเนินการอพยพผู้ป่วย และเคลื่อนย้ายสถานพยาบาล (evacuation) โดยโรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และโรงพยาบาลกาบเชิง ถูกสั่งปิดบริการทันที เนื่องจากตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยง และมีรายงานการถูกโจมตี²³ ส่งผลให้โรงพยาบาลสุรินทร์ ในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ต้องรับบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน และผู้ป่วยส่งต่อจากพื้นที่ชายแดนจากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีความพร้อม ทั้งด้านการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และการปรับใช้ทรัพยากรอย่างทั่วถึงที่ เนื่องจากต้องรับผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (trauma care) เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ประกอบด้วย งานบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service: EMS) และศูนย์รับส่งต่อ (referral center) พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ รวมถึง พยาบาลห้องพิเศษศัลยกรรม ซึ่งมีการกิจสำคัญในการรับ และดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากสภพ (trauma care) อย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย ทหาร และประชาชน ครอบคลุมตั้งแต่ การคัดกรอง การช่วยชีวิต การผ่าตัดฉุกเฉิน การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการประสานส่งต่อระหว่าง หน่วยบริการ ซึ่งล้วนเป็นบทบาทที่ต้องอาศัยสมรรถนะ ทางพยาบาลชั้นสูง และการบริหารจัดการเชิงระบบ

จังหวัดสุรินทร์รองรับประชาชนที่อพยพ หนีภัยเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราว รวมกว่า 92,609 ราย แบ่งเป็นพักในศูนย์อพยพ จำนวน 66,545 ราย และ พักบ้านญาติ จำนวน 26,064 ราย² ผู้อพยพเหล่านี้ ได้รับการดูแลแบบครบวงจรโดยทีมพยาบาล และ สาธารณสุข โดยมีการจัดตั้งหน่วยบริการในศูนย์พักพิง ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช และพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อให้การพยาบาลประชาชนทั่วไป ผู้ที่มีโรคประจำตัว และกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก และสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดยา หรือขาดการดูแล ที่จำเป็น รวมถึงการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจาก การอยู่รวมกันของคนจำนวนมาก เช่น โรคติดต่อ สุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม และภาวะเครียดจากการพลัดถิ่น ในส่วนของ การดูแลสุขภาพจิตประชาชน มีการจัดตั้งทีม Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) เพื่อคัดกรอง และให้การปฐมพยาบาล ทางจิตใจ (psychological first aid: PFA) แก่ผู้ที่เกิดภาวะ ตื่นตระหนก และเครียดจากสถานการณ์ความไม่สงบ ที่บริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา และการพลัดถิ่น ซึ่งอยู่ภายใต้การประสานงานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC)⁴ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกระบวนการทำงาน คือ การประสานงาน รายงานปัญหา การขอความร่วมมือกับเขตสุขภาพที่ 9 และกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การบริหาร สถานการณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และส่วนกลาง โดยมีผู้ตรวจราชการเป็นทีมนำ

พร้อมทั้งคอยรายงานปัญหาจากสถานการณ์นี้ไปยัง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น ประธาน ร่วมมือกับทหารที่ให้ความช่วยเหลือในการเตรียม ความพร้อมรับมือกับปัญหาทางด้านสาธารณสุขของ ประชาชน และทหาร รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ดังกล่าวให้มีความปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 914 เตียง เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับ พรีเมียมพลัส (premium plus: P+) ซึ่งเป็นระดับ ศักยภาพสูงสุดตามการจัดบริการรูปแบบ SAP (standard academy premium) ของกระทรวงสาธารณสุข สามารถให้บริการในระดับตติยภูมิที่ซับซ้อน โดยมี ศูนย์ความเชี่ยวชาญ (excellence center) ทางการแพทย์ จำนวน 7 สาขา ได้แก่ 1) สาขาการบาดเจ็บ และฉุกเฉิน (trauma and emergency) 2) สาขาหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular) 3) สาขามะเร็ง (cancer) 4) สาขา ทารกแรกเกิด (newborn) 5) สาขาการบริจาคอวัยวะ (transplant) 6) สาขาการส่องกล้องทางเดินอาหาร และ ทางเดินหายใจ (endoscopy) และ 7) สาขาทันตกรรมเด็ก (pediatric dentistry) โดยให้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 2,881 ราย/วัน และผู้ป่วยใน 857 ราย/วัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 บุคลากรมีจำนวนทั้งสิ้น 3,086 ราย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 208, 70 และ 1,011 ราย ตามลำดับ รวมถึงสหวิชาชีพต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมี ทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (sky doctor) จำนวน 2 ทีม ซึ่งถือเป็นทรัพยากรสำคัญในการรองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินขนาดใหญ่ และการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่ ความเสี่ยงสูง อีกทั้งยังมีเตียงรองรับผู้ป่วย จำนวน 914 เตียง ผู้ป่วยหนัก จำนวน 84 เตียง และห้องผ่าตัด จำนวน 20 ห้อง พร้อมเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องปอด และหัวใจเทียม (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) ที่สามารถนำขึ้น อากาศยานได้ แม้โรงพยาบาลสุรินทร์อยู่ห่างจากบริเวณ ที่เกิดการปะทะในบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นระยะทาง 132 กิโลเมตร แต่ได้รับผลกระทบโดยตรง

จากสถานการณ์ดังกล่าว โดยเกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยทหาร และประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บ รวมถึงผู้ป่วยหนักที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งได้มีการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับเหตุการณ์ผู้รับบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา โดยมีการจัดหา และจัดสรรทรัพยากรให้พร้อม และเพียงพอ เพื่อให้สามารถให้บริการได้ตามปกติ อีกทั้งยังมีการส่งทีมบุคลากรออกไปดูแลประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ มีแผนปฏิบัติการฉุกเฉิน และการบริหารจัดการ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (PHEOC) โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยดำเนินการตามหลักการของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS)^{4,5} ให้สอดคล้องกับการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสั่งการ การประสานงาน และการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (incident commander) พร้อมกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการเตรียมความพร้อม และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อรองรับเหตุการณ์สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ถือเป็นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับ - ส่งผู้ป่วยทหาร และประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บ รวมถึงผู้ป่วยหนักที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชายแดนไทย-กัมพูชา ดังนั้น หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์ซึ่งเป็นผู้นำทีมกลุ่มการพยาบาลจึงได้จัดทำ “รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา” โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิด 2P2R⁴ ประกอบด้วย การป้องกัน (prevention) การเตรียมความพร้อม (preparedness) การตอบโต้สถานการณ์ (response) และการฟื้นฟู (recovery) มาประยุกต์เข้ากับแนวคิดผู้นำการปรับตัว⁶ ซึ่งประกอบด้วย การมองภาพจากมุมสูง (get on the balcony) การตัดสินใจภายใต้สภาวะกำกวม (decision-making under ambiguity) การบริหารจัดการ

ความเครียด และสร้างสมดุล (regulating distress) การระบุความท้าทายในการปรับตัว (identifying adaptive challenges) มาเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อยกระดับมาตรฐานการพยาบาล และเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา โดยได้ดำเนินการเปิดหอผู้ป่วยรวมหลัง ขยายพื้นที่บริการฟอกไต เพื่อบริการให้บริการผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสนาม (โรงพยาบาลปราสาท) รวมทั้งบริหารอัตราากำลังบริหารจัดการเตียง จัดหา และสำรองอุปกรณ์การแพทย์ เตรียมโลหิตสำรองร่วมกับธนาคารเลือด โดยจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลในการร่วมรับบริจาคโลหิต การออกหน่วยรับบริจาคโลหิต การเตรียมข้อมูลการบาดเจ็บ การสื่อสารข้อมูลในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน การเตรียม และอพยพเคลื่อนย้าย รวมถึงการจัดทีมเยียวยาจิตใจ ซึ่งทั้งหมดสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของการบริหารจัดการพยาบาล ในฐานะกลไกหลักของระบบสุขภาพในการรองรับภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่น และคำนึงถึงความปลอดภัยสูงสุด เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีระบบ และปลอดภัยสูงสุดต่อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทุกคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลสำหรับรองรับสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบบริหารจัดการพยาบาลไปใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

โรงพยาบาลสุรินทร์มีแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อบริการสถานการณ์ในบริบทของการจัดการสถานการณ์สงครามหรือวิกฤตการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 2P2R⁴ ซึ่งเป็นวงจรการจัดการภัยพิบัติ (disaster management cycle) มาเป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน เพื่อมุ่งลดความสูญเสีย เพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อเหตุการณ์ และเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการ

สุขภาพให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยกรอบแนวคิด 2P2R ประกอบด้วย การป้องกัน (prevention) การเตรียมความพร้อม (preparedness) การตอบโต้สถานการณ์ (response) และการฟื้นฟู (recovery) เข้ากับแนวคิดผู้นำการปรับตัว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมองภาพจากมุมสูง (get on the balcony): เพื่อประเมินสถานการณ์ภาพรวม และแยกแยะความท้าทายที่ซับซ้อนออกจากปัญหาทางเทคนิค 2) การตัดสินใจภายใต้สภาวะกำกวม (decision-making under ambiguity): ความสามารถในการตัดสินใจสั่งการอย่างรวดเร็ว และมีเอกภาพ (single command) แม้ในช่วงเริ่มต้นสถานการณ์ที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน 3) การบริหารจัดการความเครียด และสร้างสมดุล (regulating distress): การดูแลประคับประคองจิตใจบุคลากร และผู้ได้รับผลกระทบผ่านกระบวนการทางจิตสังคมเพื่อลดความตื่นตระหนก และ 4) การระบุความท้าทายในการปรับตัว (identifying adaptive challenges): เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพภายใต้ข้อจำกัด ซึ่งนำมาใช้ในการวิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการพยาบาลสถานการณ์ความมั่นคง การดำเนินงานมุ่งเน้นการวิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการพัฒนาระบบการพยาบาลของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อให้สามารถรองรับผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วยวิกฤต และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารอัตรากำลัง การบริหารจัดการ การจัดสรรทรัพยากร การจัดระบบบริการ การสื่อสารสั่งการ และการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจของผู้รับบริการ และบุคลากร โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลที่มีความชัดเจน เป็นระบบ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในภาวะฉุกเฉิน และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องรองรับสถานการณ์วิกฤตจากปัญหาชายแดน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย ญาติ ประชาชน และบุคลากรสุขภาพ ตลอดจน

สนับสนุนให้ระบบบริการพยาบาลสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนา และนำรูปแบบไปใช้

1. การป้องกัน และลดผลกระทบ (prevention and mitigation)

มุ่งเน้นการวิเคราะห์ความเสี่ยง การติดตามสถานการณ์ และการจัดวางระบบบริหารจัดการเพื่อลดความสูญเสีย

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operations center: EOC)

ทั้งในระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล เพื่อกำกับทิศทางการดำเนินงาน และประสานการตอบโต้สถานการณ์

1.2 เข้าร่วมประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (PHEOC) ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เป็นประจำทุกวัน

รวมทั้งประชุมออนไลน์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความรุนแรงของพื้นที่เสี่ยง และสรุปข้อสั่งการรายวัน รวมทั้งกำหนดแนวทางแก้ไขในระดับจังหวัด

1.3 ประชุมคณะกรรมการ EOC ระดับโรงพยาบาล เพื่อสื่อสารสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับข้อสั่งการจากระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

1.4 ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลเพื่อทราบสถานการณ์ ระดับความรุนแรงของปัญหา และเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

1.5 มีการใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังสถานการณ์ และการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. การเตรียมความพร้อม (preparedness)

เป็นการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรตามกรอบ 4M ได้แก่ การบริหารจัดการ (management) กำลังคน (man) วัสดุอุปกรณ์ (materials) และงบประมาณ (money) เพื่อให้สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การบริหารจัดการ

2.1.1 เตรียมความพร้อมโดยยึดระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) ภายใต้การนำของผู้บัญชาการโรงพยาบาล เพื่อให้การสั่งการ การประสานงาน และการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีเอกภาพ

2.1.2 สื่อสารข้อมูลสถานการณ์ และระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา กับทีมบริหารทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการ และตอบสนองต่อสถานการณ์

2.1.3 มอบนโยบาย และสั่งการให้บุคลากรงดออกนอกพื้นที่ และยกเลิกวันลาพักผ่อนในช่วงที่สถานการณ์มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้มีอัตรากำลังเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

2.1.4 กำหนดแนวปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายและอพยพผู้ป่วย และผู้บาดเจ็บจากอาคารสูงมายังจุดปลอดภัย และกำหนดโรงพยาบาลปลายทางสำหรับการส่งต่อ

2.1.5 กำหนดระดับภาวะฉุกเฉินเป็น 5 ระดับให้สอดคล้องกับแผน และการดำเนินการของภาคปกครอง ภาคความมั่นคง เขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่

1) ภาวะปกติ (watch mode): สถานการณ์ชายแดนอยู่ในภาวะปกติ

2) ภาวะตื่นตัว (alert mode): มีประเด็นความขัดแย้งที่ผู้บริหารต้องเฝ้าระวัง

3) ภาวะฉุกเฉินระดับ 1 (response 1): เกิดการสู้รบด้วยอาวุธเบาในพื้นที่ชายแดน

4) ภาวะฉุกเฉินระดับ 2 (response 2): มีการสู้รบด้วยอาวุธเบา และหนักต่อเนื่อง และมีการอพยพประชาชนในพื้นที่อำเภอชายแดน

5) ภาวะฉุกเฉินระดับ 3 (response 3): เกิดการสู้รบด้วยอาวุธหนักอย่างรุนแรง และลุกลามส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข หรือมีการประกาศกฎอัยการศึก

2.1.6 กำหนดการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วย เขียว, เหลือง (1, 2, 3) และแดง (1, 2, 3) โดยมีรายละเอียดแบ่งตามประเภทสี ดังนี้ เขียว คือ เดินได้หรือใช้รถเข็นสามารถย้ายได้ทันที เหลือง 1, 2, 3 คือ เหลือง 1 ต้องยก/เปลนอน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่น, เหลือง 2 ต้องยก/เปลนอน ต้องใช้ถังออกซิเจน, และเหลือง 3 ต้องยก/เปลนอน Palliative/ End of life care และแดง 1, 2, 3 คือ แดง 1 ไม่มี Endotracheal tube (ET tube), ใช้ High-Flow Nasal Cannula (HFNC), Off ET tube น้อยกว่า 24 ชั่วโมง, แดง 2 On ET tube และ แดง 3 On ET tube, Palliative/ End of life care เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดลำดับความเร่งด่วนของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยให้เกิดความชัดเจนในการบริหารเตียง การส่งต่อ และการระดมทรัพยากรตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

2.1.7 การทำแผนอพยพจากโรงพยาบาลสุรินทร์ไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อรองรับกรณีเกิดเหตุรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของโรงพยาบาล

2.1.8 ซ้อมแผนอพยพในรูปแบบการฝึกซ้อมบนโต๊ะ (tabletop exercise: TTX) เพื่อทดสอบความพร้อมของระบบ และบุคลากร

2.1.9 เตรียมความพร้อมหน่วยงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (emergency room: ER) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma ward) หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ (trauma ICU) ห้องผ่าตัด (operating room) และหอผู้ป่วยพิเศษ อ.9/6

2.1.10 มีการทบทวนแผนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์จริง เพื่อให้มาตรการตอบโต้มีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2.2 การจัดเตรียมกำลังคน การเตรียมกำลังคนครอบคลุมการกำหนดโครงสร้างการบริหาร การมอบหมายบทบาทหน้าที่ การฝึกซ้อม แผนเผชิญเหตุ และการเสริมสร้างสมรรถนะทางวิชาการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการรองรับภาวะฉุกเฉิน

2.2.1 ประชุมทีมบริหารทางการพยาบาล เพื่อบนนโยบาย กำหนดบทบาทหน้าที่ และสร้างความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติงาน

2.2.2 จัดสรรอัตรากำลังพยาบาล สำหรับรองรับผู้ป่วยเจ็บ โดยจัดทีม Medical Emergency Response Team (MERT) ซึ่งเป็นทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความพร้อม และตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ภัยพิบัติ ประกอบด้วย บุคลากรจากสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติกรอย่างเป็นหมู่คณะในการดูแลผู้ป่วยระดับตติยภูมิ หรือผู้ป่วยหนักในเหตุภัยพิบัติ และสาธารณภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทีม Mini Medical Emergency Response Team (mini MERT) คือ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ และสาธารณภัยระดับอำเภอ ที่จะเป็ทีมที่สามารถเคลื่อนที่ได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่ของตนเอง และพื้นที่ใกล้เคียง ได้อย่างเหมาะสมกับภาระงาน และระดับความรุนแรงของสถานการณ์

2.2.3 เปิดหอผู้ป่วยรวมพลัง จำนวน 24 เตียง เพื่อลดความหนาแน่นในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต และรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่ปิดบริการ

2.2.4 ปิดหอผู้ป่วยแยกโรคชั่วคราว เพื่อให้โรงพยาบาลปราสาทใช้พื้นที่ในการให้บริการพอกได้กับผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยจากศูนย์พักพิง

2.2.5 จัดอัตรากำลังพยาบาลเพื่อสนับสนุนการรับบริจาคโลหิตภายในโรงพยาบาลร่วมกับธนาคารเลือด โดยครั้งที่ 1 เปิดบริการจำนวน 3 วัน ณ ห้องประชุมสระโบราณ และครั้งที่ 2 เปิดรับบริจาคโลหิตต่อเนื่อง จำนวน 20 วัน ณ ธนาคารเลือด

2.2.6 จัดอัตรากำลังเสริม เพื่อสนับสนุนทีมแพทย์จากส่วนกลาง โดยร่วมปฏิบัติงานกับทีมแพทย์และพยาบาลจากกรมการแพทย์

2.2.7 จัดอัตรากำลังเสริมจากโรงพยาบาลสังขะ เพื่อดูแลผู้ป่วยตลอดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

โดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเพื่อรอคลอด

2.2.8 จัดอัตรากำลังเสริมเพื่อประเมินภาวะเครียดโดยพยาบาลจิตเวช

2.2.9 ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกทักษะเฉพาะด้านที่จำเป็นต่อสถานการณ์วิกฤต เช่น การคัดแยกผู้ป่วยเจ็บ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง การปฐมพยาบาลทางจิตใจ และการสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน

2.3 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์

2.3.1 สำรวรายการยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพื่อวางแผนบริหารจัดการให้มีปริมาณเพียงพอ และพร้อมใช้ตลอดระยะเวลาของสถานการณ์

2.3.2 จัดทำ dashboard อุปกรณ์การแพทย์เพื่อประเมินสถานะการใช้งาน ความเพียงพอ และความพร้อมใช้ของอุปกรณ์อย่างเป็นปัจจุบัน

2.3.3 จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และยังไม่เพียงพอ โดยจัดหาจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2.3.4 ขอรับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์จากภาคเอกชนหรือผู้มีจิตศรัทธา พร้อมจัดทำใบตอบรับ และหนังสือตอบกลับเพื่อแสดงความขอบคุณ

2.3.5 สื่อสารประชาสัมพันธ์การรับบริจาคให้บุคลากรภายในโรงพยาบาล และประชาชนทราบผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

2.3.6 มีการติดตามการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะขาดแคลน และสนับสนุนการตัดสินใจในการกระจายทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การจัดเตรียมงบประมาณ

2.4.1 จัดทำเอกสารเบิกค่าตอบแทนตามระเบียบการเงินการคลังสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์

2.4.2 กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรจากโรงพยาบาลอื่นที่มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยให้เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด

2.4.3 จัดทำข้อมูลงบประมาณที่ใช้ในการรองรับสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และค่าตอบแทนบุคลากร เป็นต้น

2.4.4 มีการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการติดตามประเมินต้นทุนการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน และเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนงบประมาณในอนาคต

3. การตอบโต้ และเผชิญเหตุ (response) มุ่งเน้นการปฏิบัติที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และมีความปลอดภัยสูงสุด เพื่อให้สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินจากเหตุการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหัวหน้าพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้นำและผู้สั่งการหลักด้านการพยาบาลเพียงผู้เดียว และถ่ายทอดคำสั่งผ่านผู้บริหารทางการแพทย์ตามลำดับ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับรับทราบข้อมูลแนวทางปฏิบัติ และข้อสั่งการได้อย่างทั่วถึง ทันเวลา และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แนวทางดังกล่าวช่วยลดความคลาดเคลื่อนของการสื่อสาร ลดความซ้ำซ้อนของการสั่งการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ การตอบโต้สถานการณ์ยังครอบคลุมเรื่องการบริหาร อัตรากำลัง การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการกำกับดูแลความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ในตลอดระยะเวลาของการเผชิญเหตุอีกด้วย

4. การฟื้นฟู (recovery) มุ่งเน้นการเยียวยาฟื้นฟู และเสริมพลังภายหลังเกิดสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา ทั้งในระดับบุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ และระบบบริการ เพื่อให้สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.1 เปิดบริการหอผู้ป่วยแยกโรคทันที ภายหลังจากที่โรงพยาบาลปราสาทสามารถกลับมาเปิดให้บริการได้ตามปกติ เพื่อรองรับการปรับระบบบริการกลับสู่ภาวะปกติ และลดผลกระทบต่อบุคลากรที่ต้องเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน

ซึ่งเป็นการช่วยลดความเหนื่อยล้าสะสม และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายใต้ภาวะกดดันต่อเนื่อง

4.2 หัวหน้าพยาบาล และทีมบริหารทางการแพทย์เข้าพบปะพูดคุยเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งรับฟังปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการบริหารจัดการ และการดูแลบุคลากรต่อไป

4.3 หัวหน้าพยาบาล และทีมบริหารทางการแพทย์ร่วมต้อนรับผู้บริหารระดับสูง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล พร้อมเยี่ยมให้กำลังใจทหารบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การดำเนินการดังกล่าว นอกจากจะมีส่วนสำคัญในการสร้างขวัญ และกำลังใจแก่ผู้บาดเจ็บ ครอบครัว และทีมผู้ปฏิบัติงานแล้ว ยังสะท้อนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในภาวะวิกฤตอีกด้วย

4.4 จัดเตรียมข้อมูลการบาดเจ็บ ข้อมูลการรักษาพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ เพื่อใช้ในการรายงานต่อผู้บริหารระดับสูง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ซึ่งช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การติดตามสถานการณ์ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5 ดูแลครอบครัว และญาติของผู้บาดเจ็บ โดยการจัดหาที่พัก และอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน และลดผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์

4.6 จัดทีมพยาบาลร่วมปฏิบัติการกิจ เพื่อรณมนำส่งทหารผู้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ภายใต้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ การดูแลในระยณะนี้สะท้อนบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเคารพต่อผู้เสียชีวิต และการดูแลครอบครัวด้วยความละเอียดอ่อนทางจิตใจและสังคม

4.7 ประเมินภาวะเครียดของบุคลากรโดยทีม MCATT จากกลุ่มงานจิตเวช เพื่อเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ผลการนำรูปแบบไปใช้ และการอภิปรายผล

1. ผลสำเร็จเชิงประจักษ์ในการจัดการภาวะวิกฤต

จากการนำรูปแบบการบริหารจัดการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้จากกรอบแนวคิด 2P2R⁴ มาใช้ในการรองรับสถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา พบว่า ระบบบริการพยาบาล และการบริหารจัดการของโรงพยาบาลสุรินทร์สามารถรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤต การรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหารจัดการ การจัดสรรทรัพยากร และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ ที่ต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยรับส่งต่อหลักในภาวะฉุกเฉินขนาดใหญ่ โดยมีผลลัพธ์สำคัญ ดังนี้

1.1 ชีตความสามารถในการรับผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยส่งต่อ: ระบบสามารถบริหารจัดการรับผู้บาดเจ็บรุนแรง (red) รวม 25 ราย และผู้เสียชีวิต (black) 2 ราย นอกจากนี้ ยังรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ต้องปิดบริการชั่วคราว รวมกว่า 310 ราย และดูแลผู้ป่วยจากศูนย์พักพิง รวม 285 ราย โดยไม่มีรายงานความผิดพลาดเชิงระบบ (system failure) จากผลลัพธ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของระบบบริการพยาบาลในการรองรับเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (mass casualty incident) ได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการคัดแยกผู้ป่วย การจัดลำดับความเร่งด่วน การบริหารเตียง และการเชื่อมต่องานส่งต่อกับหน่วยบริการเครือข่าย อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมล่วงหน้า และการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน จะช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

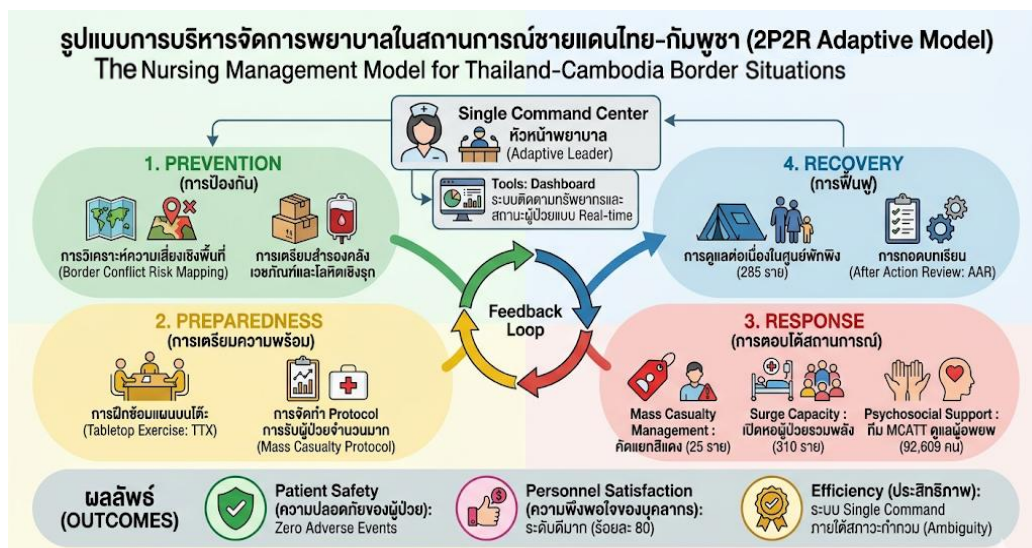
1.2 ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรดิจิทัล: การใช้ dashboard ติดตามสถานะผู้ป่วย และการคัดแยกกระดานสี (เขียว-เหลือง-แดง) ในฐานข้อมูล

ช่วยสนับสนุนการให้การตัดสินใจเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามแผนอพยพ ไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้อย่างแม่นยำ และรวดเร็ว การมีข้อมูลแบบ real-time ทำให้ผู้บริหาร และทีมปฏิบัติการสามารถเห็นภาพรวมของสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดความล่าช้าในการสื่อสาร และช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินสมัยใหม่ที่มีความสำคัญกับระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support system) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

1.3 ความพึงพอใจ และภาพลักษณ์องค์กร: บุคลากรพยาบาล และผู้รับบริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการมากกว่าร้อยละ 80.00 ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในระบบบริการของโรงพยาบาลสุรินทร์ ในฐานะศูนย์เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน (trauma excellence center) ระดับความพึงพอใจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบริหารจัดการที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่ช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อความรู้สึกมั่นคงของบุคลากร และความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อองค์กร นอกจากนี้ ยังสะท้อนภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ความไม่สงบ และภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อนได้อย่างมืออาชีพ

2. อภิปรายผล (discussion)

ผลการดำเนินงานครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมเชิงโครงสร้าง (structural preparedness) ภายใต้กรอบแนวคิด 2P2R มีบทบาทสำคัญในการลดความโกลาหลในระยะตอบโต้สถานการณ์ (response phase) และช่วยให้ระบบบริการพยาบาลสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยภายใต้ภาวะวิกฤต โดยประเด็นสำคัญที่อภิปรายได้ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลในสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา (2P2R adaptive model)

2.1 เอกภาพในการบริหารจัดการ (unity of command): การใช้ระบบการสั่งการแบบเอกภาพ (single command) โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บัญชาการด้านการพยาบาลหลักเพียงผู้เดียว ช่วยให้การสื่อสารคำสั่ง การมอบหมายงาน และการประสานงานภายในกลุ่มการพยาบาลเป็นไปอย่างชัดเจน รวดเร็ว และลดความซ้ำซ้อนในการสื่อสาร สอดคล้องกับแนวคิดของ Duckers และคณะ⁷ ที่ระบุว่า การจัดการภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยโครงสร้างการบังคับบัญชาที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการตัดสินใจ และลดความสับสนในการปฏิบัติงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีผู้นำทางการพยาบาลเป็นผู้สั่งการในภาวะสถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ สามารถช่วยให้การดำเนินงานได้รับการแก้ไข และจัดการได้อย่างรวดเร็ว

2.2 การจัดการทรัพยากรแบบพลวัต (dynamic resource management): การใช้ dashboard ในการติดตามสถานะผู้ป่วย การคัดแยกระดับความรุนแรง และการจัดการข้อมูลทรัพยากร ร่วมกับระบบเครือข่ายการยืม - คืน อุปกรณ์การแพทย์ ช่วยบรรเทาปัญหา

ความขาดแคลนอุปกรณ์สำคัญ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ด้าน surge capacity ที่ว่า สถานพยาบาลจะสามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตได้ดียิ่งขึ้น หากมีระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยง และบริหารทรัพยากรได้ในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือระดับเขตสุขภาพ⁸⁻⁹ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า เทคโนโลยีสารสนเทศ และการได้รับข้อมูลแบบทันเวลา เป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาลยุคใหม่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดของเวลา และทรัพยากร

2.3 การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (interprofessional collaboration): การบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เช่น ทีม sky doctor และทีม MCATT ในสถานการณ์จริงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ ยังมีส่วนสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ทหาร ประชาชน และครอบครัวผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ขัดแย้ง

โดยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การตอบสนองต่อเหตุการณ์ความไม่สงบไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ได้รับผลกระทบทุกกลุ่ม

3. ความยุ่งยาก ข้อจำกัด และปัจจัยท้าทาย (challenges and limitations)

แม้ผลการดำเนินงานจะสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลในระดับที่น่าพึงพอใจ แต่ยังมีประเด็นสำคัญที่ควรนำไปพัฒนาต่อยอด ดังนี้

3.1 การรับผู้ป่วยจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง: การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ปิดบริการชั่วคราวในจำนวนมาก และต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงหลายด้าน เช่น ความหนาแน่นของพื้นที่บริการ การบริหารเตียง และภาระงานของพยาบาลหน่วยงาน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าสะสม และผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งหากสถานการณ์ยืดเยื้อ ประเด็นนี้จะสะท้อน

ให้เห็นถึงความจำเป็นของการวางแผน surge capacity ที่ครอบคลุมทั้งด้านพื้นที่ บุคลากร และระบบสนับสนุน เพื่อรองรับสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง

3.2 ข้อจำกัดในการซ้อมแผน: เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีพลวัตสูง จึงไม่สามารถดำเนินการซ้อมแผนอพยพขนาดใหญ่ได้ตามแผนที่กำหนดไว้เดิม ส่งผลให้ต้องปรับเป็นการซ้อมแผนบนโต๊ะ (tabletop exercise) แทน ซึ่งแม้จะช่วยทบทวนบทบาทหน้าที่ และแนวทางการประสานงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถทดสอบความพร้อมของการปฏิบัติจริงได้อย่างครบถ้วน ข้อจำกัดดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การซ้อมแผนในสถานการณ์จริงหรือใกล้เคียงสถานการณ์จริง ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการประเมินความพร้อมเชิงปฏิบัติการของบุคลากร และระบบบริการ

ทั้งนี้ ได้สรุปปัจจัยท้าทาย ข้อจำกัด และแนวทางการจัดการ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยท้าทาย ข้อจำกัด และแนวทางการจัดการ

ปัจจัยท้าทาย (Challenges)	ความยุ่งยาก/ข้อจำกัด (Limitations/Difficulties)	แนวทางการจัดการ และนวัตกรรม (Management & Innovation)
1. การบริหารจัดการผู้ป่วยจำนวนมากมหาศาล (mass casualty & surge capacity)	การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชายแดนที่ถูกสั่งปิดบริการกะทันหันกว่า 310 ราย และผู้บาดเจ็บวิกฤต (red code) จำนวนมากพร้อมกัน ส่งผลต่อความหนาแน่นของพื้นที่บริการ และภาระงาน	- เปิดหอผู้ป่วยรวมพลัง (24 เตียง) เพื่อขยายพื้นที่บริการอย่างรวดเร็ว - ใช้ระบบ dashboard ติดตามสถานะและคัดแยกผู้ป่วยแบบ real-time เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการเคลื่อนย้าย
2. ข้อจำกัดในการซ้อมแผนปฏิบัติการ (drill limitations)	สถานการณ์สู้รบมีความผันผวนสูง และเกิดขึ้นจริงต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถซ้อมแผนอพยพขนาดใหญ่ในพื้นที่จริงได้ตามแผนเดิม	ปรับรูปแบบเป็นการฝึกซ้อมบนโต๊ะ (tabletop exercise: TTX) เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่ และแนวทางการประสานงานแทนการซ้อมใหญ่
3. การตัดสินใจภายใต้สภาวะกำกวม (decision-making under ambiguity)	ในช่วงเริ่มต้นสถานการณ์ ข้อมูลในพื้นที่สนามรบมีความไม่ชัดเจน และกำกวมสูง ทำให้จัดสรรทรัพยากรได้ยาก	ประยุกต์ใช้ภาวะผู้นำที่ปรับตัวได้ (adaptive leadership) และระบบ single command โดยหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้สั่งการหลักเพียงผู้เดียว

ตารางที่ 1 ปัจจัยท้าทาย ข้อจำกัด และแนวทางการจัดการ (ต่อ)

ปัจจัยท้าทาย (Challenges)	ความยุ่งยาก/ข้อจำกัด (Limitations/Difficulties)	แนวทางการจัดการ และนวัตกรรม (Management & Innovation)
4. ผลกระทบด้านจิตสังคม (psychosocial impact)	ผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 92,609 ราย และบุคลากรทำงานเผชิญกับภาวะเครียดจากการพลัดถิ่น และการทำงานภายใต้ความกดดันสูง	จัดตั้งทีม MCATT เพื่อคัดกรอง และให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย และบุคลากร
5. การบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้ข้อจำกัด (resource scarcity)	ปัญหาความขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์สำคัญ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และโลหิตที่ที่ต้องการใช้ อย่างเร่งด่วน	ใช้ระบบเครือข่ายยืม - คืนอุปกรณ์ การแพทย์จากโรงพยาบาลเครือข่าย ระดับตติยภูมิ และระดมการรับบริจาค โลหิตเชิงรุก

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการนำไปใช้ (recommendations)

จากผลการดำเนินงาน และข้อค้นพบที่ได้สามารถเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบาย และการนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน และความมั่นคง ดังนี้

4.1 การซ่อมแผนอพยพ: ควรกำหนดการซ่อมแผนอพยพโรงพยาบาลในระดับเต็มรูปแบบอย่างสม่ำเสมอเพื่อทดสอบความถี่ไหลของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากอาคารสูง การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย และการประสานงานร่วมกับหน่วยงานด้านความมั่นคง และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยการซ่อมแผนอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้บุคลากรเกิดความคุ้นเคยกับบทบาทหน้าที่ ช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติจริง และเพิ่มความพร้อมของระบบในภาวะวิกฤต

4.2 การบริหารจัดการพื้นที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน: ควรพัฒนาแนวทางการปรับปรุงใช้พื้นที่ภายในโรงพยาบาลให้มีความยืดหยุ่น สามารถขยายขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยหนักได้อย่างรวดเร็วโดยไม่กระทบต่อผู้ป่วยปกติ แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถบริหารพื้นที่ได้อย่างสมดุลระหว่างภารกิจตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กับการคงไว้ซึ่งบริการสุขภาพที่จำเป็นในภาวะปกติ

4.3 การแยกประเภทผู้ป่วย และระบบสารสนเทศ: ควรมีการทบทวนเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วย การบันทึก

ข้อมูลในระบบสารสนเทศ แนวทางการใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนจัดการผู้ป่วยแต่ละประเภทเมื่อเกิดการอพยพ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในการตัดสินใจ โดยการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความเชื่อมโยง และใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendations)

เพื่อให้การบริหารจัดการพยาบาลในสถานการณ์ภัยพิบัติหรือความขัดแย้งในพื้นที่ชายแดนมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ควรมีนโยบายสนับสนุน ดังนี้

1. การพัฒนาระบบ surge capacity สำหรับการรับผู้ป่วยไม่จำกัดจำนวน (unfettered admission): ควรกำหนดเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพในการจัดสรรทรัพยากรสำรอง (buffer stock) ทั้งด้านเวชภัณฑ์ และกำลังคน รวมถึงการออกแบบพื้นที่ใช้สอยภายในโรงพยาบาลให้มีความยืดหยุ่น (flexible space) เพื่อขยายขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยหนักจำนวนมากได้ทันทีโดยไม่กระทบต่อการบริการปกติ

2. การบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (digital decision support): สนับสนุนให้มีการใช้ระบบ dashboard ในการติดตามสถานะทรัพยากร และผู้ป่วยแบบ real-time เชื่อมโยงข้อมูล

ระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อลดความกำกวม (ambiguity) ของข้อมูลในช่วงเริ่มต้นของสถานการณ์สู้รบ และช่วยให้หัวหน้าพยาบาลตัดสินใจสั่งการได้อย่างแม่นยำภายใต้ระบบ single command

3. การยกระดับการดูแลทางจิตสังคม ตามแนวคิด PCM: บูรณาการบทบาทของทีม MCATT เข้ากับแผนตอบโต้ภัยพิบัติ โดยเน้นการสร้าง “ความหมาย และการยอมรับทางสังคม” (social acknowledgment) ให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบ และบุคลากร เพื่อป้องกันภาวะเหนื่อยล้าสะสม และบาดแผลทางใจในระยะยาว

4. นโยบายการฝึกซ้อมแผนแบบสถานการณ์จำลองระดับสูง: กำหนดให้มีการซ้อมแผนอพยพ และแผนรับผู้ป่วยจำนวนมากศาลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในรูปแบบ tabletop exercise และ full-scale drill ร่วมกับหน่วยงานความมั่นคง เพื่อทดสอบระบบบัญชาการเหตุการณ์ และเพิ่มความคุ้นเคยของบุคลากรต่อบทบาทหน้าที่ในภาวะวิกฤต

5. การเสริมสร้างภาวะผู้นำที่ปรับตัวได้ (adaptive leadership): บรรจุหลักสูตรการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสภาวะวิกฤต และการจัดการความเครียดสำหรับผู้บริหารการพยาบาล เพื่อสร้างความพร้อมในการนำองค์กรผ่านพ้นเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนสูง และเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

บทสรุป

ความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนไทย-กัมพูชา

จำเป็นต้องอาศัยภาวะผู้นำที่ปรับตัวได้ (adaptive leadership) การตัดสินใจเชิงระบบ และการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างยืดหยุ่น ภายใต้ข้อจำกัด คือ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลในภาวะวิกฤต และภาวะสงคราม¹⁰ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ผู้นำในภาวะวิกฤตต้องสามารถ ประเมินสถานการณ์อย่างรวดเร็ว ปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสม และนำทีมให้คงประสิทธิภาพการทำงานได้แม้อยู่ภายใต้แรงกดดันสูง นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบความพร้อมรับมือภัยพิบัติ¹¹ สำหรับพยาบาลในพื้นที่ชายแดนล่วงหน้า ยังเป็นกลไกสำคัญในการลดความสูญเสีย และเพิ่มความปลอดภัย พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพ

จากที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้เป็นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่า การมีโครงสร้างบัญชาการองค์กรพยาบาลที่เข้มแข็ง การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การสื่อสารสั่งการแบบเอกภาพ และการบริหารจัดการทรัพยากรที่ยืดหยุ่น รวมถึงการบูรณาการการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ระบบบริการ สามารถตอบสนองต่อทุกวิกฤตการณ์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ดังนั้น รูปแบบการบริหารจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ จึงไม่ใช่เพียงแค่แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชาเท่านั้น แต่ยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน และภัยพิบัติในบริบทอื่นของประเทศต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. The Government Public Relations Department. Summary of the situation and assistance for people affected by the Thai-Cambodian border conflict [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 17]. Available from: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/3219/iid/397635> (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Emergency management and medical and public health impacts of the Thailand-Cambodia border conflict [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/08/5.4-V3-thai-cambodia.pdf> (in Thai)

3. Surin Provincial Public Relations Office. Surin province holds a daily situation monitoring meeting on aerial threats No. 5/2025 [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 15]. Available from: <https://surin.prd.go.th/th/content/category/detail/id/3394/iid/455849> (in Thai)
4. World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva, Switzerland: WHO; 2019.
5. Sathira-Angkura T, Leelawongs S, Srisuthisak S, Puttapitukpol S, Yonchoho N, Jamsomboon K. Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Sciences* 2021;30(2):320-33. (in Thai)
6. Heifetz RA, Grashow A, Linsky M. The practice of adaptive leadership: tools and tactics for changing your organization and the world. Boston, MA: Harvard Business Press; 2009.
7. Duckers MLA, Yzermans CJ, Jong W, Boin A. Psychosocial crisis management: the unexplored intersection of crisis leadership and psychosocial support. *Risk, Hazards and Crisis in Public Policy* 2017;8(2):94-112. doi: 10.1002/rhc3.12113.
8. Baldevenites EVL, Bracho-Fuenmayor PL, Manosalvas-Vaca C, Quintero MIS, Muñoz AMC. Adaptive leadership in health crises: lessons from the COVID-19 pandemic for public health systems. *Health Leadership and Quality of Life* 2025;4:846. doi: 10.56294/hl2025846.
9. Hick JL, Barbera JA, Kelen GD. Refining surge capacity: conventional, contingency, and crisis capacity. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2009;3 Suppl 1:S59-67. doi: 10.1097/DMP.0b013e31819f1ae2.
10. Emergency Operational Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Manual of guidelines for establishing Emergency Operations Center (EOC) and Incident Command System (ICS) in regional areas. Nonthaburi: Emergency Operational Center; 2020. (in Thai)
11. Hasan MK, Nasrullah SM, Quattrocchi A, González PA, Delgado RC. Hospital surge capacity preparedness in disasters and emergencies: protocol for a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(20):13437. doi: 10.3390/ijerph192013437.