

กำหนดการประชุม 9th HA National Forum : “องค์กรที่มีชีวิต” (Living Organization)

11-14 มีนาคม 2551 ณ IMPACT Convention Center & Hall 8, เมืองทองธานี

วันที่ 11 มีนาคม 2551 : Grand Ballroom

13.00-14.00 น.	ลงทะเบียน สำหรับผู้เข้ารับไปประกาศนียบัตร
15.30 น.	ผู้แทนโรงพยาบาล คณะกรรมการฯ แขกรับเชิญ และผู้เข้าร่วมประชุม พร้อมเพรียงกัน ณ ห้องประชุม Grand Ballroom
16.00-16.30 น.	พิธีเปิดการประชุม - ประธานประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ - เปิดนิทรรศการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
16.30-17.00 น.	ครูเยี่ยมศิษย์หลังตัดป้าย HA (ศ.เกียรติคุณ นพ.อรุณ เฟ่าสวัสดิ์)

วันที่ 12 มีนาคม 2551

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

14.30-15.00 น. อาหารว่าง

	A1 (08.00-10.00 น.)	A2 (10.30-12.00 น.)	A3 (13.00-14.30 น.)	A4 (15.00-16.30 น.)
GB	นำเข้าสู่การประชุม มอบกิตติกรรมประกาศ ปาฐกถาพิเศษ: ทิศทางระบบสุขภาพ คุณภาพ และงานวิจัย ในทศวรรษหน้า (ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา)	ขับเคลื่อนชีวิตด้วยจิตวิวัฒน์	The power of Living organization	Sense and sensibility...
MR1		งานคุณภาพสู่จิตวิวัฒน์	การไร้ระเบียบ ที่เป็นระบบ	เข้าถึงพุทธธรรม ผ่านคำอธิบายทาง วิทยาศาสตร์
MR2		จากจุดเริ่มต้น...สู่การปฏิบัติจริงของ Humanized Healthcare	การเดินทางของความคิด สู่วิกฤตใจ	ธรรมะกับความรักในการทำงาน
MR3		สร้าง Brand ให้อยู่ในใจผู้บริโภค	เพื่อนคุณภาพ	Living Service through 4Learn
MR4		ทำอะไรให้ทีมงานวิจัยในโรงพยาบาล คุณภาพ	รพ.เล็กใหญ่ วิจัยร่วมกัน ลัดสู่คุณภาพ	ประเด็นสำคัญในการทำวิจัยร่วมหลาย โรงพยาบาล
MR5		BUPA Clinical Excellence	Quality Walk & Talk	Moving Theater
MR6		สามช่วงวัย ยิ้มสดใส คนไทยพันธุ์	พิชิตอ้วน พิชิตพุง	นมแม่ไม่ยาก หากรู้วิธี
Phoenix 1-3 (Y)		Magnet Hospital	Patient Safety Campaign	Safety We Care: IV CoP
Phoenix 4-6 (Z)		Patient Safety ในการสอนและงาน บริการ	Thai HA Trigger Tool กระจกส่อง ความเสี่ยงทางคลินิก	Concurrent Trigger Tool
MR7		รังสีเทคนิคมืออาชีพ	Living Clinical Laboratory	AI in Hospital Life
MR8	เยียวยาด้วยหัวใจ ให้ผู้บาดเจ็บ	แม่ลูกผูกพัน	เยียวยาหัวใจ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
MR9	จิตเวชในหลากหลายบริบท	เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตมีสุข	ลมหายใจคุณภาพ	
MR10 (X)	เบาหวาน แต่ไม่เบาใจ	Short Movie		

หมายเหตุ: ห้อง Phoenix 1-6 อยู่ที่ Hall 8

วันที่ 13 มีนาคม 2551

08.00-08.30 น. เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

14.30-15.00 น. อาหารว่าง

	B1 (08.30-10.00 น.)	B2 (10.30-12.00 น.)	B3 (13.00-14.30 น.)	B4 (15.00-16.30 น.)
GB	-New HA Standards: Concept & Overview -Quality, Safety & Learning Culture	-The Highest Level of 3P, from Strategies to Results -Staff Focus	-Highlight in Patient Care -Care of High Risk Patients and Services	-HPH Integration -New Requirements to be Concerned
MR1	เปิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้ขององค์กรที่มีชีวิต	การดูแลคนไข้เรื้อรังด้วยกระบวนการจิตวิวัฒน์	การเปิดพื้นที่การเรียนรู้ตนเอง คนทำงาน สาธารณสุข	เยี่ยมയാองค์กรด้วยพลังของจิตร่วม
MR2	Humor at workplace	สายใยแห่งครอบครัว...Family Link	ดูแลโรงพยาบาลอย่างไร ให้เหมือนเลี้ยงลูก	ศิลปะบำบัด ศาสตร์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย
MR3	Leadership Style for Living Organization	Staff engagement	Talent Management	การพัฒนาองค์กรที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่อง” ประสพการณ์ของรามาริบัติ”
MR4	เริ่มต้นตั้งคำถามและออกแบบงานวิจัยให้ได้คุณภาพ	นักวิจัยคุณภาพตามหลักสากล	หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ (DMU) ช่วยให้ท่านหายห่วง	วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา
MR5	Prevention of IV infection and other serious complications.	ขับเคลื่อนไปด้วยพลังใจที่ยิ่งใหญ่ ในองค์กรแห่งความมีชีวิตชีวา	เรื่องเล่า หมู่เฮฮาชาวอีสาน	แกงโฮ๊ะ...ครบเครื่องเรื่องคุณภาพ
MR6	ห้องไม่พร้อม ดูแลอย่างไร : มุมมองด้านสังคมและกฎหมาย	ห้องไม่พร้อม ดูแลอย่างไร : มุมมองด้านกายและจิต	เครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิกับก้าวอย่างที่เรียนรู้	ศูนย์แพทย์ชุมชนกับการจัดการเครือข่าย PCU แบบใหม่
Phoenix 1-3 (Y)	Medication Reconciliation	การใช้ประโยชน์จาก Indicators ของระบบยา	กำจัดจุดอ่อนของการวินิจฉัยและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	การจัดการเชิงระบบยาที่มีความเสี่ยงสูง
Phoenix 4-6 (Z)	Emergency Medicine	ป้องกันและบอกลดความเสี่ยง	เมื่อวัฒนธรรมมา - RM จะสบาย	ใส่ใจเป้าหมาย ปลอดภัยผู้ป่วย
MR7	มั่นใจแค่ไหนว่าทำฟันแล้วจะไม่ติดเชื้อ?	Safety solution for dental practice	Hand and Live	นวัตกรรม ความปลอดภัย หัวใจชีวิต
MR8	จิตอาสาที่มีจิตวิญญาณ		Heart For HIV	
MR9	เรื่องของเด็ก ไม่ใช่เรื่องเล็ก	จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	Lifestyle, Mind & Body	ระบบที่โยโย สมดุลและพอเพียง
MR10 (X)	World café : ศิลปะบำบัดกับการดูแลผู้ป่วย	World café : สุนทรียสนทนา แก้ปัญหาได้จริงหรือ	World café : จากการเริ่มต้น สู่งานทำจริง ของ Humanized Healthcare	World café : ทำอย่างไรให้โรงพยาบาล (ของเรา) เป็น Living Organization
Jupiter 14-16	09.00-11.30 น. DM Walk Rally รอบที่ 1 (รับได้ 200 คน โปรดลงทะเบียน)		13.00-15.30 น. DM Walk Rally รอบที่ 2 (รับได้ 200 คน โปรดลงทะเบียน)	

วันที่ 14 มีนาคม 2551

08.00-08.30 น. เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้

10.00-10.30 น. อาหารว่าง

12.00-13.00 น. อาหารกลางวัน

	C1 (08.30-10.00 น.)	C2 (10.30-12.00 น.)	C3 (13.00-14.30 น.)	C4 (14.30-15.15 น.)
GB	- เมื่อนักระบาดวิทยา มาบริหาร รพ. - Spirituality in Healthcare	Living Nursing Management	Management Innovation	มอบรางวัล อาจารย์อารี - สมสาท มอบ Humanized Healthcare Award ปาฐกถาพิเศษ : ศานติสุขในระบบบริการสุขภาพ (ศ.นพ.ประเวศ วะสี) ปิดประชุม
MR1	การนำพา การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข	การสื่อสารด้วยความรักและสันติสุข	เรียนรู้จากโลกกว้าง สร้างแรงบันดาลใจ แทนการใช้อำนาจ	
MR2	สายธารแห่งความหวังและความศรัทธา	การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว	กลยุทธ์สร้างสุขและพลังองค์กร	
MR3	Strategic Advantage & Organizational Core Competency	Flexibility & Agility	Succession Plan	
MR4	วิจัยคุณภาพชีวิตโรคเรื้อรัง ผลงานระดับชาติ	Multiple Cross-sectional Cohort Study กับ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว	ประโยชน์กำลังสามของงานวิจัย คนไข้ คน ทำ และ รพ.	
MR5	สื่อสาร สร้างเสริม เต็มเต็ม	จากใจชาวใต้ ให้คุณภาพชีวิต	IT เพียงพอ อย. ปลอดภัย	
MR6	การเชื่อมโยงบริการโรงพยาบาลกับสถานี อนามัย	หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความ ต้องการชุมชน	หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความ ต้องการผู้รับบริการและชุมชน	
Phoenix 1-3 (Y)	Clinical Governance & Beyond CPG	การป้องกันการฟ้องร้อง	Getting Evidence into Practice	
Phoenix 4-6 (Z)	ป้องกัน Error, ใช้ Trigger ดู AE	ติดเชื่อยามา ไข้ยาให้ถูก	คิดไม่ถึง จึงติดเชื้อ	
MR7	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เผชิญความตายอย่างสงบ		จิตวิญญาณผสมผสานธรรม นำสู่ความสุข	
MR8	เอื้ออาหาร ผู้ด้อยโอกาส		ดูแลจิต ใส่หัวใจ ให้ผู้ป่วยจิตเวช	
MR9	หวังใย ในผู้ป่วยศัลย์และสมอง	Idea, Innovation, & Information	สำเร็จด้วยใจ	
MR10 (X)	Happy Organization & Imaginary Hospital			

ห้อง Grand Ballroom

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-08.20	นำเข้าสู่การประชุม
08.20-09.20	มอบกิตติกรรมประกาศบัณฑิตชั้นที่ 1 และ 2 สู่ HA, ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานดีเด่น ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา
09.20-10.00	A10: ทิศทางระบบสุขภาพ คุณภาพ และงานวิจัย ในทศวรรษหน้า ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา
10.30-11.30	A20a: ขับเคลื่อนชีวิตด้วยจิตวิวัฒน์ พระไพศาล วิสาโล (วัดป่าสุคะโต)
11.30-12.00	A20b: ร่วมคิด ร่วมฝัน นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
13.00-14.30	A30: The power of Living organization ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
15.00-16.30	A40: Sense and sensibility...องค์กร ผัสสะ และสุนทรีย์ภาพ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้ นพ.วัชรพล ภูนวล (รพ.อุดรดิตถ์)
08.30-09.15	B10a: New HA Standards: Concept & Overview นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
09.15-10.00	B10b: Quality, Safety & Learning Culture เรวดี ศิรินคร (พรพ.), รศ.นพ.ชนนินทร์ วนาภิรักษ์ (มช.), นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
10.30-11.15	B20a: The Highest Level of 3P, from Strategies to Results นพ.สมเกียรติ สุวัฏกุล (ศิริราช), นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
11.15-12.00	B20b: Staff Focus โกเมธ นาควรรณกิจ (พรพ.), พรประภา โลจนะวงศกร (รพ.ภูมิพลฯ)
13.00-13.45	B30a: Highlight in Patient Care ผ่องพรรณ ธนา (พรพ.), รศ.นพ.จรัส กังสนารักษ์ (มช.), นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
13.45-14.30	B30b: Care of High Risk Patients and Services นพ.สมพร คำผิง
15.00-15.45	B40a: HPH Integration นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ (รพ.ชุมพรฯ)
15.45-16.30	B40b: New Requirements to be Concerned นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (พรพ.)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	เก็บมาเล่าขาน เรื่องเมื่อวานนี้ นพ.วัชรพล ภูนวล
08.30-09.15	C10a: เมื่อนักระบาดวิทยา นำสัญญาใจ มาใช้บริหาร รพ. ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร (รพ.เซนต์หลุยส์)
09.15-10.00	C10b: Spirituality in Healthcare นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (กรมสุขภาพจิต)
10.30-12.00	C20: Living Nursing Management ดร.วิภาดา คุณาวิกตกุล (มช.), ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช), เพ็ญจันทร์ แสนประสาน * (รพ.เซนต์หลุยส์)
13.00-14.30	C30: Management Innovation รศ.นพ.สุเมธ พีระวุฒิ (มอ.), ศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวาธร (รพ.บำรุงราษฎร์), น.ต. นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ * (กรมการแพทย์)
14.30-14.45	มอบรางวัล “อาจารย์อารี – สมสาท” ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี มอบรางวัล “Humanized Healthcare Award” ศ.นพ.ประเวศ วะสี
14.45-15.15	C40: ศานติสุขในระบบบริการสุขภาพ ศ.นพ.ประเวศ วะสี
15.15	ปิดประชุม

หมายเหตุ * คือผู้ดำเนินการอภิปราย

ห้อง Meeting Room 1 : เรือนขาน กันเอง (Spiritual Transformation)
(ร่วมจัดโดยสถาบันขวัญเมือง เชียงราย)

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมืดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A21: งานคุณภาพสู่จิตวิวัฒน์ ดร.นพ.สกล สิงหะ (คณะแพทย์ มอ.), ญัฐพล วัจวิญญู (สถาบันขวัญเมือง), นพ.วิรัช พันธุ์พานิช * (รพ.ลำพูน)
13.00-14.30	A31: การไร้ระเบียบ ที่เป็นระบบ ดร.ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ (มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม)
15.00-16.30	A41: เข้าถึงพุทธธรรม ผ่านคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ ทพ.สม สุจีรา (เสรีไทยคลินิกทันตแพทย์)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมืดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B11: เปิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้ขององค์กรที่มีชีวิต นพ.กิจจา เจียรวัฒนาภัก (รพ.นครพิงค์), นพ.สรารัฐ สุพรรณพิทักษ์ (รพ.ป่าเย้), ญัฐพล วัจวิญญู (สถาบันขวัญเมือง), นพ.วิรัช พันธุ์พานิช * (รพ.ลำพูน)
10.30-12.00	B21: การดูแลคนไข้เรื้อรังด้วยกระบวนการจิตวิวัฒน์ พญ.มนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ (รพ.สวรรค์ประชารักษ์), นพ.มารุต เหล็กเพชร (CMU พรุใน อ.เกาะยาว), กุลดา พฤติวรรณ (รพ.นครพิงค์), มนตรี ทองเพ็ชร (สถาบันขวัญเมือง)
13.00-14.30	B31: การเปิดพื้นที่การเรียนรู้ตนเอง คนทำงานสาธารณสุข อังคณา มาศรีงสรรค์ (สถาบัน Smart & Smile), นพ.สมพงษ์ ยุงทอง (รพ.ศรีสวรรค์), เพียรพร ยุงทอง (รพ.สวรรค์ประชารักษ์), ธัญธร เปรมใจชื่น (สถาบันขวัญเมือง)
15.00-16.30	B41: เขียวยาองค์กรด้วยพลังแห่งจิตร่วม สมพล ชัยสิริโรจน์ (บริษัท ไอ.ซี.ซี. จำกัด), ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ (ม.มหิดล), ญัฐพล วัจวิญญู (สถาบันขวัญเมือง)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมืดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C11: การนำพา การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข ดร.โคทม อารียา (ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี ม.มหิดล)
10.30-12.00	C21: การสื่อสารด้วยความรักและสันติสุข นริศ มณีขาว (ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี ม.มหิดล)
13.00-14.30	C31: เรียนรู้จากโลกกว้าง สร้างแรงบันดาลใจ แทนการใช้อำนาจ ทิชา ณ นคร (บ้านกาญจนาภิเษก), อภิชาติ การุณกรสกุล (บ.เอเซียปริซิ่ง), ดร.ประพนธ์ ผาสุขยัต (สคส.)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมืดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 2: Humanized Healthcare

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A22: จากจุดเริ่มต้น...สู่การปฏิบัติจริงของ Humanized Healthcare นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (รพ. ปรุทไทย), นพ.สมพนธ์ นวรัตน์ (รพ.บ้านลาด), นงลักษณ์ วรรณรักษานานนท์ (รพ.ตากลี), รศ.นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์
13.00-14.30	A32: การเดินทางของความคิด สู่วิกฤตใจ ผศ.พญ.จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ (มอ.), ผศ.นพ.อานนท์ วิทยานนท์ (มอ.)
15.00-16.30	A42: ธรรมะกับความรักในการทำงาน พระราชปฏิญาณมณี (วัดประยุรวงศาวาสวรวิหาร), กลินท์ สุรวงศ์ บุญนาถ (บ.ตวันนาโฮเทล จำกัด)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B12: Humor at Workplace Susan Dustin Hattan, นพ.มัชฌ์ สามเสน (สถาบันประสาทวิทยา), ญญ.บุษรา วาจา จำเริญ (รพ.นพรัตนราชธานี), นพ.ธานี จิตตรีประเสริฐ (กรมการแพทย์)
10.30-12.00	B22: สายใยแห่งครอบครัว...Family Link เครือวัลย์ เทียงธรรม (สมาคมสายใยครอบครัว), แม่กุสุมาลัย สุทธิลือ (สมาคมสายใยครอบครัว), ศรีฎา กัลยาณชาติ (สมาคมสายใยครอบครัว), พญ.สมรภัท ชูวานิชวงศ์ (รพ.ศรีธัญญา)
13.00-14.30	B32: ดูแลโรงพยาบาลอย่างไร ให้เหมือนเลี้ยงลูก นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ (รพ.เชียงใหม่)
15.00-16.30	B42: ศิลปะบำบัด ศาสตร์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย พญ.พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง (ศูนย์ศิลปะ Human)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C12: สายธารแห่งความหวังและความศรัทธา นิลอุบล จันทร์โหนด (มูลนิธิสายธารแห่งความหวัง), ธารณี ลิ้ม พงศธร (ศิริราช), นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ (รพ.เชียงใหม่)
10.30-12.00	C22: การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว พรทิพย์ ไหมทอง (รพ.จุฬาฯ), พ.ต.หญิง สิริพิชญ์ ภัทธรธรรมาภรณ์, (รพ.พระมงกุฎเกล้า), วรรณณา จารุสมบุรณ์ (เครือข่ายพุทธิกา), พ.อ.นพ.ดุสิต สดวาร์ (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
13.00-14.30	C32: กลยุทธ์สร้างสุขและพลังองค์กร ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (ศิริราช), ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ (จุฬาฯ)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 3: Management for Living Organization

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A23: สร้าง Brand ให้อยู่ในใจผู้บริโภค ภาณุ.ศิริลักษณ์ สุทธิกุล (บริษัทโนวาติส ประเทศไทย จำกัด)
13.00-14.30	A33: เพื่อนคุณภาพ ปวีกร จุณณานนท์ (บ.ไทยประกันชีวิต)
15.00-16.30	A43: Living Service through 4Learn นท.บดินทร์ วิจารณ์ (บ.ADLI)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B13: Leadership Style for Living Organization พญ.สมสิริ สกลสัตยาทร (รพ.สมิติเวช)
10.30-12.00	B23: Staff engagement สุจิน กระจ่างศรี (บ.เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด), ผศ.นพ.ก่อพงศ์ รุกขพันธ์ (รพ.สมิติเวช สุขุมวิท), นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ (รพ.เสาไห้), ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิชิตโชค (รพ.จุฬาฯ)
13.00-14.30	B33: Talent Management ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา (ม.มหิดล)
15.00-16.30	B43: การพัฒนาองค์กรที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่อง”ประสบการณ์ของรามาริบัติ” ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน (รพ.รามาริบัติ)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C13: Strategic Advantage & Organizational Core Competency นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล (บ.ADLI)
10.30-12.00	C23: Flexibility & Agility นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ (รพ.เสาไห้), นพ.สมยศ ศรีจารนัย (สสจ.กาฬสินธุ์), ปิติพันธ์ เทพปติมากร (ปตท.), ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ (มอ.)
13.00-14.30	C33: Succession Plan นพ.ชาตรี ดวงเนตร (รพ.กรุงเทพ)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 4: Research & Quality
(ร่วมจัดโดย CRCN – Clinical Research Collaboration Network)

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A24: ทำอย่างไรให้ทีมงานวิจัยในโรงพยาบาลคุณภาพ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สวรส.), นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (พรพ.), นพ.วิทยา ตันสุวรรณนนท์ (สปสช.), ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินัย* (CRCN)
13.00-14.30	A34: รพ.เล็กใหญ่ วิจัยร่วมกัน ลัดสุดคุณภาพ Prof. Johan Karlberg (U of Hong Kong), นพ.พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล (มช.), ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินัย (CRCN), รศ.นพ.ภาสกร ศรีทิพย์สุโข* (CRCN)
15.00-16.30	A44: ประเด็นสำคัญในการทำวิจัยร่วมหลายโรงพยาบาล รศ.อรุณ จิรวินกุล (CRCN), ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินัย (CRCN), ศ.นพ.เกียรติ รักรุ่งธรรม (จุฬาฯ), พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ (CRCN), นพ.ดร.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล* (CRCN)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B14: เริ่มต้นตั้งคำถามและออกแบบงานวิจัยให้ได้คุณภาพ Dr.Baishaki Banerjee-Taylor (U of North Carolina, USA), พ.อ.ผศ.นพ.ดร.ราม รังสินธุ์ (CRCN), รศ.นพ.ภาสกร ศรีทิพย์สุโข (CRCN), ดร.ภญ.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล* (CRCN)
10.30-12.00	B24: นักวิจัยคุณภาพตามหลักสากล รศ.ภญ.โสภิต ธรรมอารี (JREC), นพ.ประวิทย์ ตัญญาสิทธิสุนทร (PReMA), ดร. เอื้อมพร ศรีกฤษณพล (PReMA), ทาริกา สมอ* (CRCN)
13.00-14.30	B34: หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ (DMU) ช่วยให้งานหายห่วง รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ (CRCN), ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล (CRCN)
15.00-16.30	B44: วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา รศ.พญ.สายบัว ชีเจริญ (มอ.), นพ.เพชร รอดอารี (วชิรพยาบาล), นพ.สรรชวิษ อัครเรืองชัย (พรพ.), นิลทิศา ศรีไพบูลย์กิจ (CRCN), นพ.ดร.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล* (CRCN)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C14: วิจัยคุณภาพชีวิตโรคเรื้อรัง ผลงานระดับชาติ ผศ.นพ.สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ (ศิริราช), รศ.นพ.กิตติ ต่อจรัส (รพ.พระมงกุฎเกล้า), รศ.พญ.สายบัว ชีเจริญ (มอ.), พ.อ.ผศ.นพ.ดร.ราม รังสินธุ์* (CRCN)
10.30-12.00	C24: Multiple cross-sectional cohort study กับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ศ.นพ.จิตร ลิทธิธรรม (รพ.เซนต์หลุยส์), พ.อ.นพ. สามารถ นรินันท์ (รพ.พระมงกุฎ), รศ.อรุณ จิรวินกุล* (CRCN)
13.00-14.30	C34: ประโยชน์กำลังสามของงานวิจัย คนไข้ คนทำ และ รพ. พ.อ.หญิง ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์ (รพ.พระมงกุฎเกล้า), นพ.เพชร รอดอารี (วชิรพยาบาล), พ.อ.นพ.ประวิช ตันประเสริฐ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ), รศ.พญ.วสี ตูลวรรณะ* (CRCN)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 5: Field Experience
(ร่วมจัดโดย HACC โคราซ, ขอนแก่น, เชียงใหม่, ภาคใต้, ม.นเรศวร)

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A25: BUPA Clinical Excellence นพ.เกรียงศักดิ์ พิมพ์ดา (รพ.อุดรธานี), รศ.นพ.ประชา นันทน์นฤมิตร (รามาริบัติ), บุญเรียม จุติวิโรจน์ (รพ.สงขลานครินทร์), ศ.พญ.ชนิกา ตุจินดา
13.00-14.30	A35: Quality Walk & Talk วิไลพร บุญฤทธิ์ (รพ.ศิริราช), หทัยนุช ภูเพ็ง (รพ.กองโกลาซ), จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ (รพ.ปัตตานี), ภก.ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช (บ.3M)
15.00-16.30	A45: Moving Theater ทพ.ญ.ดลฤดี ชมภูรัตน์ (รพ.เชียงใหม่), สุวรรณ พานแก้ว (รพ.เชียงใหม่), พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล (รพ.เชียงใหม่)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B15: Protecting Patient from Harm: Prevention of IV Infection and Other Serious Complications ดร. กรองกาญจน์ สังเกต (ม.มหิดล), สดใส เกตุไฉน (รพ.ศิริราช)
10.30-12.00	B25: ขับเคลื่อนไปด้วยพลังใจที่ยิ่งใหญ่ ในองค์กรแห่งความมีชีวิตชีวา (HACC โคราซ) พล.ต.บุญลือ วงษ์ท้าว (รพ.ค่ายสุรนารี), นพ.สมชัย นิพานิช (รพ.มหาราชนครราชสีมา), พญ.นิลเนตร วีระสมบัติ (รพ.สูงเนิน), นพ.วชิระ บดินทร์ (รพ.ชุมพวง), นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ (สสจ.นครราชสีมา)
13.00-14.30	B35: เรื่องเล่า หมู่เฮาชาวอีสาน (HACC ขอนแก่น) วิไล ทานาลาด (รพ.กระนวน), มนทิรา วรรณพิมพ์ศรี (รพ.ศรีนครินทร์), ทศนีย์ โพนสุวรรณ (รพ.โพธิ์ชัย), อภิวันท์ ไทยงามศิลป์ (รพ.ภาพสินธุ์), รศ.นพ.วิสุทธิ์ สุชีพไพศาล เจริญ (มข.), นพ.สมคิด เลิศสินอุดม (รพ.ขอนแก่น)
15.00-16.30	B45: แกงโเีะ...ครบเครื่องเรื่องคุณภาพ (HACC เชียงใหม่) พัชรี คำธิตา (รพ.แม่ทา), นพ.อุทัย เจริญภาพ (รพ.แมคคอร์มิค), ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), รศ.พญ.อภิชนา ไชวินทะ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), อาภรณ์ ชัยรัตน์ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C15: สื่อสาร สร้างเสริม เต็มเต็ม (HACC ม.นเรศวร) ภญ.พรชนก แดงสมบูรณ์ (รพ.พุทธชินราช), พญ.น้ำทิพย์ อินทับ (รพ.พุทธชินราช), ชัยโย แก้วอำ (รพ.หล่มสัก), นิลศรี ฐิติโกภา (รพ.อุดรดิตถ์), ชัยวัฒน์ เป้าเฮงผล (รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช) แสงทอง ประสุวรรณ (ม.นเรศวร)
10.30-12.00	C25: จากใจชาวใต้ ให้คุณภาพชีวิต (HACC ภาคใต้) พญ.อนุสร่า กังอุบล (รพ.ป่าพะยอม), ภญ.สิริสิต สายชล (รพ.โคกโพธิ์), ศิริจันทร์ ยางทอง (รพ.ควนเนียง), อาภรณ์ พงษ์หา (รพ.สงขลานครินทร์), ชูศรี มณีรัตน์ (รพ.หาดใหญ่) รศ.นพ.รัช ชาญชญาพันธ์ (มอ.)
13.00-14.30	C35: IT เพียงพอ อย. ปลอดภัย ภญ.ปัญญฉัตร ซอสุขไพบูรณ์ (รพ.ราชวิถี), ภญ.เบญจมาศ บุตดาวงค์ (รพ.โนนคูณ), พยอ ม่วงภักดี (รพ.สงขลา), ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ (รพ.อุดรธานี)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Meeting Room 6: Health Promotion & Primary Care Unit
(ร่วมจัดโดยกรมอนามัย และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A26: สามช่วงวัย ยิ้มสดใส คนไทยฟันดี ทพ.ญ.ต้นสนธิ์ รัชชกุล (ศูนย์พัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ), ทพ.ญ.มาลี วันทนาศิริ (รพ.ลำลูกกา), ทพ.ญ.จิณห์วรา จิรธรรมโอภาส (รพ.เจ้าหมื่น), ทพ.สุธา เจริญณิโชติชัย (กรมอนามัย)
13.00-14.30	A36: พิชิตอ้วน พิชิตพุง รศ.นพ.ปัญญา ไช้มุก (สมาคมวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย), นพดล ดาวแสงสว่าง, สง่า ดามาพงษ์ (กรมอนามัย)
15.00-16.30	A46: นมแม่ไม่ยาก หากรู้วิธี พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (สถาบันเด็กแห่งชาติ), ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ (สถาบันเด็กแห่งชาติ), ปวีณธิดา วานม่วง (คุณแม่แม่ตัวอย่าง), พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย (ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B16: ท้องไม่พ้อม ดูแลอย่างไร : มุมมองด้านสังคมและกฎหมาย รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล (ม.มหิดล), รศ.ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ (ม.ธรรมศาสตร์), พญ.นันทา อ่วมกุล (กรมอนามัย)
10.30-12.00	B26: ท้องไม่พ้อม ดูแลอย่างไร : มุมมองด้านกายและจิต นพ.ธนพันธ์ ชูบุญ (มอ.), ศ.นพ.ประทีป โอประเสริฐสวัสดิ์ (รามาริบัติ), รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ (ศิริราช), พญ.นันทา อ่วมกุล (กรมอนามัย)
13.00-14.30	B36: เครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิกับก้าวที่ยั่งยืน นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล (PCU ยางตลาด), พญ.สมพิศ จำปาเงิน (PCU หนองหญ้าไซ), นพ.วิจิต สฤษฏีชัยกุล (สสจ.หนองบัวลำภู), นพ.วรวิทย์ โฆษารกุล (รพ.สันทราย)
15.00-16.30	B46: ศูนย์แพทย์ชุมชนกับการจัดการเครือข่ายPCUแบบใหม่ นพ.สุธี สุดดี (รพ.วารินชำราบ), พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์ (CMU วัดเป็ก), นพ.ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ (สปสช.)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C16: การเชื่อมโยงบริการโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย นพ.ลักษณะเลิศ วรรณภาสนี (รพ.ศรีสะเกษ), พญ.จุฑารัตน์ ปิติพุทธพงศ์ (รพ.แพร่), พ.ญ.สุพัชรา ศรีวินิจฉัยกร (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)
10.30-12.00	C26: หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการชุมชน เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ (PCU รพ.ท่าช้าง), สมจิตร์ จาอินตะ (สอ.พระราชทาน ปาซาง), นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)
13.00-14.30	C36: หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและชุมชน นพ.เจ็ดพันธ์ุ ภัทรพงศ์สินธุ์ (รพ.หนองบัวระเหว), จิรนนท์ วงศ์มา (PCU หนองหาร), เพ็ญลักษณ์ ขำเลิศ (รพ.ภาชี), นพ.เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ (รพ.พระนครศรีอยุธยา)
14.30-15.15	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom

ห้อง Phoenix 1-3, Hall 8 (Y): Professional Update

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
10.30-12.00	A2Y: Magnet Hospital เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์), วรณีย์ บุญช่วยเหลือ (รพ.บำรุงราษฎร์), ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ (รพ.ศิริราช)
13.00-14.30	A3Y: Patient Safety Campaign in Thailand: "Clean hand, Clean Equipment and Clean Care (VAP)" ศ.นพ.สมหวัง ต่านชัยวิจิตร (ศิริราช), ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์ (ม.ธรรมศาสตร์)
15.00-16.30	A4Y: Safety We Care: IV CoP เกษร ธีระธนานนท์ (รพ.อุดรธานี), อาลี แซ่เจียว (รพ.สุราษฎร์ธานี), ประภาพร นิกรเพสย์ (รพ.อินทร์บุรี), ดร.ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ (ศิริราช)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.30-10.00	B1Y: Medication Reconciliation ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง (รพ.บำรุงราษฎร์), ภญ. สุวรรณีย์ เจริญพิชิตนันท์ (รพ.เลิดสิน), รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์
10.30-12.00	B2Y: การใช้ประโยชน์จาก Indicators ของระบบยา ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ (รพ.สุราษฎร์ธานี), ภญ. สุมาพร ไทยเจริญ (รพ.สระบุรี)
13.00-14.30	B3Y: กำจัดจุดอ่อนของการวินิจฉัยและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นพ.ธนพัฒน์ พวงเพชร (รพ.สมุทรสาคร), ภญ.จันทรีจิรา ขอบประดิธ (รพ.สมุทรสาคร), ผศ.ดร.ภก.ปราโมทย์ ตระกูลเพ็ญกิจ (ม.มหิดล)
15.00-16.30	B4Y: การจัดการเชิงระบบยาที่มีความเสี่ยงสูง พญ.สมฤดี ชัตรสิริเจริญกุล (ศิริราช), น.ต.หญิงพรประภา โฉจนะวงศกร (รพ.ภูมิพลฯ), ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ.ศิริราช)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.30-10.00	C1Y: Clinical Governance & Beyond CPG ศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวายธร (รพ.บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล)
10.30-12.00	C2Y: การป้องกันการฟ้องร้อง ศ.คลินิก นพ. อำนาจ กุศลนันท์ (แพทยสภา), วรณีย์ พงษ์อำพันธ์ (รพ.กล้วยน้ำไท), นพ.วันชาติ ธาดาคลทิพย์ (รพ.เปาโลสมุทรปราการ)
13.00-14.30	C3Y: Getting Evidence into Practice รศ.พญ.เจศฎา ถิ่นคำรพ (ม.ขอนแก่น), พญ.อุษณีย์ สวัสดิ์พานิชย์ (รพ.ขอนแก่น), นพ.บรรพจน์ สุพรรณชาติ (รพ.กาฬสินธุ์), ศ.นพ.ภิศก ลุ่มพิถานนท์ (มช.)

ห้อง Phoenix 4-6, Hall 8 (Z): Patient Safety

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
10.30-12.00	A2Z: Patient Safety ในการสอนและงานบริการ รศ.นพ.กิตติ ลิ้มอภิชาติ (มอ.), นพ.รังสรรค์ ภูยานนทชัย (มอ.), นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ (มอ.), ณนดา ศรีสุทธิพรสกุล (มอ.), รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์ (มอ.)
13.00-14.30	A3Z: Thai HA Trigger Tool กระจกสองความเสี่ยงทางคลินิก ทพ.ญ.ภารณี ชวาลวุฒิ (รพ.สวนปรุง), นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์, (รพ. เจริญกรุงประชารักษ์), นพ.สุรวุฒิ ลิ้มพะกร (วชิรพยาบาล), ศ.พิเศษ พญ.วิภาดา เขาวกุล (รพ.อุบลราชธานี)
15.00-16.30	A4Z: Concurrent Trigger Tool เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์), นพ.โชคชัย จารุศิริพัฒน์ (รพ.สมิติเวช สุขุมวิท), พัชรินทร์ วงษ์รักษมิตร (รพ.กรุงเทพ), นพ.สุชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์ (รพ.มหาวิทยาลัยราชสิมา)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.30-10.00	B1Z: Emergency Medicine นพ.ครองวงศ์ มุสิกถาวร (จุฬาฯ), พญ.สาทรียา ตระกูลศรีชัย (รามธิบดี), พญ.ทิพาชาคร (ศิริราช), พ.อ.นพ.ธวัชชัย กาญจนรินทร์ (รพ.พระมงกุฎเกล้าฯ), นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์ (รพ.บีเอ็นเอช)
10.30-12.00	B2Z: ป้องกันและบอกกล่าวความเสี่ยง พญ.ภาวิณี เอี่ยมจันทร์ (รพ.พุทธชินราช), สมพร เจษฎาญาณเมธา (รพ.พุทธชินราช), นพ.วิสิทธิ์ เสถียรวันทนี, (รพ.พุทธชินราช), นพ.กฤษณ์ ขวัญเงิน (มช.), รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (มช.), ศ. นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ (มอ.)
13.00-14.30	B3Z: เมื่อวัฒนธรรมมา - RM จะสบาย ศุภลักษณ์ หิรัวัฒน์วงศ์ (สถาบันบำราศนราดูร), ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (รพ.กลาง), พ.ท.หญิงวรรณทิมา เจริญราชา (รพ.ค่ายจิระประวัติ), อรุณญา สกุลอิสริยาภรณ์ (รพ.สมิติเวช), นพ.จิระชาติ เรืองวัชรินทร์ (รพ.ศิริราช), รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (ศิริราช)
15.00-16.30	B4Z: ใส่ใจเป้าหมาย ปลอดภัยผู้ป่วย นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนวนิชย์ (มช.), พ.อ.ผศ.นพ.ชาติรี เรืองฤทธิ์นำชัย (รพ.สินแพทย์), นพ.วุฒิชัย ปุณญาประมัย (รพ.สินแพทย์), นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ (รพ.สิชล), บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง (รพ.สมิติเวช), รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์ (มช.)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.30-10.00	C1Z: ป้องกัน Error, ใช้ Trigger ดู AE อังคณา วิรุฬห์ศวะ (รพ.กรุงเทพ), นพ.อัสมาน อาลี (รพ.ยะหา) วาสนา ชัยนการนา (รพ.อุทัยธานี), น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรรักษ์ (รพ.ภูมิพลฯ), นพ.สมชาย ชินล้ำประเสริฐ (รพ.กลาง), นพ.วิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์ (รพ.พนัสสินคม), พญ.ณัฐกร ประกอบ (รพ.ลพบุรี)
10.30-12.00	C2Z: ติดเชื้ออย่ามา ไข้ยาให้ถูก นพ.บวรชัย จีระชน (รพ.สมิติเวชศรีราชา), อินทิวา ดวงมะวงศ์, (รพ.กาฬสินธุ์), สุหัง พันธุ์ถาวรวงศ์ (รพ.ชุมพรฯ), ปภาณี อูรัมย์ภรณ์ (รพ.สมิติเวช), พญ.ดารารัตน์ รัตนรักษ์ (รพ.นครปฐม)
13.00-14.30	C3Z: คิดไม่ถึง จึงติดเชื้อ อริศรา สุวรรณฤกษ์ (รพ.กรุงเทพ), อุทุมพร ศรีสภาพร (รพ.ขอนแก่น), ภก.สุรสิทธิ์ วัชรระสุโขทัย (รพ.ขอนแก่น), พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล (รพ.ขอนแก่น), นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ (รพ.ชุมพรฯ)

ห้อง Meeting Room 7: Meet the Experts & Sharing

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมีชีวิตจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A27: รังสีเทคนิคมืออาชีพ (ร่วมจัดโดยสมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย) ผศ.ลัดดา เถลยภักดี, รศ.ชวลิต วงษ์เอก, อ่ำไพ อุไรเวโรจนาร , สละ อุบลฉาย, รศ.มานัส มงคลสุข
13.00-14.30	A37: Living Clinical Laboratory (ร่วมจัดโดยสมาคมนักเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย) บุญช่วย เอี่ยมโกลลาภ, ชวดี นพรัตน์, รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์
15.00-16.30	A47: AI in Hospital Life สุกานดา เมฆทรงกลด (รพ. พิจิตร), นพรัตน์ เรืองศรี (รพ.พิจิตร), ประภา ราชา (รพ. พิจิตร), ไพฑูรย์ ชวงฉ่ำ (ม.นเรศวร)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมีชีวิตจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B17: มั่นใจแค่ไหนว่าทำฟันแล้วจะไม่ติดเชื้อ? สุภาภรณ์ พรจนกาญจ (รพ.กรุงเทพ), ทพ.ศิริ ศิริสุนทรพร (รพ.ห้วยแถลง), ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา (สมาคมทันตแพทย์แห่งประเทศไทย), มะลิวัลย์ กริதியุตานนท์ (บ.3M)
10.30-12.00	B27: Safety solution for dental practice (ร่วมจัดโดยทันตแพทย์สภา) รศ.ทพ.ทองนารถ คำใจ, ผศ. (พิเศษ) ทพ.ไพศาล กังวลกิจ, ทพ.ชุมพล ชมะโชติ (รพ.ธัญญารักษ์)
13.00-14.30	B37: Hand and Live ผศ.นพ.ยงค์ รงค์รุ่งเรือง (ศิริราช), จรรยา จารย์โยภาส (รพ.บำรุงราษฎร์)
15.00-16.30	B47: นวัตกรรม ความปลอดภัย ห่วงใยชีวิต รัตนา กรมาทิตย์สุข (รพ.ชุมพร), สมศรี นวรัตน์ (รพ.บ้านลาด), พิกุล สุรารักษ์ (รพ.โพธาราม), ญญ.ภาวนา โสภณจิตร์ (รพ.เชียงใหม่), พ.ต.ท.นพ.โสภณรัชต์ สิงหจากรู (รพ.ตำรวจ), นพ.จิรสิทธิ์ เมฆวิชัย (รพ.กรุงเทพภูเก็ต)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรมีชีวิตจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C17: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เฝ้ารอความตายอย่างสงบ (1) เบญจมาส วงศ์มณีวรรณ (รพ.ลำปาง), วิมลนันท์ ทรัพย์วราชัย (รพ.น้ำพอง), พ.อ.หญิงรัชนีวรรณ พันธุวงษ์ (รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์), พิมพินภา แซ่โซว (รพ.เสนาไห้), ชลสินธุ์ ศรีลาศักดิ์ (รพ.บางไทร), พ.อ.นพ.ดุสิต สถาวร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
10.30-12.00	C27: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เฝ้ารอความตายอย่างสงบ (2) อุษณีย์ จรเขต (รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา), พัชรินทร์ แก้วรัตน์ (ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี), ศิริมา โคตตาแสง (รพ.หนองกุงศรี), อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ (รพ.สรรพสิทธิประสงค์), ไพรินทร์ สมบัติ (รพ.สมเด็จพระยุพราชบัว), จันทร์ สังข์สุวรรณ (รพ.ตากลิ)
13.00-14.30	C37: จิตวิญญาณผสมผสานธรรมชาติ นำสู่ความสุข นงลักษณ์ เต็งประวัตติ (รพ.สุรินทร์), เสาวภร ปานเพชร (รพ.สวนสราญรมย์), สุธิมา บุตรรัตน์ (รพ.บ้านลาด), พญ.บุษกร พัวเกล้าชัย (รพ.ทุ่งใหญ่), นพ.นพดล วณิชฤดี (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

ห้อง Meeting Room 8: Oral Presentation (Humanized Healthcare)

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A28: เยียวยาด้วยหัวใจ ให้ผู้ขาดใจ มุจลินทร์ บุญโอบาส (รพ.สุราษฎร์ธานี), ผาณิต หลีเจริญ (รพ.หนองจิก), รัตนา รัตนเหม (รพ.ยะหา), เสาวภา ศักดิ์นาราโรจน์ (รพ.มัจฉาศิริ), ภก.นิอายุบ นิเงาะ (รพ.กะพ้อ), รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (ศิริราช)
13.00-14.30	A38: แม่ลูกผูกพัน วันดา แวอุมา (รพ.ทุ่งยางแดง), มานิตา กัมปบุญทนต์ (รพ.ลพบุรี), นวพรช วุฒิชธรรม (รพ.บ้านลาด), นพ.สนิท เรื่องรองรัตน์ (รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่), มาริยา ปัตยะบุตร (รพ.รามัน), พญ.เสาดิษฐ์ ยุทธสมภพ* (รพ.หาดใหญ่)
15.00-16.30	A48: เยียวยาหัวใจ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย (รพ.โนนแดง), ทิววรรณ กองกาย (รพ.เขาวง), อมรรัตน์ รักสุข (รพ.พญาเม็งราย), นักขัต เสาร์ทอง (รพ.แม่สาย), เสาวรี เอี่ยมละออ (รพ.บ้านโป่ง), สุนารี เนาวิสุข (รพ.อุทุมพรพิสัย)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B18: จิตอาสาที่มีจิตวิญญาณ (1) นุชนาท บุญต่อเติม (รพ.เลิดสิน), พวงทอง ไชยดา (รพ.นครพนม), นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล (รพ.พระนั่งเกล้า), กัลยา บัวเพชร (รพ.หาดใหญ่), ปณิตดา ลิ้มทรงเจริญ (รพ.บางละมุง), ทพ.ญ.มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ (รพ.บัว)
10.30-12.00	B28: จิตอาสาที่มีจิตวิญญาณ (2) ดร.เพ็ญภา กุลนาคดล (ฉะเชิงเทรา), นพ.ประมาณ เฟื่องฟ้า (รพ.พนม), พนมพร ศิลานันท์ (รพ.วชิรบำรุง), นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ (รพ.พุทธชินราช), ศุภลักษณ์ อินแก้ว (รพ.แม่สรวย), พญ.วิวิรรณ หาญสุทธิเวชกุล (รพ.เชียงรายฯ)
13.00-14.30	B38: Heart For HIV (1) อุบล หาญฤทธิ์ (รพ.นครพิงค์), พิงพิศ วรรณสอน (รพ.สมเด็จพระญาณสังวร), นิตยา ลิ้มวิริยะกุล (รพ.ละงู), พรศิริ เรือนสว่าง (รพ.บาราศนราดรุณ), จิระนันท์ พลเยี่ยม (รพ.สะเมิง), นพ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ (รพ.เชียงรายฯ)
15.00-16.30	B48: Heart For HIV (2) มยุรี ลัคนาศิริรัตน์ (รพ.ห้วยยอด), กาญจนา พึ่งพันธ์ (รพ.ตากลิ), อุษา สุชาพันธ์ (รพ.หาดใหญ่), เบ็ญจพร มงคลธง (รพ.กล้วยน้ำไท1), วิไลพร รัตมีจันทร์ (รพ.หล่มสัก), อรรช มาลาหอม (รพ.สรรพสิทธิประสงค์)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C18: เอื้ออาทร ผู้ด้อยโอกาส (1) วิภิญญา หินหาด (รพ.หล่มสัก), จิราพร รักษายศ (รพ.ฉวาง), สายอรุณ ปองจางวาง (รพ.ป่าแดด), นพ.สุรัตน์ สุขประเสริฐ (รพ.ปทุมธานี), นพ.ประพันธ์ ชนม์เย็น (รพ.น่าน), นพ.กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ (รพ.บัว)
10.30-12.00	C28: เอื้ออาทร ผู้ด้อยโอกาส (2) นพ.สุรพงษ์ ผดุงเวียง (รพ.กุดจับ), กมลรัตน์ จุมสีมา (รพ.โนนคูณ), นพ.ปฐมพงษ์ ปรุโปร่ง (รพ.ปทุมราชวงศา), พรชวลี จันทร์แก้ว (รพ.ละงู), กนกกาญจนา ที่ปานุเคราะห์ (รพ.รัตนภูมิ), ประกายแก้ว กำคำ (รพ.เชียงรายฯ)
13.00-14.30	C38: ดูแลจิต ใส่หัวใจ ให้ผู้ป่วยจิตเวช กิตติมาพร พิซเพี้ยน (รพ.จิตเวชนครราชสีมา), ดวงจันทร์ บัวคลี (สถาบันกัลยาราชนครินทร์), ศุภกนิษฐ์ พลไพรัตน์ (รพ.ศรีธัญญา), นงลักษณ์ วรรณวิษณุพานันท์ (รพ.ตากลิ), สุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์ (รพ.ร้อยเอ็ด), พ.อ.นพ.ชาญชัย ดิกขะปัญญา (รพ.ค่ายสุรนารี)

ห้อง Meeting Room 9: Oral Presentation

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A29: จิตเวชในหลากหลายบริบท อุทัยวรรณ พิทักษ์วรพันธ์ (รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินฯ), ลัดดา จิรกุล (สถาบันกัลยาณิศ), จรรยา ใจหนูน (รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินฯ), ชลพร กองคำ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา), สุชาดา หุณหสาร (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา), พ.อ.นพ.ชาญชัย ดิกขะปัญญา (รพ.ค่ายสุรนารี)
13.00-14.30	A39: เปลี่ยนวิถีคิด ชีวิตมีสุข ผศ.พญ.สมพร หาญพานิชย์ (รพ.เกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์), ภก.นิอายุบ นิเงาะ (รพ.กะพ้อ), พนิดา จันทรรัตน์ (รพ.สงขลา), ประพิมพ์ วรรณสม (รพ.แม่สรวย), พัฒนพงษ์ ชูส่งแสง (รพ.สงขลานครินทร์), ภญ.วิชชณี พิตรากุล (รพ.สมุทรสาคร)
15.00-16.30	A49: ลมหายใจคุณภาพ พญ.อุไรวรรณ โชติเกียรติ (สถาบันเด็กแห่งชาติฯ), สมใจ ไวยเจริญ (รพ.ตะกั่วป่า), เพ็ญศรี เจริญรัมย์ (รพ.ป่าเหนือจระเข้ม), นพ.ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (รามาริบัติ), ปาพิญณ์ โปธิชัย (รพ.ราชบุรี), พลเรือโท นพ.เจษฎา สุวรรณสินธุ์
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	B19: เรื่องของเด็ก ไม่ใช่เรื่องเล็ก นพ.รังสรรค์ นิรามิข (สถาบันสุขภาพเด็กฯ), พญ.สมบัติ ชูติมานุกุล (รพ.ระยอง), นพ.สุรัชย์ เกียรติชัยพิพัฒน์ (รพ.ราชบุรี), วัชร วรรณชัย (รพ.สะเมิง), วารุณี วัชรเสวี (สถาบันสุขภาพเด็กฯ), ดร.กิตติยา เตชะไพโรจน์ (รพ.อุดรธานี)
10.30-12.00	B29: จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทศนีย์ พูลเวช (รพ.ระยอง), ภิญญา อิศรพงศ์ (สถาบันพัฒนาการเด็กฯ), โปร่งนภา อัครชิโนเรส (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), อวาทิพย์ แว (รพ.ยะลา), ยุวดี มณีสอดแสง (สถาบันกัลยาณิศ), นพ.นพดล วณิชฤดี (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)
13.00-14.30	B39: Lifestyle, Mind & Body สุวัฒน์ ชูทะกะพันธ์ (รพ.หาดใหญ่), นพ.วิบูลย์ศักดิ์ วุฒิชินโชติ (รพ.ชุมแพ), รศ. นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม (ศิริราช), พญ.รัตนา จันทรแจ่ม (รพ.ประสาท เชียงใหม่), อรุณี เหมอาอุปถัมภ์ (รามาริบัติ), นพ.อุดม ลีลาทวีวุฒิ (รพ.สมิติเวช สุขุมวิท)
15.00-16.30	B49: ระบบที่โยงใย สมดุลและพอเพียง สมศรี อยู่พัฒนา (รพ.เกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์), พญ.อมรรัตน์ ดันดีทิพย์พงศ์ (รพ.วชิระภูเก็ต), กิ่งสวาท นามวงศ์ (รพ.นครพิงค์), นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี (รพ.หล่มสัก), นพ.สุรัชย์ เกียรติชัยพิพัฒน์ (รพ.ราชบุรี), นพ.สุวัฒน์ชัย เต็งศิริกุล (รพ.ค่ายประจักษ์ศิลปาคม)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
08.30-10.00	C19: ห่วงใยในผู้ป่วยศัลยกรรมและสมอง วาสนา แดงเงิน (รพ.สงขลา), อัจฉรา ศรีรักษา (รพ.ร้อยเอ็ด), นพ.ธนะชัย รัญญกุลสัจจา (รพ.ลพบุรี), พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์ (รามาริบัติ), นพ.ยงชัย นิละนนท์ (ศิริราช), รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (มช.)
10.30-12.00	C29: Idea, Innovation, & Information นพ.พิชัย รัตนโรจน์สกุล (รพ.เกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์), ณัฐพล เลิศอนันต์พิพัฒน์ (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่), นพ.ศักดิ์ อาจองค์ (รามาริบัติ), นพ.สุรัชย์ เกียรติชัยพิพัฒน์ (รพ.ราชบุรี), พญ.วรรณมา ศุภศิริลักษณ์
13.00-14.30	C39: สำเร็จด้วยใจ เรณู กาวิละ (รพ.สันป่าตอง), กฤษณา โดยพิลา (รพ.ละงู), วรารัตน์ ก้อยชูสกุล (รพ.เชียงใหม่ราช), จุฬารัตน์ สุริยาทัย (รพ.ท่าวังผา), พัชรินทร์ รัฐอนันต์พิณ (รพ.สมเด็จพระญาณสังวร), รศ.นพ.รณชัย อธิสุข (ศิริราช)

ห้อง Meeting Room 10: Short Movie & Happy World Café

วันที่ 12 มีนาคม 2551	
08.00-10.00	ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom
10.30-12.00	A2X: เมาหวาน แต่ไม่เมาใจ วรรณภรณ์ กลิ่นสุข (รพ.กะสัง), พญ.สุชาติพิทยธรรมชาติ (รพ.นาหม่อม), นพ.สมพงษ์ จันทรโอวาท (รพ.แกดดำ), ยาวพา สิงห์สถิต (รพ.ด่านซ้าย), สรัญญา พิจารณ์ (รพ.ดอยสะเก็ด), พ.ต.หญิงธมนพัทธ์ ลิมากร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
13.00-14.30	A3X: Short movie แปงแวง (รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่), สุขภาพดีอยู่ที่เราช่วยกันสร้าง (รพ.พะเยา), ที่นี่...มีรัก (รพ.นครพนม), การช่วยเหลือแบบองค์กรร่วม (รพ.สวนปรุง), คุณยาย (รพ.เขาวง)
15.00-16.30	A4X: Short movie EMS (รพ.แม่ทา), The ICU วิกฤตแห่งชีวิต (มช.), Internet (รพ.จิตเวชสระแก้ว), Enough II (ม.นเรศวร)
วันที่ 13 มีนาคม 2551	
08.00-08.30 ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom	
08.30-10.00	B1X: World café : ศิลบำบัดกับการดูแลผู้ป่วย ดร.นพ.สกล สิงหะ (มอ.), นพ.วรวิทย์ โฆวัชรกุล (รพ.สันทราย)
10.30-12.00	B2X: World café : สุนทรียสนทนา แก้ปัญหาได้จริงหรือ ดร.นพ.สกล สิงหะ (มอ.)
13.00-14.30	B3X: World café : จากการผลิตสู่การทำจริงของ Humanized Healthcare ดร.นพ.สกล สิงหะ (มอ.)
15.00-16.30	B4X: World café : ทำอย่างไรให้โรงพยาบาล (ของเรา) เป็น Living Organization ดร.นพ.สกล สิงหะ (มอ.)
วันที่ 14 มีนาคม 2551	
08.00-08.30 ถ่ายทอดโทรทัศน์วงจรปิดจากห้อง Grand Ballroom	
08.30-14.30	C1X-C3X: Happy Organization & Imaginary Hospital นพ.สุกิจ สุขประเสริฐ (รพ.แม่ทา), พรชัย หาญดี (รพ.แม่ทา), จันทรานนท์ ตัญเจริญ (รพ.แม่ทา)

ห้อง Jupiter 14-16 (อาคาร Challenger ชั้นล่าง) : DM Walk Rally

วันที่ 13 มีนาคม 2551	
09.00-11.30	DM Walk Rally รอบที่ 1
13.00-14.30	DM Walk Rally รอบที่ 2

A10 : ทิศทางระบบสุขภาพ คุณภาพ และงานวิจัย ในทศวรรษหน้า

ปาฐกถาพิเศษ โดย ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

12 มีนาคม 2551 เวลา 09.20-10.00 น. ห้อง Grand Ballroom

ผู้ที่เห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงแนวคิดหรือกระบวนทัศน์ใหม่ในระบบสุขภาพย่อมจะไม่พลาดในการรับฟังในหัวข้อการบรรยาย “ทิศทางระบบสุขภาพ คุณภาพ และงานวิจัยในทศวรรษหน้า” ซึ่งแนวโน้มจะมีการเชื่อมสู่ระบบใหญ่ของสังคมในภาพรวม การเรียนรู้ของปัจเจกบุคคลจะกลายเป็นความรู้ขององค์กร และเครือข่ายความรู้ขององค์กรและชุมชน

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธานกรรมการบริหารของ พรพ. และเป็นประธานกรรมการอำนวยการของ CRCN (Clinical Research Collaboration Network) ซึ่งงานของทั้งสององค์กรต่างสนับสนุนซึ่งกันและกันในการยกระดับความรู้และการพัฒนาคุณภาพ การประชุม HA National Forum ปีนี้ พรพ.ได้รับความร่วมมือจาก CRCN ในการจัดเนื้อหาการประชุมเรื่องการวิจัยทางคลินิกซึ่งจะไปเกี่ยวข้องกับ clinical outcome และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย หัวข้อการปาฐกถาในการเปิดประชุม จึงเป็นหัวข้อร่วมของทั้งงานคุณภาพและงานวิจัย

ท่ามกลางพายุที่ถาโถมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดเรื่องสุขภาพดีคือสิทธิของประชาชน ปัญหาสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนไปขณะที่ปัญหาเดิมก็ยังมีอยู่ ความก้าวหน้าทางวิทยาการ เช่น Personalized Medicine, Regenerative Medicine เทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ความรู้กลายเป็นสมบัติสาธารณะ สร้างความรู้สึกที่เป็นภาระแก่ผู้ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ แต่ก็อาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เห็นแนวทางใหม่ๆ เกิดขึ้น ซึ่งจะต้องสร้างขวัญกำลังใจ ใ้ปัญญา กับสติและคุณธรรมเป็นเครื่องมือในการหาคำตอบ

A20a : ชับเคลื่อนชีวิตด้วยจิตวิวัฒน์

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-11.30 น. ห้อง *Grand Ballroom*

พระไพศาล วิสาโล

วัดป่าสุคะโต

A20b : ร่วมคิด ร่วมฝัน

12 มีนาคม 2551 เวลา 11.30-12.00 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul พรพ.

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลรวมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพต่างๆ มีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ ก็ด้วยความคิด ความฝัน ความมุ่งมั่นของผู้คนมากมายที่อยู่ในระบบ เราต่างก็ต่อยอดความฝันของกันและกัน ต่อยอดความฝันจากความสำเร็จของเราเองและความสำเร็จของเพื่อนๆ คำพูดที่ว่า “การพัฒนาคุณภาพคือการเดินทางที่ไม่มีวันจบ ไม่มีจุดสิ้นสุด” กลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาไปแล้วในวันนี้

แม้ว่าเราจะไม่ได้บรรลุสิ่งที่เราวาดฝันไว้ทั้งหมด แต่เราก็รู้ว่าเราเคลื่อนไปจากตำแหน่งที่เคยเป็นอยู่ บางครั้งเราก็ได้มากกว่าสิ่งที่วาดฝันไว้ มีประโยชน์มากมายเพิ่มเติมเข้ามาให้เรา โดยไม่รู้ตัว

ดูเหมือนว่าแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพน่าจะสรุปลงได้เหลือเพียงใบไม้กำมือเดียว แต่ยิ่งทำเราก็มักพบว่ายังมีเรื่องราวมาเล่าสู่กันฟังมากขึ้น มากขึ้น

จากความฝันในเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่ อ.ประเวศจุดประกายไว้เมื่อ 2 ปีก่อน มาถึงวันนี้เราสามารถได้รับฟังเรื่องเล่าที่เต็มไปด้วยความภาคภูมิใจจากทุกพื้นที่ของทุกประเทศ และบางเรื่องนั้นเป็นเรื่องที่เจ้าของเก็บงำไว้เป็นสิบๆ ปี

ถึงวันนี้ เรากำลังจะร่วมกันสร้างความฝันต่อยอดไปข้างหน้า จากจิตใจของผู้ให้บริการแต่ละคนที่เห็นคุณค่าของการทำงานเพื่อผู้อื่น ด้วยหัวใจและด้วยความเข้าใจ เรากำลังจะรวมพลังเหล่านั้นเข้าด้วยกัน สร้างบรรยากาศของการทำงานในองค์กรแบบใหม่ การทำงานที่เต็มไปด้วยอิสรภาพทางความคิด ที่ทำให้สมาชิกทุกคนสามารถปลดปล่อยศักยภาพของตนออกมาได้อย่างเต็มที่ โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน

และในช่วง 1 ปีจากนี้ไป จะเป็นช่วงที่เราร่วมกันต่อยอดและสร้างสรรค์ ต่อยอดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เปิดพื้นที่ทางสังคมในโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่มีชีวิต และใช้ purpose & value เป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรมทุกอย่าง

A30 : The Power of Living Organization

12 มีนาคม 2551 เวลา 11.30-12.00 น. ห้อง Grand Ballroom

ศ.นพ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์กรไม่ใช่เครื่องจักร หากแต่เป็นเสมือนสิ่งมีชีวิต ด้วยองค์กรนั้นประกอบด้วยกลุ่มของคน ที่เข้ามาทำงานอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ภายใต้บริบทของระบบที่มีการจัดการในระดับหนึ่ง ซึ่งเมื่อองค์กรมีชีวิต จึงมีพลังที่จะสามารถจัดการกับตนเองได้ สามารถในการเรียนรู้ มีความยืดหยุ่นที่จะปรับตัว เปลี่ยนแปลง และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ได้ไม่เหมือนเครื่องจักร

คำถามหนึ่งที่ทำนายองค์กรทั้งหลายในขณะนี้ก็คือ เราจะทำให้องค์กรของเรามีชีวิตชีวาได้อย่างไรภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมของเราเอง เพื่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างการมีระบบคุณภาพที่เข้มแข็ง โดยที่คนในองค์กรนั้นยังมีความสุขกับงานที่ทำ อันจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพขององค์กรนั้นดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดไป

ประสบการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าองค์กรนั้นมีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัว และมีพัฒนาการก้าวหน้ามาโดยลำดับ จากแรงผลักดันภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกที่กดดัน ทั้งนี้ การฝ่าฟันมรสุมต่างๆ ที่ผ่านมาได้ แสดงให้เห็นถึงพลังชีวิตขององค์กรในรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตาม ด้วยระบบที่มีชีวิตขององค์กร พร้อมจะมีพลังเพื่อจะก้าวไปข้างหน้า จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยหลักการจัดการอย่างน้อย 5 ประการที่ได้ดำเนินการมา ได้แก่ การนำองค์กรแบบครบวงจร การถ่ายทอดทิศทางองค์กรและการสื่อสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสร้างวัฒนธรรมตามค่านิยมองค์กร การเชื่อมโยงระบบการทำงาน และการจัดการความรู้เสริมการพัฒนา

A40 : Sense and Sensibility... องค์กร ผัสสะ และสุนทรียภาพ

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

องค์กรที่มีชีวิตเป็นมากกว่าระบบงานที่เป็นจักรกล และเพราะชีวิตมีมากกว่าความจริงของเหตุผล องค์กรที่มีชีวิตจึงต้องมีความละเอียดอ่อนต่อมิติของ **ความดี** และ **ความงาม** ด้วย ระบบงานสมัยใหม่เป็นผลผลิตของกระบวนการทัศน์แบบกลไกที่สร้างองค์กรให้เป็นเสมือนเครื่องจักร แม้ระบบงานแบบจักรกลจะมีประสิทธิภาพแต่ก็สามารถตอบสนองมิติของความเป็นมนุษย์ได้อย่างจำกัด เพราะองค์กรที่กลายเป็นเครื่องจักรกลนี้เน้นเฉพาะความจริงที่แยกขาดจากโลกของประสบการณ์ที่มีชีวิตและอารมณ์ความรู้สึกของผู้คน ผัสสะการรับรู้ถูกทำให้ทื่อและด้านชา อารมณ์ถูกทำให้เป็นเรื่องต้องห้าม เมื่อขาดเสียซึ่งความละเอียดอ่อนของผัสสะการรับรู้และไร้ซึ่งอารมณ์ความรู้สึก องค์กรสมัยใหม่จึงสูญเสียมิติของสุนทรียภาพไป

การฟื้นชีวิตให้กับองค์กรหมายถึงการฟื้นคืนสุนทรียภาพและความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ให้มีความหมายในการทำงานประจำวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมิใช่เฉพาะเพื่อให้ผู้คนในองค์กรสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่ต้องเกี่ยวข้องได้ดีขึ้นเท่านั้น แต่การมีอารมณ์ความรู้สึก และการมีผัสสะการรับรู้ที่ก้าวพ้นไปจากความหยาบกระด้างของกระบวนการทัศน์แบบวัตถุนิยมกลไกยังมีความหมายอย่างยิ่งในการแสวงหาคคุณค่าของชีวิตด้านในของผู้คนที่ทำงานร่วมกันในองค์กร การสร้างองค์กรที่มีชีวิตอาจเริ่มต้นง่าย ๆ ได้ด้วยการสร้างความละเอียดอ่อน (Sensibility) ให้กับผัสสะการรับรู้ (Sense) ในชีวิตการทำงานประจำวันในองค์กร อันจะเป็นจุดเริ่มต้นของการคืนสุนทรียภาพให้กับชีวิตในองค์กรและการสร้างองค์กรที่มีชีวิต

B10a : New HA Standards: Concept & Overview

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-09.15 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล พรพ.

กระบวนการ HA เป็นกลไกทางสังคมในระบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งขับเคลื่อนระบบไปพร้อมๆ กัน ไม่ว่าโรงพยาบาลต่างๆ จะมีคุณภาพอยู่ในระดับใด เป็นกลไกที่ทำหน้าที่ทั้งดึงจุดอ่อนเสริม และหนุนส่ง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นมาตรฐานที่ประมวลแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาไว้ด้วยกัน ทั้ง HA, HPH, และ TQA / PMQA / MBNQA

ความท้าทายในการใช้มาตรฐานที่ควรพิจารณามีดังนี้

- จะทำให้มาตรฐานเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นประโยชน์คุ้มค่า ได้อย่างไร
- จะเข้าถึงหัวใจและจิตวิญญาณของมาตรฐานได้อย่างไร
- จะใช้มาตรฐานโดยอิงบริบทและ core values ตามแนวคิด 3C-PDSA ให้มากขึ้นได้อย่างไร
- จะเชื่อมโยงการใช้มาตรฐานกับแนวคิดการพัฒนาที่เป็นลำดับขั้น และการพัฒนาให้ครบทุกพื้นที่ได้อย่างไร
- จะใช้การประเมินผลอย่างเรียบง่าย เพื่อประเมินการปฏิบัติในหัวข้อมาตรฐานที่สำคัญ จนเป็นปกติธรรมดาในชีวิตประจำวันได้อย่างไร
- โรงพยาบาลจะสามารถใช้วิธีการประเมินสะสมแต้ม เพื่อวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาของตนเองได้หรือไม่
- การเยี่ยมสำรวจภายในของโรงพยาบาล จะเยี่ยมโดยอิงมาตรฐานจนครอบคลุมทุกประเด็น และเกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายสนุกสนานได้หรือไม่
- จะเชื่อมโยงข้อกำหนดในมาตรฐาน ไปสู่แนวคิดเรื่ององค์กรที่มีชีวิตได้อย่างไร
- จะใช้ core values เรื่อง systems perspective กับการประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างไร

ตอบคำถามต่อความท้าทายเหล่านี้ได้ มาตรฐานก็จะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและความหมายต่อองค์กรสุดที่จะประมาณ

B10b : Quality, Safety & Learning Culture

13 มีนาคม 2551 เวลา 09.15-10.00 น. ห้อง Grand Ballroom

เรวดี ศิรินคร	พรพ.
รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล	พรพ.

วัฒนธรรมคือวิถีชีวิตทั้งมวลที่ผู้คนปฏิบัติคล้ายกันโดยอัตโนมัติ ผู้คนยอมรับและปฏิบัติจนเคยชิน

องค์ประกอบที่อยู่ในวัฒนธรรมคือ 1) ความรู้ ความเชื่อ 2) คุณค่า ค่านิยม 3) แบบแผนการปฏิบัติ บางสิ่งบางอย่างเป็นสมมติฐานที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใต้สำนึกของสมาชิกแต่ละคน และชุมชนโดยรวม

วัฒนธรรมเกิดจากการสั่งสมการเรียนรู้ของสมาชิก ต้องใช้เวลาในการสั่งสมพอสมควร วัฒนธรรมที่พึงประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพมีทั้งวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ รวมทั้งวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความท้าทายในการสร้างวัฒนธรรมที่ควรพิจารณามีดังนี้

- จะทำให้เห็นคุณค่าและเกิดการยอมรับในการสร้างวัฒนธรรมอย่างไร
- จะเชื่อมโยงการใช้ core values กับการสร้างวัฒนธรรมอย่างไร
- จะใช้ความเรียบง่ายเพื่อสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร
- จะใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาเป็นบทเรียนเพื่อสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร
- จะวางสมดุลระหว่างวัฒนธรรมกับระบบที่เป็นทางการอย่างไร
- จะใช้แนวคิดเรื่อง living organization มาสร้างวัฒนธรรมได้อย่างไร
- จะสร้างเงื่อนไขให้ทุกคนอยากทำเพื่อสร้างวัฒนธรรม โดยปราศจากการบังคับได้อย่างไร
- จะหาอุปสรรคที่เป็นตัวแทนของวัฒนธรรมแต่ละอย่างได้อย่างไร
 - เรียนรู้และปรับปรุงในทุกโอกาสที่เป็นไปได้
 - การเปิดใจคุยเรื่องความเสี่ยง
 - การดูแลด้วยหัวใจ และด้วยความระมัดระวัง

คุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้

นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

ในการทำงานคุณภาพของโรงพยาบาลหรือสถานที่ให้บริการสุขภาพทั้งหลายนั้น คงปฏิเสธไม่ได้ว่าประเด็นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นเรื่องที่ถูกหยิบยกมาเป็นหัวใจสำคัญเสมอ ทั้งนี้ก็อาจจะด้วยเหตุผลที่หลากหลาย โดยพื้นที่ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญก็น่าจะเป็นเพราะ

ต้องการความปลอดภัยจริงๆให้ผู้รับบริการ แต่ผลที่ตามมาซึ่งบางครั้งก็กลายเป็นประเด็นสำคัญมากกว่าของหลายๆที่ไปแล้ว เช่นความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ความปลอดภัยขององค์กรจากสิ่งคุกคามภายนอก อย่างไรก็ตามการนำความสำคัญของความปลอดภัยมาเป็นประเด็นในการดำเนินงาน จะส่งผลดีเสมอ

ในประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา ได้เรียนรู้ว่าการให้ความสำคัญของประเด็นความปลอดภัย ในการพัฒนาคุณภาพนั้นมีระดับความเข้าใจ ความลึกซึ้ง อาจจะแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามถ้าทราบได้ทิศทางโดยเฉพะวิถีในความคิดต่างๆ (สามารถแปลความหมายในหมายความนั้นได้จริงๆเช่นการทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในจุดมุ่งหมายของมาตรฐานต่างๆ) ทำไปเพื่อเกิดประโยชน์กับผู้รับบริการของเรา ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสในเรื่องที่เขาต้องพึ่งพาเรานั้นเสมอ จะส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่ว่าด้านร่างกาย ด้านจิตใจของผู้รับบริการดีขึ้นและผลลัพธ์ทางจิตใจรวมทั้งทางด้านกายของผู้ให้บริการก็จะดีขึ้นด้วยเสมอ โปรดสังเกตว่าด้านจิตใจกับร่างกายจะดีขึ้นด้วยกันเสมอเพียงแต่ว่าด้านใดจะดีก่อน-หลังเท่านั้น

มีเรื่องสั้นๆ 2-3 เรื่องจะเล่าให้ฟังผ่านตัวหนังสือนี้

เรื่องที่หนึ่ง

“บุก้า เป็นชื่อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยพื้นที่สูง อายุ 38 ปี ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อทำการวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำเพื่อดูว่าบุตรในครรภ์ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโครโมโซมผิดปกติ นั้น ปกติดีหรือไม่ โดยดูจากชื่อคงคาดได้ว่าบุก้าไม่ใช่ผู้ที่จะใช้ภาษาไทยได้คล่องแคล่วมากนัก ในกระบวนการนี้โดยหลักการมาตรฐานผู้ป่วยต้องได้รับการให้คำปรึกษาและแนะนำทางพันธุศาสตร์ และให้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเจาะน้ำคร่ำหรือไม่”

ท่านคิดว่าท่านจะให้คำแนะนำดังกล่าวและบุก้าจะเข้าใจจนกระทั่งตัดสินใจได้ด้วยตนเองหรือไม่

คุณหมอบอกได้ใช้ความพยายามในการอธิบาย แล้วเชิญชวนบุก้าขึ้นเตียงตรวจเจาะน้ำคร่ำ แต่บุก้าไม่ยอมขึ้นเตียงและทำท่าจะร้องไห้ จากการเข้าไปพูดคุยอย่างเข้าใจบุก้า สิ่งทีบุก้ากลัว และกังวลใจ จนไม่ยอมขึ้นเตียงตรวจนั้น ไม่ได้เป็นเรื่องกลัวเจ็บ เพราะชีวิตบุก้าคงเคยได้รับความเจ็บปวดมาเยอะแล้ว ไม่ใช่กลัวลูกจะแท้งจากการเจาะ ซึ่งเป็นความเสี่ยงตามปกติของการทำหัตถการ ไม่ได้กลัวว่าลูกจะเป็นโครโมโซมผิดปกติ เพราะบุก้าก็ไม่เข้าใจว่ามันคืออะไร (ซึ่งก็ไม่แปลกเพราะเจ้าหน้าที่ของเราบางท่านยังอาจจะงงอยู่ด้วยซ้ำ) แต่ท้ายสุดบุก้าถามว่า “เจาะแล้ว เขาจะกินข้าวได้ก่อ” เมื่อได้คำตอบว่า “ได้กะ” บุก้าเดินขึ้นเตียงอย่างไม่อึดออดตกลงบุก้าต้องการความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตเท่านั้น?

ท่านได้เรียนรู้อะไรจากกรณีศึกษา นี้ ซึ่งท่านมีโอกาสได้พบเห็นในชีวิตการทำงานประจำวันอยู่แล้ว

เรื่องที่สอง

ผู้ป่วยและสามีซึ่งมีลูกในท้องเป็นธาลัสซีเมียรุนแรง บวมน้ำ อัตราสูญเสียทารกคือ 100 % ตอนที่วินิจฉัยได้คือ 32 สัปดาห์ คุณแม่เริ่มมีอาการครรภ์เป็นพิษ

ประวัติย้อนหลังคือ เป็นครอบครัวที่ตั้งใจตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ตั้งแต่ท้องอ่อนๆ ได้รับการคัดกรองธาลัสซีเมียและได้รับคำตอบว่า ไม่ใช่คู่เสี่ยงของการจะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรง ฝากครรภ์มาด้วยความสบายใจจนกระทั่งได้ 28, 30 สัปดาห์ ขนาดมดลูกก็โตกว่าอายุครรภ์ (เป็นอาการแสดงหนึ่งของการจะช่วยให้ไปสู่การหาทางวินิจฉัยว่าเป็นทารกบวมน้ำ) แต่ด้วยความที่ไม่ปรากฏ ไม่ได้ส่งตรวจอะไรเพิ่มเติม จนกระทั่ง 32 สัปดาห์ ทารกดินน้อลง คุณแม่บวมมากขึ้น ได้มาตรวจพบว่าทารกในครรภ์เป็นบวมน้ำและใกล้จะเสียชีวิต

ข้อมูลเชิงวิชาการเรื่องนี้สรุปภายหลังว่า ภรรยาได้ตรวจคัดกรองแล้วพบว่าเป็นพาหะธาลัสซีเมีย (alpha-thal 1 SEA type) สามีได้รับคำแนะนำให้มาตรวจเพื่อจะสรุปว่าเป็นคู่เสี่ยงไหม ผลตรวจบอกว่าไม่เป็น จึงสรุปว่าไม่ใช่คู่เสี่ยง ซึ่งที่จริงสามีเป็นพาหะชนิดที่ไม่ได้มีการตรวจเป็นบริการทั่วไป(alpha-thal 1 non-SEA type)

ท่านคิดว่าประเด็นเรื่องนี้อยู่ที่ไหน อยู่ที่ใคร อย่างไร เพราะคำที่สามีผู้ป่วยได้บอกเล่าซึ่งฟังแล้วต้องคิดหนัก ๆ คือ “ทีมคุณหมอดูแลคนไข้ ดูแลชีวิตผู้ป่วยไข้ไหม ทำไมประมาท เขาเป็นตำรวจเคลียร์พื้นที่ กู้ระเบิดก็ทำงานโดยใช้ชีวิตของคนเป็นเดิมพัน เขาพร้อมให้เพื่อนไปกระโดดร่ม เพื่อนก็กล้าใช้ เขาใช้ร่มที่เพื่อนพับไปกระโดดร่ม เขาก็กล้าใช้ ความหมายคือถ้าประมาทกับการพับร่ม ร่มอาจจะไม่กางแล้วตกตายได้”

เราได้เรียนรู้อะไรบ้างจากกรณีศึกษา นี้ ซึ่งก็มีโอกาสได้พบเห็นในชีวิตการทำงานประจำวันอยู่แล้วเช่นกัน

ประเด็นของเราคือเราจะประสาน คุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นให้เนียนสนิทเป็นวัฒนธรรมของเราได้อย่างไร

B20a : The Highest Level of 3P, from Strategies to Results

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-11.45 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.สมเกียรติ สุวิภูฏกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

พรพ.

ถ้าใช้แนวคิดเรื่อง systems perspective มาพิจารณามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ จะพบความเชื่อมโยงระหว่างข้อกำหนดในหมวดต่างๆ ความเชื่อมโยงที่สำคัญที่สุดคือความเชื่อมโยงระหว่าง การบริหารเชิงกลยุทธ์ การวัดและวิเคราะห์ผล การดำเนินงาน และการใช้ประโยชน์ นั่นคือการพิจารณาเป้าหมายที่วางแผนไว้และผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) และเป็น 3P ในระดับสูงสุดขององค์กร ซึ่งบางครั้งอาจจะถูกมองข้ามไป ด้วยใช้เวลาบางส่วนย่อยต่างๆ มากเกินไป

ในการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐานฉบับนี้ พรพ.ได้กำหนดให้มี session ที่เรียกว่า “Strategic Planning & KPI Monitoring Interview” เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลได้ทบทวนถึงการใช้มาตรฐานด้วยความเข้าใจ และมีความสัมพันธ์กันตามที่ควร รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการแปลความหมายของข้อมูลที่วัดได้อันจะนำไปสู่การวางแผนสำหรับอนาคตอย่างเหมาะสม

ความท้าทายในการบริหารเชิงกลยุทธ์และการติดตามผลการดำเนินงานที่ควรพิจารณามีดังนี้

- การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความท้าทายขององค์กร
- การค้นหา blind spot ขององค์กรในระหว่างการวางแผน
- การกำหนดกลยุทธ์หรือแนวทางการแก้ปัญหาซึ่งเป็นที่เข้าใจได้ง่าย และนำไปถ่ายทอดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดแผนปฏิบัติการอย่างยืดหยุ่น
- การกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดการบรรลุเป้าหมายในแผนกลยุทธ์ได้
- การประสานแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลกับแผนที่ต้องจัดทำร่วมกันหน่วยเหนือ โดยสามารถตอบใจത്യทั้งของตนเองและของหน่วยเหนือ
- การใช้แผนกลยุทธ์เป็นเครื่องมือในการบริหารโรงพยาบาล
- การวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้เกิดความเข้าใจในความหมายของข้อมูลได้ดีขึ้น
- การมีชุดของตัวชี้วัดและคำจำกัดความของตัวชี้วัด ที่หลายๆ โรงพยาบาลใช้ร่วมกัน สามารถเปรียบเทียบกันได้

B20b : Staff Focus

13 มีนาคม 2551 เวลา 11.45-12.00 น. ห้อง *Grand Ballroom*

โกเมธ นาควรรณกิจ

พรพ.

น.ต.หญิง พรประภา โสจนะวงศกร

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

B30a : Highlight in Patient Care

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-13.45 น. ห้อง Grand Ballroom

ผอ.พรพรรณ ธนา พรพ.
รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล พรพ.

กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล ที่จะทำให้โรงพยาบาลบรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยนำมาแยกกำหนดไว้ในตอนที่ III เป็นการเฉพาะ

การประเมิน การวินิจฉัยโรค และการวางแผน เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นตัวชี้นำกิจกรรมการดูแลต่างๆ ที่ตามมาทั้งหมด

ความท้าทายที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ทีมดูแลผู้ป่วยจะรับรู้จุดอ่อนในการประเมิน การวินิจฉัยโรค และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของตนได้อย่างไร จะใช้การตรวจเยี่ยม การทบทวนผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน หรือการวิจัย
- การประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยควรเป็นอย่างไร
- จะนำข้อมูลวิชาการมาใช้ในการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดและเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างไร
- รูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายที่เรียบง่าย มีเป้าหมายและทิศทางการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ประโยชน์ได้ร่วมกันควรเป็นอย่างไร
- การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ทำให้สามารถรับรู้ความเป็นมาและสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วควรเป็นอย่างไร

Care Plan and C3THER

รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อยๆในแทบทุกโรงพยาบาลคือ การขาดแผนการรักษาที่เป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ ซึ่งผลให้ไม่สามารถมองเห็นความเสี่ยงสำคัญที่จะเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการรักษากับผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างครอบคลุม ส่งผลต่อวิชาชีพอื่น ๆ ให้เกิดความยากลำบากในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

การปลูกฝังแนวคิดการทำงานเป็นทีมจึงจำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ กุศโลบายที่จะ implement สู่ระดับปฏิบัติต้องทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นความจำเป็นของประโยชน์จากการทำงานเป็นทีม และต้องมี วัฒนธรรม ที่ชัดเจน

C3THER เป็นรูปธรรมดั้งเดิมที่แทบทุกโรงพยาบาลคุ้นเคยดี แต่มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ใช้เวลาและคนพอสมควร เมื่อถูกนำมาใช้ได้ไม่นานก็มักจะค่อยๆ เลือนหายไป

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้วิเคราะห์พบว่า C3THER น่าจะตอบปัญหาการทำงานข้างต้นได้ จึงนำมาปรับรุ่นใหม่ ด้วยระดับปฏิบัติที่คุ้นเคยอยู่แล้ว หากปรับรูปแบบให้ดูง่ายขึ้น กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และให้เกิดภาระน้อยที่สุด ก็ น่าจะให้เกิดการตอบรับที่ดี

C3THER แบบประยุกต์นี้ จะเน้นที่แพทย์-พยาบาลเป็นหลัก โดยแพทย์ต้องระบุ Care plan และ Clinical risk ให้ชัดเจน ส่วนที่เหลือพยาบาลจะเป็นผู้ประสาน โดยกุศโลบายนี้แพทย์ ให้ความร่วมมือในการบันทึกมากขึ้น และเริ่มเข้ามาสู่ระบบการทำงานเป็นทีม นำไปสู่การ ทบทวนในงานประจำที่ละนิด ทีละน้อย

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จะได้นำเสนอ การ Implement “C3THER แบบประยุกต์” ในองค์กร ปัญหา อุปสรรค และการประเมินประสิทธิผล ปัญหาจากความหลากหลาย แม้จะไม่ใช่ C3THER เต็มเป้าหมาย แต่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง และยั่งยืน จึงจำเป็นต้องประยุกต์วิธีการสำหรับองค์กรขนาดใหญ่ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อน การทำงานเป็นทีมในงานประจำ ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

B30b : Care of High Risk Patients and Services

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.45-14.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.สมพร คำผิง

สถานพยาบาลมีการจัดประเภทของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตามระดับการรักษาที่จำเป็นฉันใด ผู้ป่วยเองก็ควรถูกจัดประเภทว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือไม่ด้วยฉันนั้น โดยพิจารณาจากอายุ อาการ ความเร่งด่วนในการดูแลรักษา ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มนี้ เนื่องจากไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ เพราะไม่มีความเข้าใจในกระบวนการดูแลและไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองได้ เช่นเดียวกับกับผู้ที่มีความหวาดกลัว สับสน ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินก็ไม่สามารถที่จะรับรู้หรือเข้าใจในกระบวนการรักษาได้โดยเฉพาะถ้าการดูแลรักษานั้นจำเป็นต้องได้รับอย่างมีประสิทธิภาพผลและรวดเร็ว สถานบริการเองก็มีการบริการที่หลากหลายด้วยเช่นกัน บางบริการถูกพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงเพราะมีการใช้อุปกรณ์ที่ซับซ้อนซึ่งจำเป็นต้องต่อการรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เช่น การฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม การให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด ตลอดจนถึงการผูกยึด/ตรึง

การให้การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง/บริการที่เสี่ยงสูงจึงมีความสำคัญมากเพราะผู้ป่วยหรือบริการเหล่านี้ซับซ้อนต้องอาศัยความชัดเจนของนโยบาย/วิธีปฏิบัติ มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันที่ เมื่อมีผู้ป่วยซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเข้าใกล้ภาวะวิกฤติโดยบุคลากรที่มีความรู้/เข้าใจที่ถูกฝึกฝนมาอย่างดี มีทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติมาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันที่ทั้งที่ในการประเมินผู้ป่วย การช่วย stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น ตลอดจนติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการให้การดูแลโดยอาศัยความรู้ที่เหมาะสม ทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยง

สำหรับนโยบายและขั้นตอนปฏิบัติเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและการบริการผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยตรงกับปัญหา มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล ผู้นำด้านการแพทย์และผู้บริหารควรมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องของการระบุนิยามผู้ป่วยและการบริการที่มีความเสี่ยงสูงที่สำคัญขององค์กร [ซึ่งอาจรวมไปถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย, ผู้สูงอายุ, ผู้ทุพพลภาพ, ผู้ที่เสี่ยงต่อการทารุณกรรม, ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อ บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต, ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง, หรือ

บริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้เลือดและ ส่วนประกอบของเลือด, การใช้เครื่องผูกยึด, การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation), การให้ยาเคมีบำบัดหรือยาที่ต้องระมัดระวังสูง] โดยมีการร่วมมือกันในการพัฒนา นโยบายและขั้นตอนปฏิบัติแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีการฝึกอบรมให้บุคลากรสามารถนำ นโยบายและขั้นตอนปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้ได้จริง มีการสื่อสารระหว่างผู้รักษา อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพิจารณาเป็นพิเศษในการขอความยินยอมเพื่อการรักษาตามความ เหมาะสม มีสิ่งจำเป็นในการติดตามผู้ป่วย มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญพิเศษเข้าร่วมในกระบวนการ ดูแล มีความพร้อมและมีเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ

ในชั่วโมงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะมีการชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและ/หรือบริการที่เสี่ยงสูง เหล่านี้มีวิธีการจัดการที่มีประสิทธิผลได้อย่างไรภายใต้มิติคุณภาพที่ซ่อนอยู่ในกรอบแนวคิดของ มาตรฐานใหม่ ตั้งแต่การกำหนดกลุ่มเสี่ยง การออกแบบกระบวนการที่อิงหลักฐานทางวิชาการ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ตลอดจนการทบทวนและวัดผลเพื่อติดตามผลการดูแลรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้.

B40a : HPH Integration

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-15.45 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.สมจิตต์ ชีใจริญ

รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

จุดเน้นของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี คือความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการเรียนรู้ (Learning)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เช่นพวกเราค้นขึ้น ผลพวงของกระบวนการพัฒนาคุณภาพก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมแบบ Patient care team เกิดเครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิกหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น CPG, Care Map, Care Plan, Clinical Tracer, Trigger Tool, Patient safety goal หรืออะไรอื่น ๆ ที่อาจจะมีเพิ่มมาในอนาคต แต่ผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญ น่าจะเป็นการสร้างจิตสำนึกความปลอดภัยของผู้ป่วยให้หยั่งรากลึกในผู้ประกอบวิชาชีพจนเป็นวัฒนธรรม

ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล องค์กรเกิดกระบวนการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในเชิงทฤษฎี ทักษะ ปฏิสัมพันธ์ ความรู้สึกนึกคิด จนถึงจิตวิญญาณที่หล่อหลอมผู้คนในองค์กรให้เข้าถึงศักยภาพสูงสุด มุ่งสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนและเป็นสุข

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพตนเอง เป็นผลให้ผู้นั้นมีสุขภาพดีขึ้น กรอบแนวคิดนี้จึงเน้นที่การเพิ่มความสามารถของคน ชุมชน สังคมให้ดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

ภายใต้มาตรฐานฉบับใหม่ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกบูรณาการสอดแทรกเข้าไปไว้ในทุกส่วน ตั้งแต่การนำ การวางแผนกลยุทธ์ ทรัพยากรบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบงานสำคัญ จนกระทั่งถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมแนวคิด บทบาท พฤติกรรมของทีมนำสูงสุด ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย และสหสาขาวิชาชีพทุกคน

ในระดับปัจเจกบุคลากรทางด้านสุขภาพทุกระดับทุกคน สมควรได้รับการพัฒนาให้เกิดจิตวิญญาณของการสร้างเสริมสุขภาพ ความหมายก็คือทัศนคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านบวก มีความเต็มใจและพร้อมที่จะพัฒนาการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ผู้รับบริการ และชุมชน

จุดอ่อนที่มักพบจากการเยี่ยมชมสำรวจในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการทำแบบขาดแนวคิดพื้นฐาน เก่งงานกิจกรรม ทำให้ไม่ใช่ร่วมสร้าง เน้นคนไม่สนสิ่งแวดล้อม ไม่พร้อมเรื่องผลลัพธ์ ปรับไม่เข้ากับบริบท ประเด็นเหล่านี้ควรนำมาทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อหาทางออกที่เหมาะสม

อันที่จริงแล้ว การสร้างเสริมสุขภาพน่าจะเป็นพื้นที่ที่เราคุ้นเคย เพราะเมื่อเรามีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ว่ามิติใดมิติหนึ่ง เราได้ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง แต่การเพิ่มความคมชัด จัดให้เป็นระบบ บูรณาการครบตามมาตรฐาน จำเป็นต้องเปลี่ยนแนวคิด เปิดมุมมอง ปรับกลยุทธ์ เพื่อให้เห็นโอกาสหรือพื้นที่ใหม่ๆ ในการพัฒนาที่เอื้ออำนวยให้คุณสามารถดูแลตนเองได้

ด้วยความเชื่อมั่นร่วมกันว่า มนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งมนุษย์ก็ควรมีความสามารถเพียงพอในการทำเช่นนั้นได้ด้วยตัวเอง

B40b : New Requirements to be Concerned

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.45-16.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล พรพ.

นอกเหนือจากประเด็นต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ ยังมีข้อกำหนดที่ควรได้รับการใส่ใจ ทำความเข้าใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเรียบง่าย เช่น

- Disease and Health Hazard Surveillance
- Process Management จะนำไปใช้ในระดับใด จะลดความซ้ำซ้อนได้อย่างไร
- Core Competency ขององค์กร
- Focus on Action ของผู้นำ
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมนวัตกรรม

C10a : เมื่อนักกระบาดวิทยา นำสัญญาใจ มาใช้บริหารโรงพยาบาล

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-09.15 น. ห้อง Grand Ballroom

ศ.นพ.จิตร สิทธีอมร (รพ.เซนต์หลุยส์)

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์มีปรัชญาว่า “เมตตากรรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตอยู่ที่นั่น” ปรัชญานี้แปลออกมาว่า เราจะเป็นผู้นำในความหวัง ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการอภิบาล ผู้นำในความหวัง หมายถึง โรงพยาบาลถือผู้รับบริการเสมือนญาติ และมีสิทธิได้รับบริการแบบองค์รวม สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กรอบแนวคิด Malcolm Baldrige เป็นเครื่องมือให้โรงพยาบาลพัฒนาตัวชี้วัด กำหนด Benchmark, ปรับปรุงระบบกรณีที่ตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และติดตามให้กำลังใจ ทีมงานให้มีกำลังใจมุ่งพัฒนาบริการเสมอ

โรงพยาบาลพบว่าเครื่องมือ Malcolm Baldrige มีประโยชน์แต่ไม่เพียงพอในการให้โรงพยาบาลเป็นผู้นำด้านความหวัง ปัญหาสำคัญอยู่ที่เจตคติ ความรู้ ความสามารถ ความมุ่งมั่น จริยธรรม ความรักองค์กร และความสัมพันธ์ระหว่างทีมงานต่าง ๆ ที่จะรักษาสัญญาให้บริการเสมือนญาติ เป็นองค์รวม สมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลจึงพัฒนาระบบสัญญาใจ Promise Model ขึ้นเพื่อใช้ประกอบกับกรอบแนวคิด Malcolm Baldrige และพัฒนาให้โรงพยาบาลเป็นผู้นำด้านความหวังให้บริการผู้ป่วยเสมือนญาติ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จึงจะได้แบ่งปันแนวคิดดังกล่าวให้พิจารณาลองใช้กัน

C10b : Spirituality in Health Care

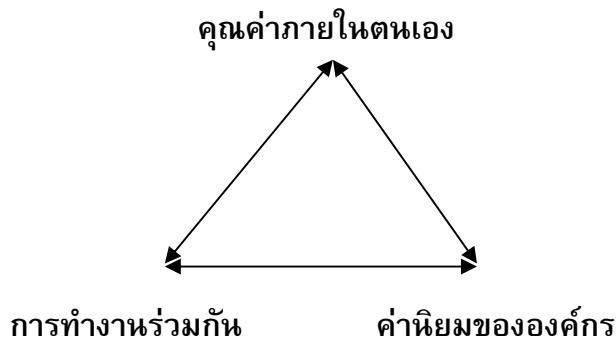
14 มีนาคม 2551 เวลา 09.15-10.30 น. ห้อง Grand Ballroom

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ กรมสุขภาพจิต

ปัจจุบันมีความตื่นตัวของโรงพยาบาลในการที่จะพัฒนาคนและองค์กรโดยมีเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ เป้าหมายเหล่านี้จะเห็นได้ว่ามักจะไปไกลกว่าสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น การอยู่รอดขององค์กร หรือกำไร แต่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับบริการหรือสังคมซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมมากขึ้น

ในท่ามกลางกระแสการปรับตัวของโรงพยาบาล ได้มีการพัฒนานวัตกรรมการจัดการเพื่อเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร จากเดิมที่เน้นแต่การพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงาน หันมาใช้เครื่องมือใหม่ ๆ เช่น การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้ เป็นต้น ซึ่งมีกฎเกณฑ์บางอย่างร่วมกัน โดยเน้นการพัฒนางานโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรไปในระดับหนึ่ง

แต่ในที่สุดหลาย ๆ องค์กรก็พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนั้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในตนเอง การศึกษาวิจัยเรื่ององค์กรก็มีข้อค้นพบสำคัญว่า ถ้าคนเรารู้สึกกับคุณค่าของตนเองในการทำงานและในองค์กร ไม่ว่าตนเองจะอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ใด ๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ขณะเดียวกันคุณค่าในตนเองนั้นจะคงอยู่ได้ก็ต้องอาศัยบรรยากาศการทำงานร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร และสภาวะดีขององค์กรที่แสดงถึงค่านิยมขององค์กรที่ชัดเจน เปรียบดังแก้ว 3 ขา ซึ่งค้ำจุนซึ่งกันและกัน หากขาดตัวใดตัวหนึ่งก็ย่อมที่จะสร้างวัฒนธรรมใหม่ขององค์กรได้ยาก โปรแกรม Spirituality in Health care จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้สมาชิกได้เรียนรู้ องค์กรประกอบทั้ง 3 ประกอบไปด้วยกัน คือ



หัวใจสำคัญของแนวคิดนี้คือ ใช้การพัฒนาจิตอันได้แก่ สมาธิและสติ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณค่าภายในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่คุณลักษณะที่สำคัญ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความรับผิดชอบ ฯลฯ ยิ่งไปกว่านั้นการทำงานร่วมกันอย่างดีต้องอาศัยการฟังอย่างใส่ใจ (deep listening) และกัลยาณมิตรสนทนา (dialogue) ซึ่งก็ฝึกได้ง่ายโดยเชื่อมโยงกับสมาธิและสติ สุดท้ายก็คือการใช้สติเป็นรากฐานในการใคร่ครวญจากภายในเพื่อให้เข้าถึงค่านิยมขององค์กร

C20 : Living Nursing Management
(การบริหารทางการพยาบาลสู่องค์กรที่มีชีวิต)

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Grand Ballroom

ดร.วิภาดา คุณาวิภัติกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ รพ.ศิริราช

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน รพ.เซนต์หลุยส์

การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพของโลกและประเทศในปัจจุบันในด้าน เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยี ความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล โครงสร้างประชากรทั่วโลก ทำให้วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ทุกระดับต้องหันกลับมามอง บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล องค์กร สถาบัน ชุมชน ระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นในด้านการศึกษาพยาบาล การวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้อยู่ในระดับสูงสุด เพื่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน

วัตถุประสงค์

- 1.บอกได้ถึงทิศทางการจัดการพยาบาล ด้านวิชาการ และปฏิบัติการพยาบาล
- 2.บอกถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด KM มาจัดการทางพยาบาล
- 3.บอกถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
- 4.บอกถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหาร มาปรับใช้ได้ถูกต้อง

นับตั้งแต่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้เริ่มนำแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพ ทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีเป้าหมายในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล การสร้างสิ่งแวดล้อมระบบการทำงานให้บุคลากรมีความปลอดภัย และมีความรู้ความสามารถ สร้างองค์กรให้โรงพยาบาลต่างๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และขยายผล เชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ จนเป็นองค์กรที่เข้าประโยชน์จากผลการพัฒนาสู่การจัดการความรู้ใหม่ และเชื่อมโยงการนำนวัตกรรม การทบทวนต่างๆ มาสู่ระบบงานบริการสุขภาพครบทุกมิติ

องค์กรพยาบาลก็เช่นเดียวกัน เป็นองค์กรวิชาชีพ มีได้อยู่นิ่งเฉย หากขับเคลื่อนการพัฒนา ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จนสามารถกำหนด มาตรฐานการพยาบาล สู่การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม การสร้างองค์ความรู้เหล่านี้จึงต้องเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการต่างๆ หลายด้านด้วย ดังเช่น

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพของโลกและประเทศในปัจจุบันในด้าน เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยี ความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล

โครงสร้างประชากรทั่วโลก ทำให้วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ทุกระดับต้องหันกลับมาอง
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับ
บุคคล องค์กร สถาบัน ชุมชน ระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นในด้านการศึกษาพยาบาล การวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้
เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้อยู่ในระดับสูงสุด เพื่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน
(ดร.วิภาดา คุณาวิภัติกุล)

2. การบริหารพยาบาลในปัจจุบัน ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะสามารถนำพาองค์กร
พยาบาลไปสู่องค์กรที่มีความเป็นเลิศ และอยู่ในโลกปัจจุบันและอนาคตได้ ความท้าทายต่างๆ ที่
เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์กรทำให้ต้องมองหากลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กร องค์กร
พยาบาลส่วนใหญ่เป็นองค์กรปิดที่ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก การดำเนินการ
ขององค์กรมักถูกกำหนดจากบนสู่ล่าง และมีการกำหนดการทำงานกันอย่างตายตัวด้วย
มาตรฐานต่างๆ ที่นำมาใช้ บางครั้งขาดความยืดหยุ่น โครงสร้างองค์กรมีการแบ่งกันตามสาย
งานที่ทำให้เกิดการแข่งขันในอันที่จะทำให้หน่วยงานของตนบรรลุเป้าหมาย โดยขาดการมอง
เป้าหมายหลักขององค์กรพยาบาลโดยรวม เกิดบรรยากาศต่างคนต่างอยู่ การทำงานเช่นนี้ทำให้
พลังการขับเคลื่อนองค์กรถูกทอนลงอย่างมาก

โจทย์ที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องตอบคือทำอย่างไรที่จะสามารถใช้พลังของทุกคน
อย่างสูงสุด วิธีการหนึ่งที่สำคัญคือการเรียนรู้จากกันและกัน โดยทำให้สถานที่ทำงานเป็นสังคม
ที่ทุกคนพึ่งพาอาศัยกัน อยู่กันอย่างพี่ อย่างน้อง อย่างเพื่อน มีอะไรพูดกัน ฟังกัน หัวเราะ
ด้วยกัน ทุกข์ด้วยกัน ถ้ามว่าทำได้อย่างไร คำตอบคือเริ่มที่ตัวเราที่เป็นผู้บริหารก่อน ทำตัวให้
เป็นคนที่ฟังมากขึ้นถ้าเป็นผู้บริหารระดับสูง ต้องทำผู้ปฏิบัติกล้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทาง
สร้างสรรค์เช่นใช้คำถาม “ น้องมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างใหม่กับนโยบาย การนำระบบการป้องกัน
การลื่นตกหกล้มมาใช้ “ มีประเด็นอะไรบ้างที่จะช่วยทำให้น้องทำงานได้ดีขึ้น พี่จะนำไป
ปรับปรุง” ในขณะที่เดียวกันในกลุ่มเพื่อนผู้บริหารด้วยกัน ต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกันอย่างสร้างสรรค์ ใช้การประชุมบริหารเป็นเวทีในการสร้าง
ความรู้ทางการบริหาร ใช้ความรู้ และเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อยอด ระหว่างกัน มีการนำตัวอย่างที่ดี
ของคนอื่นไปลองใช้ และเปิดโอกาสให้นำแนวคิดใหม่ๆ มาใช้ กิจกรรมดังกล่าวเหล่านี้จะทำให้
ความรู้ทางการบริหารพยาบาลที่นำมาใช้มีความเป็นปัจจุบันและปรับเปลี่ยนได้ทันตลอดเวลา
รวมทั้งมีการมุ่งมั่นร่วมกันในการบริหารองค์กรให้เจริญงอกงามและมีความสุข ดังนั้นไม่ว่าจะ
เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นใดกับองค์กรพยาบาลก็สามารถที่จะรับมือได้ ไม่เกิดปัญหา และสามารถ
อยู่ได้อย่างมั่นคง (ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์)

3. ระบบสุขภาพที่ดีของประชาชนย่อมมาจากกระบวนการที่สร้างความสุขสมบูรณ์ทั้งกาย
จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีความรอบรู้ มีอิสระภาพเฉพาะตัว มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และการเกิดการเยียวยาภายใน ด้วยสถานการณ์
ปัญหาสุขภาพ ระบบสิ่งแวดล้อมโลก แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จึงเน้นภูมิปัญญา

ไทย แนวคิดใหม่ในการพัฒนาสุขภาพทุนนิยม บริโภคนิยม จริยธรรม และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบกับปัญหาความต้องการพยาบาลวิชาชีพ 119,700 คน ในปี 2548 (กฤษดา แสงดี, 2548) แต่มีพยาบาลอยู่เพียง 97,942 คนยังขาดพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งผลกระทบจากการขาดแคลนพยาบาล ทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (Kare Haller, 2550) การสร้างโรงพยาบาลให้ดึงดูดใจพยาบาลให้คงอยู่ได้มี ผู้ทำการวิจัยหลายท่านพบว่า เอกสิทธิ์ของพยาบาล การพัฒนาความรู้และทำงานใน กระบวนการทำงานที่เหมาะสม เป็นตัวแปรสำคัญ (Kramer et al 1987, Mc clure et al 1983)

ดังนั้นการสร้างองค์กรพยาบาลให้มีชีวิต ให้สามารถขับเคลื่อนไปตามภาวะของปัญหา สุขภาพโลกควรจะกำหนดให้มี บรรยากาศการทำงานที่ดี มีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เป็นองค์กรที่มีอิสระ มีการจัดการความรู้ สร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ และการ ดำเนินการที่สำคัญ คือการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการที่สำคัญ คือระบบสั่งการเป็นระบบ ทีมงาน ระบบ “Silos” (จตุรรมทุกเรื่อง) เป็นระบบกระจายงาน (Unit-level specialization) การ ควบคุมใกล้ชิดเป็นระบบการสร้างความแข็งแกร่งของวิชาชีพ การนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้ เพื่อให้เกิดความพอประมาณ สมเหตุ สมผล โดยการสร้างความรู้จากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ความรอบคอบ โดยระบบควบคุมพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ความระมัดระวัง โดยนำ แนวคิดการประเมินติดตามกระบวนการต่างๆ มาวิเคราะห์ โดยใช้ 3P Model (อนวัณน์ ศุภชุตี กุล, 2550) โดยกำหนดเป้าหมาย (Purpose) กระบวนการ (Process) และผลงานที่เกิดขึ้น (Performance) มากำหนดทิศทางพัฒนา และติดตามระมัดระวังโดยการเฝ้าระวังความเสี่ยง ทางคลินิก การดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่มโรค และหัตถการโดยการใช้เทคนิคด้วยการจัดการ ต่างๆ เช่น การป้องกันข้อบกพร่อง (Failure Mode Effect Analysis) การตามรอบการดูแล รักษาเฉพาะกลุ่มโรค และหัตถการ เช่น การใส่ Foley's catheter, การ suction หรือการปฏิบัติ การพยาบาลอื่นๆ (อ.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน)

นอกจากนั้นการสร้างภูมิคุ้มกัน คือการสร้างควมมีคุณภาพในจิตใจ ปัญญา ในการ กระทำทุกขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตามเป้าหมายที่ได้กำหนด ผลลัพธ์ ด้วยการพัฒนา เพื่อสร้างความพึงพอใจ ลดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ และ วิญญาณ

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการสร้างให้องค์กรมีชีวิต ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง คือการพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล คือการนำแนวคิด การ บริหารสมัยใหม่ มาปรับใช้ เช่น Lean Management ซึ่งสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ เช่น Fast Tract MI, Stat Dose ยา, การรอกผ่าตัด, การดูแลทารกแรกเกิด, หรือการทำหัตถการต่างๆ ทางการพยาบาล เช่น การฉีดยา ฟันยา ตรวจร่างกาย etc หรือการนำแนวคิด Magnet Hospital มาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นต้น

กล่าวโดยสรุปองค์กรที่มีชีวิตทางการพยาบาล จึงเป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการทั้ง
ภายนอก และภายใน เพื่อให้ขับเคลื่อนไปบนกระแสโลกาภิวัตน์ให้ทันต่อความเจริญเติบโต การ
เปลี่ยนแปลง โดยผู้อยู่ในองค์กรมีความสุข ความสมบูรณ์ และจิตใจที่ยิ่งใหญ่ ดีงาม จนสามารถ
แบ่งปันความรัก ความอบอุ่น ให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ ประชาชน สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ต่อไป

C30: Management Innovation

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Grand Ballroom

รศ. นพ. สุเมธ ฟีรุ่ม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศ. คลินิก นพ. อภิชาติ ศิวาธร

รพ. บำรุงราษฎร์

น.ต. นพ. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์

กรมการแพทย์

แนวคิดการบริหาร : นวัตกรรมทางการจัดการ

รศ. ดร. พสุ เดชะรินทร์ (คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ผมจำได้ว่าเคยนำเสนอเรื่องความสำคัญของนวัตกรรม และนวัตกรรมทางการจัดการผ่านทางผู้จัดการรายสัปดาห์ไปหลายครั้ง และจากที่สังเกตดูในปัจจุบันหลาย ๆ องค์กรชั้นนำของเมืองไทยก็ได้ให้ความสำคัญและตื่นตัวกับในเรื่องของนวัตกรรมกันเป็นอย่างมาก ยกษ์ใหญ่อย่างเครือซีเมนต์ไทยถึงกับประกาศเป็นนโยบายที่สำคัญโดยทีมผู้บริหารชุดใหม่ในการให้ความสำคัญกับนวัตกรรม ถึงขั้นมีการประกวดและมอบรางวัลให้กับทีมชนะเลิศเป็นตัวเลขจำนวนมากอยู่

เวลาเราพูดถึงนวัตกรรมส่วนใหญ่เราก็มักจะนึกถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ ๆ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการทำงาน แต่เรามักจะไม่ค่อยได้นึกถึงนวัตกรรมทางการจัดการ (Management Innovation) กันเท่าใด เนื่องจากนวัตกรรมทางการจัดการอาจจะเป็นสิ่งที่จับต้องได้ยากกว่านวัตกรรมทั่ว ๆ ไป และตัวอย่างของนวัตกรรมทางการจัดการก็ไม่ค่อยได้พบเห็นทั่วไปเช่นนวัตกรรมในด้านอื่น ๆ

อย่างไรก็ดีในวารสาร Harvard Business Review ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ 2549 นี้ Gary Hamel ซึ่งถึงเป็นกูรูทางด้านกลยุทธ์ผู้หนึ่งได้เขียนบทความเรื่องชื่อ The Why, What, and How of Management Innovation ซึ่งในบทความดังกล่าว Hamel พยายามนำเสนอถึงแนวคิดความจำเป็น และความสำคัญ ของนวัตกรรมทางการจัดการ

โดย Hamel พยายามตอกย้ำถึงความสำคัญของนวัตกรรมทางการจัดการว่ามีความสำคัญต่อการนำองค์กรสู่ความสำเร็จ ไม่แพ้นวัตกรรมด้านอื่น ๆ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่าในรอบร้อยปีที่ผ่านมานวัตกรรมทางการจัดการเป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำองค์กรหลายแห่งสู่ความสำเร็จมากกว่านวัตกรรมในด้านอื่น

อย่างไรก็ดีปัญหาสำคัญก็คือองค์กรต่าง ๆ ขาดระบบหรือกระบวนการในการผลักดันให้เกิดนวัตกรรมทางการจัดการ Hamel ระบุไว้ว่านวัตกรรมทางการจัดการ หรือ Management Innovation หมายถึง แนวทางคิดในด้านการบริหารจัดการที่แตกต่างจากการบริหารจัดการปกติ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการบริหารจัดการขององค์กร หรือถ้าให้ง่ายเข้า ก็คือสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการบริหารจัดการขององค์กร ในขณะที่นวัตกรรมในด้านอื่น ๆ

เน้นการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ บริการ หรือ กระบวนการในการทำงานทุกๆ ไป นวัตกรรมทางการจัดการเน้นปรับปรุงกระบวนการในการบริหารจัดการภายในองค์กร (Management Process)

ในบทความดังกล่าว Gary Hamel ได้ยกตัวอย่างขององค์กรชั้นนำที่มีนวัตกรรมทางการจัดการ และประสบความสำเร็จอันได้แก่ GE, DuPont, P&G, Visa, และ Linux โดยนวัตกรรมทางการจัดการของ GE ได้แก่การนำระบบการบริหารที่มีความเป็นระบบและชัดเจนเข้ามาทำให้เกิดความเป็นระบบเรียบสำหรับ GE ที่ในอดีตดูตมไปด้วยนักวิทยาศาสตร์ ที่มุ่งเน้นแต่การพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจนขาดระเบียบในการบริหาร หรือ ของ DuPont ก็เป็นการนำเอาหลักการของ Return on Investment (ROI) มาใช้เป็นแห่งแรก จนกระทั่งสามารถหาตัวชี้วัดทางการเงินที่สามารถใช้ในการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในองค์กร หรือ P&G ที่เป็นผู้บุกเบิกเรื่องของการบริหารแบรนด์ขึ้นมาใช้เป็นแห่งแรก หรือ Visa ที่เป็นองค์กรแรกๆ ที่มีลักษณะเป็น Virtual Organization อย่างแท้จริง หรือ Linux ที่พัฒนาซอฟต์แวร์โดยการอาศัยโปรแกรมเมอร์จากทั่วโลกให้เข้ามามีส่วนร่วม หรือที่เรียกว่า Open Source Development

ตัวอย่างข้างต้นเป็นตัวอย่างขององค์กรในต่างประเทศนะครับที่เขาถือว่ามีนวัตกรรมทางการจัดการ ผมว่าถ้าย้อนกลับมามองในประเทศไทยถ้าเราได้ศึกษาอย่างละเอียดก็น่าจะพบว่าบริษัทหลายแห่งที่ถือว่ามีนวัตกรรมทางการจัดการนะครับ

บริษัทยักษ์ใหญ่ออย่างเครือซิเมนต์ไทย เครือสหพัฒน์ หรือ เครือเจริญโภคภัณฑ์ ก็น่าจะมีนวัตกรรมทางการจัดการของตนเอง ที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการลอกเลียนของที่มีอยู่แล้วหรือของต่างประเทศ และลองดูนะครับว่าในองค์กรที่มีนวัตกรรมทางการจัดการจะทำให้เกิดการพัฒนาองค์กร หรือนำไปสู่ความสำเร็จได้หรือไม่?

Gary Hamel ระบุไว้ในบทความของเขาว่าไม่ได้หมายความว่านวัตกรรมทางการจัดการทุกประเภทจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือการได้เปรียบทางการแข่งขันนะครับ อาจจะมีนวัตกรรมทางการจัดการอีกหลายประเภทที่ไม่นำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าเราไม่ควรมุ่งเน้นในการทำให้เกิดนวัตกรรมทางการจัดการนะครับ Hamel ระบุไว้ในบทความเขาว่านวัตกรรมเป็นเรื่องของจำนวนครับ นั่นคือยิ่งทำให้มีนวัตกรรมมาก โอกาสประสบความสำเร็จก็จะยิ่งมากขึ้น เนื่องจากการที่มีจำนวนนวัตกรรมเพิ่มขึ้น ย่อมทำให้โอกาสที่นวัตกรรมใดนวัตกรรมหนึ่งจะประสบความสำเร็จมีมากกว่านวัตกรรมที่มีจำนวนน้อย

Hamel เขาได้ร่วมกับอาจารย์จาก London Business School สืบสวนว่าในรอบร้อยปีตั้งแต่ 1900 จนกระทั่งถึง 2000 มีนวัตกรรมทางการจัดการที่สำคัญอะไรบ้าง โดยได้รวบรวมบรรดา นวัตกรรมทางการจัดการทั้งหมดได้ 175 เรื่อง และจากทั้งหมดได้คัดสรรให้เหลือเพียงแค่ 12 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์สามประการได้แก่ นวัตกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดความแตกต่างจากแนวทางในการบริหารจัดการแบบเดิมหรือไม่? ก่อให้เกิดการได้เปรียบทางการแข่งขันแก่บริษัทที่คิดและนำมาใช้ก่อนหรือไม่? และ ยังพบการใช้อยู่ในองค์กรปัจจุบันหรือไม่? จากเกณฑ์ทั้งสามข้อ ทำ

ให้ได้สิ่งที่ Hamel เรียกว่าเป็นนวัตกรรมทางการจัดการที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารในยุคปัจจุบัน อันประกอบไปด้วย

1. Scientific Management (Time and motion studies)
2. Cost accounting and variance analysis
3. The Commercial Research Laboratory (the industrialization of science)
4. ROI Analysis and capital budgeting
5. Brand Management
6. Large-Scale Project Management
7. Divisionalization
8. Leadership Development
9. Industry Consortia (multicompany collaborative structure)
10. Radical Decentralization (Self-Organization)
11. Formalized Strategic Analysis
12. Employee-Driven Problem Solving

จากทั้ง 12 ข้อข้างต้นผมเองก็ไม่คุ้นกับหลายๆ ชื่อนะครับ อาจจะเป็นชื่อที่ไม่ได้ใช้กันอย่างแพร่หลายก็ได้ ท่านผู้อ่านลองดูแล้วกันนะครับว่าเห็นด้วยกับ Hamel เขาหรือไม่? ก็ต้องระลึกไว้ชนิดหนึ่งนะครับว่า Gary Hamel เขาเป็นนักคิดด้านกลยุทธ์ที่เน้นในเรื่องของนวัตกรรมทางกลยุทธ์มาหลายปีแล้ว ดังนั้นหลายสิ่งหลายอย่างที่เขามุ่งเน้นก็อาจจะเป็นแนวคิดที่ใหม่หรือมุ่งเน้นในเรื่องนวัตกรรมพอสมควรนะครับ

นวัตกรรมการจัดการ

ดร.दनัย เทียนพุ่ม (DNT Consultants)

นวัตกรรมการจัดการ อาจจะอธิบายให้เข้าใจง่าย ๆ ได้ว่าคือ การนำการปฏิบัติ กระบวนการและโครงสร้างใหม่ของการจัดการไปสู่การดำเนินการที่เป็นตัวแทนของความแตกต่างไปจากการที่ปฏิบัติการอยู่เป็นประจำ

ลักษณะเช่นนี้เป็นการปรับเปลี่ยนแบบพลิกฝ่ามือในหลายๆ หน้าที่และกิจกรรมการทำงานในองค์กร

ช่วงเวลามากกว่า 130 ปี มีแนวคิดของนวัตกรรมการจัดการประมาณมากกว่า 100 เรื่อง ซึ่ง Julian Birkinshaw และ Michael Mol (2006) ได้ทำการวิจัยและสรุปขึ้นมาจนกระทั่ง สกัดเหลือเพียงที่เป็นนวัตกรรมการจัดการ ซึ่งถูกใช้อย่างครอบคลุมในทุกๆ ประเทศ อุตสาหกรรมและรูปแบบของนวัตกรรมมีอยู่ 11 นวัตกรรมจัดการที่น่าสนใจมาก

Analog Devices	1987	BSC สำหรับการติดตามการวัดผลทั้งด้านการเงินและไม่ใช้การเงิน
Skandia	1991-2	Scandia Navigator และการวัดต้นทุนทางปัญญา
Partners for Changes	1994-5	โมเดลการจ้างงานแบบยืดหยุ่น / ค่าตอบแทนสำหรับการเป็นที่ปรึกษา
Oscon	1991	องค์กรแบบสป่าเกิดดี การปรับสายการบังคับบัญชาที่เป็นทางการ
HP	1991	โครงสร้างการจัดการลูกค้าระดับโลกสำหรับองค์กรด้านการขาย
Wellington Insurance	1988-9	การปฏิบัติ Wellington สำหรับการกระจายอำนาจแบบถึงรากหญ้า
Interconnection Product	1991	โครงสร้างธุรกิจแบบเซลล์สำหรับการผลิตและการขาย
Sun Microsystem	1990	"Gamechange" โมเดลการให้ร่วมลงทุนสำหรับการพัฒนาธุรกิจใหม่
Motorola	1997	"Six Sigma" วิธีการควบคุมคุณภาพ
GSK	2000	ศูนย์ความเป็นเลิศสำหรับการค้นหาพัฒนา

ซึ่งโดยสรุปแล้ว นวัตกรรมการจัดการหรือ Management Innovation แม้จะมีอยู่มากแต่ที่แพร่หลายและเรารู้จักหรือนำมาใช้ในเมืองไทย ยังมีไม่มากนัก

การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์/นวัตกรรม รพ.สงขลานครินทร์

รศ.นพ.สุเมธ ฟีรุฑฒิ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

นวัตกรรมด้านสิ่งประดิษฐ์ เทคโนโลยี กระบวนการบริการและบริหารเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้เจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดดและสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลหรือกระบวนการสนับสนุน

ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีนโยบายชัดเจนในการใช้ศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่มากในองค์กรแห่งนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและการบริหารองค์กร โดยการ สร้างบรรยากาศให้เกิดนวัตกรรม จัดให้มีเวทีประกวดนวัตกรรมทุก 3 เดือน ประกาศให้ทุกหน่วยงานตลอดจนบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ทุกระดับทั่วทั้งองค์กรร่วมกันส่งเรื่องเข้าประกวดเพื่อชิงรางวัลตามรอบเวลาปีละ 4 ครั้ง อีกทั้งได้จัดให้มีเวทีประกวดเพื่อชิงรางวัลชนะเลิศด้านนวัตกรรมแห่งปี โดยนำนวัตกรรมที่ชนะเลิศในระดับดีเยี่ยมของแต่ละรอบเวลามาประกวดชิงรางวัล "สุดยอดนวัตกรรมแห่งปี" ซึ่งเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice สำหรับบุคลากรภายในองค์กรและบุคลากรภายนอกผู้สนใจ

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมาจนครบปี พ.ศ.2550 มีบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ทุกระดับตั้งแต่อาจารย์แพทย์จนถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นฐาน ได้ส่งนวัตกรรมเข้าประกวดจำนวนทั้งสิ้น 157 เรื่อง เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์ เทคโนโลยีและกระบวนการ ในจำนวนนี้ มีเรื่องที่ได้รับรางวัลระดับดีเยี่ยมจำนวน 19 เรื่อง ระดับดีมากจำนวน 31 เรื่อง และระดับดีจำนวน 75 เรื่องบางเรื่องอยู่ในระหว่างการจดสิทธิบัตร เช่น เครื่องกวดบาดแผลห้ามเลือดหลังสวนหัวใจ การตรวจหาแอนติเจน Rh บนผิวเม็ดเลือดแดงของผู้บริจาคโลหิตประจำ และ PHA สกัดจากถั่วแดงหลวง หลายเรื่องเป็นเรื่องที่

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้พิการหรือมีความผิดปกติ ตลอดจนถึงเกี่ยวเนื่องกับคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ด้านสิ่งประดิษฐ์ **หมอนหนุน 30 องศา** ที่ช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากภาวะสุดสัณทกขณะให้อาหารทางสาย ด้านกระบวนการลดความผิดพลาดในการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับ เหล่านี้เป็นต้น

เจ้าของสิ่งประดิษฐ์และกระบวนการยีนดีให้เผยแพร่ในวงกว้าง อาทิเช่น **เครื่องขยายภาพสงขลานครินทร์ 1** เพื่อให้ผู้มีสายตาเลือนลางเมื่อมองระยะไกลได้มองเห็นต่างๆ ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้ถูกเผยแพร่ไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วประเทศ การให้ **ORS ชนิดแช่แข็งในเด็ก** เพื่อจูงใจให้เด็กเล็กได้รับเกลือแร่ตรงตามแผนการรักษา ตลอดจนระบบ **เชื่อมต่อ Mobile Endoscopy Report Online** ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อจากต่างประเทศ

ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้รวบรวมผลงานด้านนวัตกรรมจากสิ่งประดิษฐ์ เทคโนโลยีและกระบวนการที่ได้รับรางวัลระดับดีเยี่ยมและดีมาก จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่ในวงกว้างเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติ

นวัตกรรมและผลงานสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โปรแกรมต่างๆ ที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยรักษา ตลอดจนการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการและการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลถูกพัฒนาขึ้นมากมาย โดยความร่วมมือของแพทย์พยาบาลตลอดจนบุคลากรสายสนับสนุนอื่นๆ รวมกับโปรแกรมเมอร์ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สร้างความเจริญอย่างก้าวกระโดด เช่น ระบบบริหารจัดการด้านยา ซึ่งสามารถลดความคลาดเคลื่อนและความผิดพลาดทางยา นวัตกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เช่น **บวกรับการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวช** นวัตกรรมด้านการลดข้อร้องเรียน **Service Recovery Process** เพื่อแก้ไขปัญหาผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจต่อการบริการให้กลับมาพึงพอใจ โดยไม่ร้องเรียน เพื่อกลับมาใช้บริการซ้ำและกล่าวถึงโรงพยาบาลในทางที่ดี **พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วยและการเพิ่มจำนวนการตรวจผู้ป่วยนอกและระบบนัดผู้ป่วย** นวัตกรรมด้านการลดต้นทุน ลดความสูญเสีย เช่น การปรับระบบการจัดซื้ออาหารลดต้นทุนและเพิ่มศักยภาพการจัดซื้อและการตรวจหาแอนติเจเชิน **Rh** บนผิวเม็ดเลือดแดงของผู้บริจาคโลหิตประจำ นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (HIS) เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญความสำเร็จขององค์กร

ผู้บริหารของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์รู้สึกภาคภูมิใจ เชื่อและมั่นใจว่ากิจกรรมด้านสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่บุคลากรภายในองค์กรแห่งนี้ช่วยกันคิดค้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านที่นำไปปฏิบัติตามในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาองค์กรให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

C40: ศานติสุขในระบบบริการสุขภาพ

14 มีนาคม 2551 เวลา 14.45-15.15 น. ห้อง Grand Ballroom

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

“สุขภาพ” คือ “ดุลยภาพ” คือมีความสมดุลทั้ง กาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อม เมื่อมีผู้ที่มาเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากขึ้นกว่าแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทุกคนหรือทุกเรื่องต้องมาเกี่ยวข้องกันระบบสุขภาพหมด

การสร้างความสุข หรือ “สุขภาวะ” คือการสิ้นไปของความทุกข์ที่มาบีบคั้นทางร่างกาย จิตใจ ดังนั้นถ้าทุกคนในโรงพยาบาลเป็นนักสาธารณสุข ให้เชี่ยวชาญในการสร้างความสุขให้กับตัวเอง ให้ครอบครัว และให้คนไข้ ต่อเพื่อนมนุษย์

ถ้าเรามีเป้าหมายอย่างนั้นกันทุกคน ถ้าหมอทุกคนมีความสุข พยาบาลทุกคนมีความสุข จะมีความหมายต่อคนไข้มาก มนุษย์ทุกคนมีธรรมชาติที่ดีอยู่ในตัว คือมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดี อยู่ในหัวใจทุกคน เราไม่ได้เห็นแก่ตัวตลอดเวลา ตอนที่เราไม่เห็นแก่ตัวจิตใจจะสบาย ผ่อนคลาย ไม่กังวล เกิดความสุขทั้งกายและใจ

การสร้างความสุขในระบบบริการสุขภาพจึงไม่ยาก ขอเพียงให้ทุกคนเป็นนักสร้างความสุข และช่วยให้เพื่อนมนุษย์ทุกคนมีความสุข สิ่งเหล่านี้ก็จะเกิดขึ้นได้ในสังคมของเรา

เพื่อความสมบูรณ์ในตัวเอง และเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติอย่างยั่งยืน การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ไม่ได้

ระบบการอยู่ร่วมกันด้วยสันติคือศีล เป็นการอยู่ร่วมกันด้วยสันติระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ

เมื่อมนุษย์เข้ามารวมกันเป็นกลุ่มก้อนทางสังคม ย่อมเกิดพลังงานอันมหาศาล สังคมควรมีชุมชนเป็นหน่วยพื้นฐาน จึงจะทำให้รักษาดุลยภาพ สร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนได้ ความเป็นชุมชนเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นประกันให้มนุษย์ทุกคนมีเพื่อน มีภูมิคุ้มกัน และมีความมั่นคง จากโครงสร้างพื้นฐานที่แข็งแรงนี้ มนุษย์สามารถสถาปนาโครงสร้างอื่นๆ ที่สูงขึ้นได้

ห้อง Meeting Room 1

Spiritual Transformation

เชิญชวนรับฟังแนวคิดและประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน
การเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน
รวมทั้งการเปิดพื้นที่ทางสังคมในบริบทต่าง ๆ

วันที่ 12 มีนาคม 2551

งานคุณภาพสู่จิตวิวัฒน์
การไร้ระเบียบ ที่เป็นระบบ
เข้าถึงพุทธธรรม ผ่านคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์

วันที่ 13 มีนาคม 2551

เปิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้ขององค์กรที่มีชีวิต
การดูแลคนไข้เรื้อรังด้วยกระบวนการจิตวิวัฒน์
การเปิดพื้นที่การเรียนรู้ตนเอง คนทำงานสาธารณสุข
เยี่ยมวยาองค์กรด้วยพลังของจิตร่วม

วันที่ 14 มีนาคม 2551

การนำพา การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข
การสื่อสารด้วยความรักและสันติสุข
เรียนรู้จากโลกกว้าง สร้างแรงบันดาลใจ แทนการใช้อำนาจ

A21 : งานคุณภาพสู่จิตวิวัฒน์

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

ดร.นพ.สกล สิงหะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ณัฐพล วัชวิญญู

สถาบันขวัญเมือง

นพ. วิรัช พันธุ์พานิช

รพ.ลำพูน

โปรดดูบทความ “งานคุณภาพสู่จิตวิวัฒน์” ของ อ.วิศิษฐ์ วัชวิญญู (มูลนิธิขวัญเมือง เชียงราย) ในเอกสารประกอบการประชุม 9th HA National Forum “สรรสาระ องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)” ตอนที่ 4 ซึ่งสรุปความโดยย่อ ดังนี้

ลำดับขั้นของการวิวัฒนาการของสัตว์ พูดย่างคร่าว ๆ มีอยู่สามระดับด้วยกัน คือ อยู่รอด อยู่ร่วม อยู่อย่างมีความหมาย หมายถึงปัญญาในสามระดับที่ซ้อนกันอยู่ ถ้าจะเป็นตัวสัตว์แบบ ตัวแทนก็คือ สัตว์เลี้ยงลูกเพื่ออยู่รอด สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเพื่ออยู่ร่วม และมนุษย์เพื่อการอยู่ อย่างมีความหมาย

เวลานี้ในวัฒนธรรมมนุษย์ทั้งปวง มันถดถอย มันอยู่ในความกลัว มันเอาอยู่รอดมานำ อยู่ร่วม และอยู่อย่างมีความหมาย เราเอาสมองส่วนหลังหรือขั้นต้น เอามาครองความเป็นเจ้า เราจึงไม่อาจพัฒนา และวิวัฒนาการไปไหนได้เลย

สังคมและวัฒนธรรมมนุษย์ที่เป็นอยู่ มันเป็นไปเพื่อความอยู่รอดเท่านั้น แม้กระทั่งอยู่ ร่วมก็อยู่ไม่เป็น มันอยู่ร่วมแบบที่จะเอามารับใช้อยู่รอด มันเป็นความสับสนระหว่างคุณค่าแท้ กับคุณค่าเทียม

อยู่ร่วมที่แท้มันต้องเคลื่อนออกจากฐาน จากการอยู่รอด มันอยู่รอดอยู่แล้ว แต่จะอยู่ร่วม อย่างไม่ได้ไปในทิศทางที่จะอยู่อย่างมีความหมาย หรืออยู่อย่างใช้ปัญญา ไม่ใช่เอาความ กลัวมานำ แต่เอาปัญญามานำ

เมื่อเราอยู่ร่วมกับลูกด้วยความกลัว มันก็ไม่เกิดการ bonding หรือ ความผูกพันด้วยรัก เด็กไม่มีความสุข ไม่ได้เป็นองค์กรจัดการตัวเอง อันนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของความล้มเหลวของ สังคมมนุษย์ ที่จริง เราล้มเหลวทั้งหมด ทั้งในระดับครอบครัว องค์กร ชุมชน สังคม ประเทศ และโลก

ฐานแรกแท้ ก็คือ ความกล้า ไม่ใช่ความกลัว ความกล้าเผชิญ กล้าเรียนรู้ ต้องมีพื้นที่ ให้การจัดการตัวเอง ต้องเข้าใจธรรมชาติ เช่น ธรรมชาติของการเรียนรู้ของเด็กคือการเล่น

ฐานที่แท้ที่สอง หรือฐานของการอยู่ร่วมก็คือ การหันหน้าเข้าหากัน อย่างเท่าเทียมกัน โดยละวางเสียงสังคมและวัฒนธรรมที่ขวางกั้นความเท่าเทียมกันนี้ออกเสีย ที่จริงมันอาจจะ เข้าถึงได้ด้วยสุนทรียสนทนา หรือ ไดอะล็อก

ฐานที่แท้ที่สาม ก็คือ ความเข้าใจเรื่องการเรียนรู้ที่ถูกต้อง เราเอาความคับแคบของ ระบบอุตสาหกรรมเข้ามาจับการเรียนรู้ในองค์กร เราจึงไปกันผิดทาง คือเราเข้าถึงการเรียนรู้ เพียงเสี้ยวเดียวเท่านั้น มันไม่สมบูรณ์ เราไปทำให้ความรู้เป็นอะไรที่ตายตัวเกินไป ติดตรึงอยู่

กับการสะสมความรู้มากเกินไป ทำให้ขาดชีวิตชีวา ความเคลื่อนไหว และจินตนาการ ความรู้ก็เช่นเดียวกับวัฒนธรรม มันถูกกระทำให้เป็นอดีต ตายซาก และไร้จินตนาการ นอกจากนี้ เรายังไปจำกัด ความรู้อยู่กับศาสตร์ โดยทิ้งศิลปะ ปัญญาเชิงปฏิบัติ ความรู้ที่เกิดในดินแดนของจิตไว้สำนึก

เรากำลังวิวัฒนาการไปสู่อะไร ธรรมชาติพื้นฐานของชีวิต ก็คือการเรียนรู้และวิวัฒนาการ

เมื่อไม่มีเป้าหมายสุดท้าย เราจะไปกันอย่างไร หรือว่า เป้าหมายที่แท้ก็คือการเดินทาง โดยอาจจะมีเข็มทิศกำกับเช่นดาวเหนือ เป็นต้น หรือจะเป็นอย่างนักพรตเต๋า ที่ว่า เป้าหมายก็คือการเดินทางนั่นเอง การเรียนรู้ ก็คือการเดินทางไปสู่ดินแดนแห่งความไม่รู้เบื้องหน้า การเรียนรู้ของชีวิตก็คือเกลียวพลาวัต เราจะรู้ได้อย่างไรว่า เราจะไปสู่อะไร เมื่อความรู้นั้นยังไม่ได้ปรากฏแก่เรา หากเป็นเพียง ความสลัวรางเบื้องหน้า แต่เรารู้ทิศทางที่เราจะไป จากวิทยาศาสตร์เก่า ไปสู่วิทยาศาสตร์ใหม่ ที่เชื่อมโยงเรื่องราวทางวัฒนธรรมกับปรัชญาและศาสนาเข้าด้วยกัน ณ ที่นั้น เราจะไปแบ่งแยกอีกต่อไป ใช่ไหม?

เราจะเรียนรู้กันอย่างไรในสังคมมนุษย์ ผู้จะดูแลโลกและระบบนิเวศ

การปรับเปลี่ยนเคลื่อนย้ายกระบวนทัศน์นั้นคืออะไรกันแน่

A31: การไร้ระเบียบ ที่เป็นระบบ ทฤษฎีไร้ระเบียบกับชุมชนหัว

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์

มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม

นักวิชาการหลายคนสนใจเรื่องระบบซับซ้อน (complex system) ได้แบ่งประเภทของความซับซ้อนไว้อย่างน่าสนใจว่ามีด้วยกัน 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ ความซับซ้อนที่มีพลวัต (dynamic complexity) ความซับซ้อนทางสังคม (social complexity) และความซับซ้อนที่บานปลาย (generative complexity) ถ้าระบบใดที่มีความซับซ้อนยังมีวิธีการแก้ปัญหาแบบวิธีเดิมก็พอจะเอาตัวรอดได้ แต่ถ้าระบบใดที่มีความซับซ้อนสูงจนถึงขั้นสูงยิ่ง วิธีแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ที่เคยใช้ได้ผลมาแล้ว เช่นวิธีการ “สั่งการและควบคุม” (command and control) จะไม่ได้ผลอีกต่อไป เพราะระบบที่มีความซับซ้อนสูงจะไม่ทำงานดูจตุตจักรที่เดินไปเป็นเส้นตรง และยิ่งความซับซ้อนทั้ง 3 ประเภทที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และกัน ระบบมันจะเดินไม่ปกติ มันจะคาดเดายากยิ่งกว่าคาดเดายาก สถานการณ์และพฤติกรรมของระบบจะขึ้นๆ ลงๆ มีทิศทางที่คาดเดายาก

ระบบใดก็ตามเมื่อเข้ามาอยู่ในสภาวะเช่นนี้จะเปราะบาง กระทบง่ายเรื่องเล็กๆ สามารถส่งผลกระทบปฏิกริยาลูกโซ่และมีการป้อนกลับกันไปมาเชิงยกกำลัง (reinforcing feedback) จนบานปลายกลายเป็นเรื่องใหญ่ ทฤษฎีไร้ระเบียบหรือบางคนเรียกว่าทฤษฎีโกลาหล (chaos theory) ได้พูดเชิงอุปมา “ผลกระทบผีเสื้อ”(butterfly effect) ผลกระทบผีเสื้อนั้นคนไทยเราน่าจะยังจดจำกันได้ดีเพราะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับสังคมไทยมาแล้วสองครั้งในเวลาไม่ถึง 10 ปี

ครั้งแรกคือเศรษฐกิจฟองสบู่แตกในกรุงเทพแล้วเป็นโรคระบาดลามไปทั่วทั้งทวีปเอเชีย จนกระทบไปถึงทวีปอเมริกาใต้ที่ฝรั่งเรียกว่า “โรคระบาดต้มยำกุ้ง” เหตุการณ์เชิง “ผีเสื้อกระพือปีก”ครั้งที่สองก็เป็นกรณีที่หนังสือพิมพ์เขมรอ้างว่า “น้องกบ” สุวรินทร์ คงยิ่งกล่าววาจาถูกคนเขมรทำให้เกิดการชุมนุมประท้วงคนไทยจนเกิดบานปลายถึงขั้นเผาสถานทูตไทยและกิจการร้านค้าของคนไทย จากเรื่องที่ไม่มียะไรกลายเป็นความขัดแย้งรุนแรงระหว่างประเทศ

ทฤษฎีไร้ระเบียบเตือนให้เราคิดและทำด้วยจิตปัญญา (contemplative thinking) ให้มองเห็นภาพใหญ่ทั้งหมดของระบบ และตระหนักต่อสภาพอ่อนไหวเปราะบางของระบบเมื่อมันเคลื่อนตัวไกลออกมาจากจุดสมดุลย์ (far from equilibrium) ทฤษฎีไร้ระเบียบย้ำอย่างหนักแน่นว่าการจัดการกับสถานการณ์ที่อ่อนไหวยิ่งเช่นนี้ไม่ควรใช้กำลังและความรุนแรงเข้าแก้ปัญหา เพราะจะยิ่งทำให้ทำให้เรื่องราวเลวร้ายลงไปกว่าเดิมอีก

ผมมีโอกาสได้อ่านบทความของ Jim Gimian (Jim Gimian) ที่เขียนลงในนิตยสาร Shambhala Sun ฉบับมกราคม 2544 เขาได้ตีความตำราพิชัยสงครามชุมชนหัวไว้อย่างน่าสนใจ และผมคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อสถานการณ์สังคมและการเมืองที่เปราะบางกระทบง่าย ณ เวลานี้

ซุนหวู่ได้ย้ำ ชัยชนะที่ยิ่งใหญ่โดยไม่ต้องทำสงคราม ซึ่งหมายถึงการเอาชนะความขัดแย้งโดยไม่ต้องใช้กำลังนั่นเอง จิมพูดว่าจะทำเช่นนี้ได้ต้อง taking whole หรือหมายถึงต้องคิดเป็นองค์รวม ต้องเห็นภาพใหญ่ทั้งหมด คือ เห็นทั้งตัวเรา เห็นคู่ต่อสู้ และเห็น “ฟ้า” คือสภาพที่อยู่เหนือการควบคุมของเรา เป็นอิทธิพลที่เราทำอะไรไม่ได้ แต่เราอาจจะมีญาณทัศน์ (intuition) พอจะสัมผัสได้บ้าง (sense) ว่าจะเป็นอย่างไรรู้หรือไปทิศใด ขณะเดียวกันเมื่อรู้ฟ้าแล้วก็ต้องรู้ดิน ดินคือสภาพการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นจริงในเวลานี้ว่าเป็นอย่างไร เราและคู่ต่อสู้ยืนอยู่ตรงไหนและอย่างไร ดินหรือสถานการณ์เองก็ไม่ได้นิ่ง มันเคลื่อนตัวไปมา เราจำเป็นต้องตระหนักต่อสภาวะดังกล่าวตลอดเวลา ข่าวสารข้อมูลที่แม่นยำเป็นสิ่งจำเป็น ผู้นำจะต้องมีอารมณ์สงบรักษาความแจ่มชัดในการพิจารณาพิจารณาตลอดเวลา สายตาต้องไม่ฝ้ามัวด้วยความโกรธหรือมิจฉาทิฐิ

จิมพูดถึงศิลปะของซุนหวู่ในการทำงานกับความปั่นป่วนและไร้ระเบียบ (chaos) ไว้ อย่างน่าสนใจดังนี้ “แก่นแท้ของการยุทธ์ และชีวิตที่แท้จริงมักจะทำนายให้แม่นยำได้ยาก มันเต็มไปด้วยความไม่แน่นอนและสับสนวุ่นวาย ความไร้ระเบียบมันเกิดขึ้นเมื่อกติกาเก่า กฎเกณฑ์เก่าและระบอบเก่ากำลังจะหมดสภาพ แต่ระเบียบใหม่ กติกาใหม่และระบอบใหม่ก็ยังไม่ทันเกิด มันเป็นช่วงเวลาที่ไม่มียะไรแน่ และเป็นอันตรายเมื่อสรรพสิ่งที่ดูซึ่งแกร่งได้แตกลงเป็นเสี่ยง ผู้นำที่ชาญฉลาดจะไม่หวั่นไหวกับความปั่นป่วน เขายังสงบเยือกเย็นเพราะเห็นภาพรวม เพราะท่ามกลางความปั่นป่วนสับสนนี้เขาได้เห็นร่องรอยของระบบที่กำลังฟอร์มตัวขึ้นมา ดังเช่นท่ามกลางความโกลาหลวุ่นวายของพายุเฮอริเคนที่เคลื่อนตัวแถบชายฝั่งดูเสมือนทำนายยาก เราสามารถมองเห็นรูปร่าง (pattern) ของมันได้ ความไร้ระเบียบกับความเปราะบางจึงเป็นสองด้านของเหรียญ ทั้งสองส่วนนี้แหละประสบการณ์องค์รวมของเรา เราเห็นความดีและความชั่ว เห็นความไม่เป็นธรรมกับความยุติธรรม เห็นทั้งความสับสนและความแจ่มชัด รู้ว่าทั้งหมดนี้เชื่อมโยงกันและกันและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

“ความไร้ระเบียบเกิดจากความมีระเบียบ

ความกลัวเกิดจากความกล้า

ความอ่อนแอเกิดจากความเข้มแข็ง”

ช่วงเวลาที่มีความไร้ระเบียบเกิดขึ้นมักเป็นช่วงที่มีความยากลำบากและทุกข์ใจ แต่ในขณะเดียวกันมันก็เป็นช่วงเวลาที่มีพลวัต เป็นเวลาของการเปิดกว้างครั้งใหญ่ ทุกอย่างเป็นไปได้ทั้งนั้น มันเป็นโอกาสของการสร้างสรรค์ ผู้นำที่ฉลาดต้องมองทะลุเรื่องนี้เห็นศักยภาพของสรรพสิ่งที่กำลังก่อตัวแล้วชื่นชมมัน เพราะเขาไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ทำตัวได้เสมือนน้ำ ความไร้ระเบียบจึงไม่ได้เป็นภัยคุกคามเขา

เมื่อความไร้ระเบียบคือช่วงเวลาที่มีพละพลา เขาจึงรู้จักใช้มันให้เป็นประโยชน์ เขาจึงไม่ด่วนลงมือปฏิบัติการเมื่อมันยังไม่สุกงอม เขารู้จักรอคอยอย่างสงบ รอคอยจังหวะที่จะใช้ “พลังจีน” แม้มันจะไม่มากแต่พลิกสถานการณ์ได้ ผู้นำจะต้องไม่คลาดสายตาจากภาพรวม ไม่

ปล่อยให้ “เฉพาะส่วน” ที่มาทำลาย “ส่วนใหญ่” เขาจึงฝึกฝนตนเองให้มีความลุ่มลึกในวิธีพิจารณา มีสติ และปล่อยวางพฤติกรรมเดิมๆ เขาเห็นทั้งหมด เห็น “ฟ้า” เห็น “ดิน” เห็น คู่ต่อสู้ และเห็นตนเองทั้งอารมณ์ความรู้สึก จิตใจทั้งจุดอ่อนจุดแข็งของตนโดยไม่เข้าข้างตนเอง

สังคมไทยได้ก้าวมาถึงจุดที่มีความเป็นไปได้ทุกอย่าง เรามองเห็นการฟอร์มตัวของสิ่งใหม่ที่ซ่อนตัวอยู่หลังเมฆดำทมิฬหรือไม่ว่ายังมีดวงสุริยานับพันดวงที่กำลังรอจะฉายแสงออกมา Scott Peck ได้เขียนหนังสือเล่มหนึ่งชื่อว่า A World is Waiting to Be Born เราตระหนักกันไหมว่า “สังคมไทยที่มีพลังเข้มแข็งของพลเมืองกำลังรอที่จะผุดบังเกิด”

พวกเราทุกคนคือผู้ที่ทำการเปลี่ยนแปลง การเป็นผู้นำที่แท้คือทำสิ่งที่ดีให้เป็นจริง เวลาของผู้นำยุคใหม่มาถึงแล้ว เพราะท่ามกลางความไร้ระเบียบนี้แหละคือโอกาสที่ระบบที่เราปรารถนากำลังก่อรูป

เห็นหน่ออ่อนอันงดงามมีคุณภาพของเยาวชนเพื่อประชาธิปไตยไหม?

ทำไมเราคนไทยจึงไม่ช่วยกันให้ความใฝ่ฝันอันดีงามของเด็กๆ เหล่านี้ได้เป็นจริง

ดูภาพใหญ่ที่เป็นอนาคตของชาติเราไว้ ให้แจ่มชัด รักษาอารมณ์ความรู้สึกและความกล้าหาญในการก้าวข้ามกรอบเดิมๆ ให้ดี อีกไม่นานวันเราจะสู “ภาพใหม่” ของสังคมพลเมืองกันแล้ว

A41 : เข้าถึงพุทธธรรม ผ่านคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ทพ.สม สุจิรา

เสรีไทยคลินิกทันตแพทย์

การค้นพบที่ยิ่งใหญ่ของนักวิทยาศาสตร์เกิดจากการการค้นพบการเกิดดับหรือความไม่เที่ยง การที่นิวตันค้นพบความเร่งก็พบเห็นการเกิดดับในความเร็ว การที่ไอน์สไตน์ค้นพบทฤษฎีสัมพัทธภาพก็พบเห็นการเกิดดับในความเร่ง เห็นความไม่เที่ยงของมิติเวลา

การเกิดดับที่ค้นพบในทางวิทยาศาสตร์ ถ้ากำหนดสติที่ความเกิดดับของเราได้ เราจะเห็นว่ามันเกิดดับทั้งวัน สิ่งเร้าทั้งหลายที่เข้ามาใน รพ.จะเจอหลากหลาย ถ้าสามารถกำหนดที่ความเกิดดับได้เราจะรู้เท่าทันมัน

วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรู้จักและคิดให้เท่าทันตนเอง คือ การฝึกสติ พิจารณากาย เวทนา (ความรู้สึก) จิต และธรรมของตัวเอง ซึ่งไม่มีใครเหมือนกัน แม้แต่ในคู่แฝดแท้ เมื่อใดที่รู้จักตนเอง รู้เท่าทันตนเอง ทุกอิริยาบถ ทุกอารมณ์ความรู้สึก รู้พื้นฐานทางจิตและธรรมของตัวเอง จะเกิดปัญญา เห็นทุกสิ่งตามความเป็นจริง เกิดธาตุรู้ และเมื่อสติแข็งกล้าขึ้น จะพบว่า ความ โกรธ ความโลภ ความหลง หายไปจากใจได้อย่างอัศจรรย์ ความโลภ โกรธ หลง คือตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมอันไม่พึงปรารถนา ไม่เข้าใจความสุขที่จริงแท้ ดังนั้น เมื่อขจัดออกไปได้ก็จะหยั่งรู้ถึงเป้าหมายของตนอย่างชัดเจน

เมื่อมีรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส เข้ามากระทบผ่านทวารทั้งหก ก็จะทำให้เกิด เวทนา ตัณหา ขึ้นตามลักษณะพื้นฐานของจิตในแต่ละคน ทำให้มีการตอบสนองต่อผัสสะที่ต่างกัน การตอบสนองของจิตต่อผัสสะ คือจุดเริ่มต้นของความชอบ ความอยาก และก่อให้เกิดพฤติกรรมตามมา ทฤษฎีทางจิตวิทยาบอกไว้ว่าการกระทำของมนุษย์เป็นผลมาจากแรงขับ แรงจูงใจ และสิ่งเร้า แต่ไม่ได้วิเคราะห์ลงไปลึกถึงที่มาของการเกิดแรงขับ แรงจูงใจ

แรงขับอันเกิดมาจากกิเลสตัณหา แรงจูงใจอันเกิดมาจากเวทนา และสิ่งเร้าที่เป็นอายตนะก่อให้เกิดผัสสะ ทั้งหมดเหล่านี้ พระพุทธองค์ทรงอธิบายอย่างแจ่มแจ้ง เข้าใจถึงขั้นตอนการเกิดผัสสะ เวทนา ตัณหา อุปาทาน อย่างลึกซึ้งซึ่งสัญญาละเอียดทางใจที่ผุดขึ้น หลังจากการได้รับสัญญาณทางรูปธรรมหยาบๆ ผ่าน ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก่อให้เกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ เกิดขึ้นเพราะมีความผูกพันมาก่อน เวทนาเป็นบวกเป็นลบ จึงเกิดความชอบ ความชังแบบหนึ่งๆ ขึ้นมา

B11 : เปิดพื้นที่แห่งการเรียนรู้ขององค์กรที่มีชีวิต

Open a Learning space for a living organization

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 1

นพ. กิจจา เจียรวัฒนากนก	รพ.นครพิงค์
นพ.สรารุช สุพรรณพิทักษ์	รพ.ปาย
ณัฐพล วังวิญญู	สถาบันขวัญเมือง
นพ.วิรัช พันธุ์พานิช	รพ.ลำพูน

ในภาวะการณ์ที่เร่ร่อนบีบคั้นภายใต้เงื่อนไขของการแข่งขัน ทั้งแข่งขันกับเวลา กับตัวเอง หรือกับคนอื่น บรรยากาศการทำงานก็เป็นไปในทางที่ทำให้ผู้คนมีแนวโน้มที่จะเอาตัวรอด เพื่อให้ได้ผลงานของตัวเองหรือเพื่อพรรคพวก มากกว่าการทำงานเพื่อคนอื่นที่นำเอาความมิตรหรือความเป็นมนุษย์มาเป็นตัวตั้ง ภาวะการณ์ทางสังคมที่เปราะบางอาจเกิดขึ้นได้เมื่อทุกคนมุ่งหน้าทำเพื่อตัวเอง หรือทำเพื่อส่วนรวมแบบพอไปได้เท่านั้น และหากบรรยากาศเช่นนี้แพร่หลายกันมากขึ้น องค์กรก็จะเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพ ไร้พลัง หรือเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกับคนเรา

ในการทำงานกับองค์กรที่ขับเคลื่อนด้วยมนุษย์จึงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต และต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมบรรยากาศทางสังคมในองค์กรนั้น และองค์กรเองก็จำเป็นต้องได้รับการหล่อเลี้ยงดูแลด้วยความเข้าใจที่สอดคล้องกับธรรมชาติของชีวิต การเปิดพื้นที่ (open space) หมายถึง การเปิดโอกาส สร้างโอกาส สร้างบรรยากาศให้มีขึ้น เพื่อให้กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้ พื้นที่ (space) ในที่นี้อาจเปรียบได้กับ ภาชนะรองรับประสบการณ์ตรงจากกระบวนการเรียนรู้ (learning container) ดังนั้น พื้นที่ (space) ในความหมายนี้จึงเป็นที่ที่พึงปลอดจากภัยทางความคิด (mental threat) ที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ อาทิ เช่น การประนาม การประจาร์ การประหัตประหารด้วยอคติและถ้อยคำ การแบ่งแยก หรือการลดคุณค่าของกันและกันในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น

แนวคิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงดังที่กล่าวมาข้างต้น ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่สำคัญมาก คือ ชีวิตเรียนรู้ได้เอง (self-organization) และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (on-going living process) ในรูปแบบที่หลากหลายและคาดไม่ถึง เป็นความมหัศจรรย์ของสิ่งมีชีวิต ดังนั้นองค์กรที่ได้รับโอกาสหรือพื้นที่ในการแสดงออกซึ่งความแตกต่างและความสร้างสรรค์อย่างเป็นองค์กรจัดการตัวเองนั้นจะค้นพบขุมพลังอันยิ่งใหญ่ ไร้ขีดจำกัด อันเป็นศักยภาพที่แฝงเร้นในผู้คนในองค์กร

ทั้งนี้ ชีวิตรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยเราจะเรียกกระบวนการนี้ว่าการเรียนรู้ หรือไม่ว่ากัน ขึ้นอยู่กับว่าการรับรู้และการตอบสนองนั้นมีความเป็นปัจจุบันเพียงใด

เพราะการรับรู้ของเรามักได้รับอิทธิพลจากความรู้หรือประสบการณ์ที่เราสั่งสมมาจากอดีตเสมอ
ดังนั้น การรับรู้ที่มีความสดใหม่ มีพลังและไม่ถูกกำหนดโดยอิทธิพลของอดีตแต่เพียงอย่าง
เดียว คือ การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเติบโต สร้างสรรค์ และพัฒนาการของชีวิต ทำอย่างไรชีวิต
จะไม่ล่องลอยเต็มๆ ที่ซ้ำซาก จำเจ แข็งตัว ติดยี่ด และสามารถเลื่อนไหลไปกับสภาพการณ์ที่เป็น
จริงได้

การเสวนาในหัวข้อนี้ วิทยากรแต่ละท่านเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในการปรับเปลี่ยน
วัฒนธรรมองค์กร จากวัฒนธรรมเชิงอำนาจภายใต้โครงสร้างแนวดิ่ง หรือกรอบคิดแบบ
เครื่องจักรกลไก มาเป็นวัฒนธรรมของการอยู่ร่วมกันอย่างพึ่งพาอาศัย มีชีวิตจิตใจของ
ผู้ปฏิบัติงานเป็นตัวตั้ง ใส่ใจในความเป็นไปของชีวิต นำพาให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ
องค์กรและชีวิต คือทั้งประสิทธิภาพและสุขภาพขององค์กรไปพร้อมๆกัน

B 21: การดูแลคนไข้เรื้อรังด้วยกระบวนการจิตวิวัฒน์

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

พญ.มณฑกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์

รพ.สวรรค์ประชารักษ์

นพ.มารุต เหล็กเพชร

ศสช.พรุใน อ.เกาะยาว

กุลดา พฤติวรธน

รพ.นครพิงค์

มนตรี ทองเพียร

มูลนิธิขวัญเมือง เชียงราย

สถาบันขวัญเมือง มูลนิธิสังคมิวิวัฒน์ ไปเป็นกระบวนการในโครงการการดูแลคนไข้เรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยง ให้กับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 9 ครั้ง รวมกลุ่มคนไข้ และกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการกว่า 600 คน

ก่อนเริ่มงานอบรมเรามีสมมติฐานว่า กลุ่มคนไข้มีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ รู้วิธีการรักษาว่า ต้องทานยา ต้องออกกำลังกาย ต้องกินอาหารอย่างไร? ดูแลความเครียดอย่างไร? แต่พวกเขาขาดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จริงจังมั๊ย?

สายตาที่มกระบวนกรสอดสายเฝ้าดูทำที่อกกับกรียาของคนไข้ เดินเข้ามายังสถานทีอบรม มีอาการเหนื่อยล้าหน้าตาหม่นหมอง เดินอย่างกระย่องกระแ่งไม่เรียวแรง เสมือนว่าพวกเขาแบกความกังวล ความหมดหวังและความท้อแท้กับชีวิตมาด้วยมั๊ย?

เราเตรียมประยุกต์พีธีกรรมถักทอสายใยแห่งความรัก จัดแจงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครเดินไปยกมือไหว้ทักทายเชื้อเชิญมานั่งอย่างผ่อนคลาย ชวนพูดคุยถามไถ่สารทุกข์สุขดิบของชีวิต ภายหลังจากที่พวกเขาได้บอกเล่าที่มาของความเจ็บไข้ได้ป่วยแล้ว เจ้าหน้าที่อาสาสมัครมีวันทาก้มกราบตรงตักอย่างอ่อนน้อม พร้อมมอบพวงมาลัยดอกมะลิหอม อาสาเป็นลูกหลานที่ดูแลรับใช้พวกเขาจนตลอดงาน น้ำตาทั้งสองฝ่ายไหลซึมอาบเบ้าตาแบบไม่รู้ตัว ค่อยๆถักทอความสัมพันธ์ผูกพันกันใหม่ ดุจตั้งคนในครอบครัวเดียวกัน

แนวคิดหลักที่นำเสนอตลอดงานอบรม คือ "อยู่รอด อยู่ร่วม อยู่อย่างมีความหมาย" คนไข้สูงวัยหลายรายบอกเล่าคล้ายๆ กันให้ฟังว่า "ชีวิตทำงานมานานเหน็ดเหนื่อยหนัก เลี้ยงลูกเติบโต ส่งพวกเขาเรียนหนังสือจนจบปริญญาตรีหรือโท มีภาระงานทำกันหมดแล้ว เราก็อยู่กันสองตายาย รู้สึกว่าชีวิตจบแล้ว"

ภายหลังที่รับฟังเรื่องราวที่มาจากความเจ็บป่วย รับรู้สภาวะความกังวลใจของพวกเขา เราจึงนำพาเรียนรู้เรื่องตัวตนผ่านกิจกรรมผู้นำสี่ทิศ พวกเขาเริ่มรู้จักบุคลิกขณะของตัวเองและคนใกล้ขีด นำไปสู่ความเข้าใจและได้ตระหนักว่าจะปรับตัวอย่างไรในความสัมพันธ์กับคนใกล้ขีด

นำพาเข้าสู่สภาวะความผ่อนคลาย ให้พวกเขาใคร่ครวญว่า“ย้อนรอยเส้นทางเดินทางของบรรพชน หรือญาติผู้ใหญ่ เพื่อสืบค้นหามรดกที่รับมาจากท่าน เราเหมือนใคร เราใกล้ชิดสนิทสนมกับใครมากที่สุด บุคลิกลักษณะ อารมณ์ลบหรือร่องอารมณ์ของท่านเป็นอย่างไร ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรหรือไม่ และชีวิตในวาระสุดท้ายของท่านเป็นอย่างไร ”

“สร้างเส้นทางใหม่ ส่งมอบมรดกใหม่ให้ลูกหลาน “

ทุกคนต่างรู้สึกรักผูกพันกับญาติผู้ใหญ่ ตระหนักในเรื่องราวมรดกที่ได้รับมาและไม่ปรารถนาให้ชีวิตตัวเองดำเนินไปคล้ายๆ ญาติผู้ใหญ่ ต่างก็เริ่มกระทำการตั้งจิตอธิษฐานหรือตั้งปณิธานชีวิตใหม่ เรียนรู้นำพาชีวิตตัวเองกลับมาดำรงอยู่ในโหมดปกติ พลังสภาวะแห่งจิตที่รับรู้ให้มากที่สุด เปลี่ยนแปลงโลกภายในใหม่ จากจิตเล็กจิตแคบ เป็นจิตใหญ่ หรือจิตวิวัฒน์

ประมวลภาพรวมผลที่เกิดขึ้นในงานอบรม คนไข้ส่วนใหญ่เมื่อได้รับเชื้อเชิญมาบางคนตัดสินใจมา รู้สึกเวลาอบรมหลายวัน ห่วงบ้านห่วงสัตว์เลี้ยงบ้าง กลัวลำบากเป็นภาระกับคนอื่น พวกเขาคาดหวังว่าการอบรมน่าจะมีเนื้อหาวิชาการมากมาย อาจจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการฟัง เมื่อเข้าร่วมการอบรมแบบจิตวิวัฒน์ผ่านไปสองวัน บางคนถามทีมกระบวนการว่าเมื่อไรจะอบรมวิชาการสักที มัวแต่ให้เล่นๆ สนุกๆ แล้วจะเกิดประโยชน์อะไร? แต่พอถึงวันสุดท้าย ทุกคนก็สะท้อนว่า พวกเรา รู้สึกผ่อนคลายสบายทั้งกายและจิต ความวิตกกังวล อาการปวดเมื่อยก็รู้สึกบรรเทาเบาบางลงไปบ้าง ที่สำคัญรู้สึกว่าแปลกใจมาก ที่เราต่างคนต่างภูมิหลัง ไม่ได้เป็นญาติพี่น้องอะไรกัน มาอยู่สองสามวันรู้สึกสนิทสนม ผูกพัน ห่วงใยซึ่งกันและกัน เสมือนเป็นญาติพี่น้องครอบครัวเดียวกัน

การได้เล่าเรื่องความเจ็บป่วย และที่มาของความเจ็บป่วย โดยมีคนสนใจรับฟังอย่างตั้งใจ และห่วงใย เมื่อมีโอกาสเผยความทุกข์ความกังวล ก็รู้สึกโล่งอกโล่งใจ เสมือนยกของหนักที่ทับร่างกายอยู่ และการได้เล่าเรื่องวิถีชีวิตที่เรียบง่าย การกิน การอยู่ ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา มีคนรับฟังรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตน รู้สึกถึงชีวิตที่มีความหมาย พร้อมทั้งจะรักคนอื่นอย่างไม่มีเงื่อนไข และพร้อมให้อภัย เกิดแรงบันดาลใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย และใส่ใจดูแลความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีตัวอย่างเรื่องเล่าของผู้เข้าร่วมบางคนดังนี้

อดีตนายตำรวจบอกเล่าที่มาของการป่วยเป็นโรคความดันและเบาหวาน “หลังจากลาออกจากราชการ ไม่รู้จะทำอะไร ใช้ชีวิตแบบอยู่ไปวันๆ จึงติดสุราและการพนัน เคยไปบวชเรียนสามเดือน ก็สามารถหยุดพฤติกรรมได้ช่วงระยะที่อยู่ในวัด พอลาสิกขาออกมา ก็กลับมาติดสุราและการพนันอย่างหนักอีก” วันสุดท้ายของงานได้สะท้อนความรู้สึกว่า “การอบรมครั้งนี้มีความหมายกับชีวิตผมมาก ผมมองเห็นโลกภายในตัวเองได้ชัดเจน รู้สึกว่าตัวเองทำร้ายคนใกล้ชิดมามากแล้ว ต่อไปนี้ตั้งปณิธานว่าจะหยุดพฤติกรรมดังกล่าวเด็ดขาด กลับมาดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง และใส่ใจความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดมากขึ้น”

คุณป้า อดีตพนักงานแบงก์ วันแรกเธอบอกเล่าที่มาความเจ็บป่วย “ฉันปิดประตูบ้าน ปิดประตูหัวใจ ไม่สนใจเกี่ยวข้องกับใครๆ สุดท้ายเป็นโรคซึมเศร้า และเบาหวาน” วันสุดท้าย เธอบอกกล่าวความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ว่า “ประตูหัวใจของฉันแง้มเปิดออก ประตูบ้านก็เปิด ฉันพร้อมที่จะออกไปคบหาสัมพันธ์กับผู้คนภายนอกบ้านมากขึ้น”

คุณป้าชาวสวน เธอบอกเล่าที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายว่า “เธอแต่งงานมีลูกห้าคน ขณะที่ลูกๆยังเล็ก สามีก็ตอดทิ้งไปแต่งงานใหม่ เธอจึงแต่งงานใหม่อีกครั้ง อยู่มาสักกระยะหนึ่ง สามีกคนที่สองก็ขมขื่นลูกสาวคนที่สอง เธอโกรธเกลียดและผูกแค้นอดีตสามีสองคน ไม่ยอมให้อภัยเด็ดขาด” ในวันสุดท้ายของงานเธอบอกความในใจด้วยรอยยิ้มและหน้าตาแจ่มใสว่า “ฉันพร้อมให้อภัยสิ่งที่ผ่านมาทั้งหมด กลับไปบ้านจะกรวดน้ำแผ่เมตตาให้พวกเขา”

บทเรียนและอนาคตที่มีความหวัง

พิธีกรรมสายใยสัมพันธ์ เป็นการคลายข้อขัดแย้ง ความแตกต่าง ถอดเสื้อเกราะความเป็นคน เก่งกล้าสามารถของเจ้าหน้าที่ ที่รู้สึกว่าคุณเหนือกว่าคุณไข้ มาสนิทสนมผูกพันเป็นญาติพี่น้อง เป็นลูกเป็นหลาน รับรู้ความทุกข์ความสุขซึ่งกันและกันและกันเกิดความเห็นอกเห็นใจ เปิดกำแพงหัวใจ น้อมใจเข้าหากันเกิดความรักฉันท์เพื่อนมนุษย์

การสร้างพื้นที่ปลอดภัยคือพื้นที่ของการรับฟัง ทุกคนมีความเท่าเทียมเสมอภาคกัน ไม่แบ่งเพศวัย คุณวุฒิ เราต่างเป็นพี่น้องชนเผ่ามนุษย์เผ่าเดียวกัน ความรู้ที่แฝงฝังซึ่งสืบทอดจาก ภูมิปัญญาของบรรพชน การเรียนรู้และการก่อประกายความคิดใหม่ในมิติความรู้ความเข้าใจ เรื่องสุขภาพแบบองค์รวมก็ไหลปรกาฏ นำมาแบ่งปันถ่ายทอดกัน เกิดการดูแลหล่อเลี้ยง กำลังใจ แรงแบบดาลใจ เป็นการเยียวยาซึ่งกันและกัน ปรากฏการณ์ในงานฝึกรวม เจ้าหน้าที่บางคนรู้สึกกังวลผลที่จะเกิดกับคุณไข้ จนเกิดอาการตึงเครียดไปชั่วขณะ คุณไข้บางคนก็คอยปลอบใจว่า “ปล่อยวางความกังวลเสียบ้าง ชีวิตคนเราไม่มีอะไร เพียงผ่อนคลายก็สบายๆ แล้วทุกอย่างก็คลี่คลาย”

แม้ว่าเป็นช่วงเวลาอบรมที่สั้นๆ แต่พวกเขาก็เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงก้าวเล็กๆ ของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นก้าวที่สำคัญและมีความหมาย ได้ค้นพบสัมผัสความรักที่ไม่มีเงื่อนไข และจิตใหญ่ หรือจิตวิวัฒน์ กระตุ้นให้พวกเขาสนใจที่จะนำประสบการณ์ที่ได้รับ ไปบอกกล่าวเพื่อนบ้าน สนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมงานจิตอาสาของเครือข่ายสุขภาพ ในการหันกลับมาดูแลสุขภาพตัวเอง และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเรื่องสุขภาพระดับชุมชนมั่ง? ทำให้มองเห็นศักยภาพของเจ้าหน้าที่ PCU เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. และกลุ่มคุณไข้ ที่จะเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มีชีวิต ร่วมกันขับเคลื่อนงานสุขภาพองค์รวมเชิงรุกในพื้นที่ต่อไป

(หมายเหตุ :งานอบรมคุณไข้เรื่อรังด้วยกระบวนการจิตวิวัฒน์ ครั้งแรก เมื่อต้นปี 2550 จัดโดย รพ.บัว มีคุณไข้เข้าร่วมประมาณ 160 คน ต่อมาเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน เชียงใหม่ จัดโดย โรงพยาบาลสันทราย สองครั้ง รุ่นละ ประมาณ 60 คน PCU ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จัดสอง

ครั้ง รุ้ณะ ประมาณ 70 คน และPCU ของโรงพยาบาลสวรรค้ประชารั้ษ จั้ตสามครั้ง รุ้ณะ
ประมาณ 50 คน)

B31 : การเปิดพื้นที่การเรียนรู้ตนเอง คนทำงานสาธารณสุข

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 1

อังคณา มาศรีธรรมรงค์	สถาบัน Smart & Smile
นพ.สมพงษ์ ยุงทอง	รพ.ศรีสวรรค์
เพ็ญพร ยุงทอง	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
ธัญธร เปรมใจชื่น	มูลนิธิวิญเมือง เชียงราย

จากจุดเริ่มต้นที่หัวหน้ากลุ่มงาน พบส. ได้จัดอบรม “สุนทรียสนทนา” ให้แก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ โดยกระบวนการจาก มูลนิธิวิญเมือง จากเชียงราย โดยการนำของ อจ.วิศิษฐ์ วังวิญญู ซึ่งต่อมาได้มีการขยายผลออกมานอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยศูนย์สุขภาพชุมชนวัดช่องข่อย ได้จัดอบรมให้คนทำงานสาธารณสุขได้แก่เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในเขตเทศบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (สอ.) ในเขตอำเภอเมือง นครสวรรค์ ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

นอกจากนั้นคนทำงานสาธารณสุขยังได้มองไปถึง กลุ่ม อสม. แกนนำชุมชน ตลอดจนกลุ่มสร้างสุขภาพต่างๆ รวมทั้งอาสาสมัครจิตอาสา ที่มาทำงานช่วยศูนย์สุขภาพฯ นอกจากนี้ในระยะหลังยังมีกลุ่มอื่นๆ เข้ามารวมมากขึ้น อาทิ กลุ่มร่ำรวยเงินไท่แก้ว เจ้าหน้าที่จาก อบจ.นครสวรรค์ และ เจ้าหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) จังหวัดนครสวรรค์

สำหรับ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ เราได้ร่วมกันจัดการอบรม “สุนทรียสนทนา” ให้แก่ลูกจ้างของโรงพยาบาล โดยใช้ทีมกระบวนการของโรงพยาบาลฯ นอกจากนี้ก็มีการจัดการฝึกอบรมให้แก่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 และ ปี 6 การฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้นเป็นความพยายามนำกระบวนการเรียนรู้ “สุนทรียสนทนา” มาประยุกต์ใช้และเผยแพร่ในองค์กรภายหลังการฝึกอบรมที่ได้รับความรู้จากมูลนิธิวิญเมือง เชียงราย (Post dialogue actions) หลังการทดลองฝึกอบรมให้กับลูกจ้างและนักศึกษาแพทย์แล้ว ยังได้ขยายการฝึกอบรมไปยังกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ภายใต้โครงการ “จิตดีเรียนรู้กับการพยาบาล” (อบรม 4 รุ่น)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และได้เห็นคุณค่าของ “สุนทรียสนทนา” จากหลายๆ กลุ่มก็คือเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับตนเองได้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง ซึ่งที่ผ่านมาเราอาจจะละเลยและไม่เคยค้นหาหรือเข้าใจตัวตนของเราเอง เมื่อเขาและเธอได้คนพบและคลายปมชีวิตของตนเองและปรับเปลี่ยนตัวเองใหม่ ชีวิตก็มีความสุขมากขึ้น คนรอบข้างทั้งครอบครัว ผู้ร่วมงาน ก็มีความสุขด้วย

พยาบาลคนหนึ่งเพิ่งจะได้มีโอกาสค้นพบปมชีวิตความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับแม่ที่เก็บไว้นานกว่า 20 ปี ไม่มีโอกาสได้เรียนรู้เข้าใจตนเองและแม่ จนแม่ที่เป็นโรคความดันโลหิต

สูงตัดสินใจไม่รักษาเพราะน้อยใจลูกที่เป็นพยาบาลแต่ไม่เคยเข้าใจ สนใจทุกข์สุขของแม่อย่างแท้จริง หลังผ่านการอบรม “สุนทรียสนทนา” เกิดความรัก ความเข้าใจ ระหว่างแม่และลูกอย่างแท้จริง จนนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่เป็นความดี ความงามระหว่างแม่ลูกคู่นี้ขึ้นมาใหม่อย่างน่าอัศจรรย์ใจ

นักศึกษาพยาบาลปี 2 หลายคนมาเรียนพยาบาลตามเส้นทางความฝันของตนเอง แต่จำนวนมากถูกบังคับให้มาโดยพ่อแม่ด้วยความปรารถนาดี นักเรียนบางคนเกิดปมของชีวิต เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่เห็นคุณค่าของความเป็นพยาบาล บางคนถึงขนาดเกลียดพ่อแม่ที่ผลักดันให้ตนเองต้องมายากลำบากกับการเรียนการทำงานของนักศึกษาพยาบาล แต่เมื่อผ่านการฝึกอบรม “สุนทรียสนทนา” แล้ว เกิดการเรียนรู้จนเป็นความเข้าใจใหม่ ความเข้าใจในความปรารถนาดีของพ่อแม่ เข้าใจตนเองมากขึ้น เข้าใจในคุณค่าของวิชาชีพ การงานที่ตัวเองกำลังดำรงอยู่ และสุดท้ายสุดคือ คุณค่าแห่งตนเอง เป็นการเติมเต็มให้กับนักศึกษาในวัยใส ไม่ต้องพกพาเอาความเกลียดชังไปจนจบการศึกษาไปสู่วัยทำงาน เมื่อวันนี้เขามีความสุขมากขึ้นแม้กับความยากลำบากของการเรียน ซึ่งเชื่อว่าจะส่งผลต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล และ ผู้คนในชุมชน หรือแม้แต่ เรื่อง “Humanized Care” ก็เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ อยู่ในเนื้อตัวของผู้ปฏิบัติงาน ไม่ต้องพร่ำสอนว่าดูแลกายต้องทำอะไร ดูแลจิตต้องทำอะไร

จากการทำกิจกรรมนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ และ รู้จักเพื่อนคนอื่น ๆ ได้ลึกซึ้งขึ้น ซึ่งที่ผ่านมา บางคนแทบไม่รู้จักกัน ได้เพียงแต่ยิ้มให้กันหรือพูดคุยกันอย่างผิวเผิน เมื่อผ่านการอบรมแล้ว พวกเขาทักทายพูดคุยกันด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกันลึกซึ้ง ชีวิตเดินหน้าไปด้วยความรู้ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันมากยิ่งขึ้น มองเห็นและยินดีในความมั่งคั่งงามเติบโตใน “องค์กรที่มีชีวิต”

การนำเสนอจะนำเสนอประสบการณ์ เป็นเรื่องเล่าการทำกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม เช่น เจ้าหน้าที่ระดับคณงานของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลฯ นักศึกษาแพทย์ อสม.และกลุ่มอื่น โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลซึ่งถือเป็นจุดเด่น (highlight) ของกิจกรรมทั้งปวง

B41 : เยียวยาองค์กรด้วยพลังของจิตร่วม

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 1

สมพล ชัยศิริโรจน์

บริษัท ไอ.ซี.ซี. จำกัด

ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ

คณะวิทยาศาสตร์ ม.มหิดล

ณัฐพล วังวิญญู

มูลนิธิขวัญเมือง เชียงราย

เยียวยาองค์กรด้วยพลังของจิตร่วม

ณัฐพล วังวิญญู

องค์กรอยู่ได้ด้วยคนที่มีชีวิต ดังนั้นองค์กรย่อมอยู่ภายใต้เงื่อนไขของชีวิตที่ดำเนินไปในภาวะ 2 ภาวะ คือ ภาวะปกติ หรือ ภาวะปกป้อง ในภาวะปกติผู้คนก็รู้สึกเปิดรับและมีแรงบันดาลใจที่จะสร้างสรรค์ สื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกันอย่างต่อเนื่อง แต่ในภาวะปกป้อง การเรียนรู้ย่อมเชื่อมประสานก็จะชะงักงัน หรือกระท่อนกระแท่น ไม่ลื่นไหล อาจแสดงออกในรูปของอารมณ์ลบที่แพร่ระบาดระจัดกระจาย ผู้คนทำงานด้วยความหวาดระแวง แบ่งพรรคแบ่งพวก ขาดแรงบันดาลใจ หรือทำไปเพียงเพื่ออยู่รอดปลอดภัยไปวันๆ และอาจเกิดอาการติดขัดในสัมพันธภาพหรือในการอยู่ร่วม ที่ทำให้ชีวิตไม่ได้อยู่อย่างมีความหมาย เพราะขาดคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในความเป็นสมาชิกขององค์กร

สมองมนุษย์ถูกออกแบบมาให้มีความต้องการทั้ง 3 มิติ แต่เมื่อภาวะการทำงานมีความเร่งรีบบีบคั้น ภาระงานเพิ่มขึ้นในขณะที่จำนวนคนทำงานเท่าเดิม หรือไม่กี่ไม่ได้เพิ่มตามภาระงาน ผู้คนมีเวลาให้กับตัวเอง ครอบครัวยุติหรือเพื่อนร่วมงานน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยกมากขึ้น ความเจ็บป่วยก็เริ่มปรากฏ ในกายใจของบุคลากรและองค์กรโดยรวม และเมื่อองค์กรป่วยก็ส่งผลสืบเนื่องมาที่ตัวบุคคลต่อไปอย่างเป็นวงจรรขยายที่ดูจะไม่มีจุดจบ

จิตร่วมขององค์กรสะท้อนออกมาในบรรยากาศและวัฒนธรรมที่ทำงาน ที่เป็นสนามพลังทางสังคม (social field) ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของผู้คนมากกว่าที่เราคิดกัน มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ได้รับอิทธิพลของอารมณ์มากกว่าความคิดถึง 24 ส่วนต่อ 1 ส่วนเลยที่เดียว แม้ว่าเราจะพยายามอ้างอิงหลักการเหตุผลหรือหลักคิดมากเพียงใด แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอิทธิพลที่อารมณ์และสิ่งแวดล้อมมีต่อเราได้ ในทำนองเดียวกันกับที่อารมณ์ขององค์กรมีผลต่อระดับจิตใต้สำนึกของผู้คน นอกจากนั้น มนุษย์ไม่ใช่เครื่องจักรที่จะแสดงผลหรือเปิดปิดตามใจชอบหรือตามคำสั่งของแรงขับภายนอก แต่เป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องการเลือกตอบสนองตามเจตจำนงค์และความรู้สึกภายใน

ไม่ว่าเราจะมีวิธีการจัดการหรือมีวิธีคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผลในการบริหารจัดการองค์กรได้อย่างชัดเจนและแหลมคมเพียงใดก็ตาม และแม้ว่าโครงสร้างผังงานขององค์กรได้รับการออกแบบ จัดแจง แยกส่วน กระจายบทบาทหน้าที่อย่างละเอียดถี่ถ้วนและมีระบบประเมินผลที่รัดกุมเพียงใดก็ตาม ตราบใดที่จิตใจของผู้คนยังไม่พร้อมที่จะหลอมรวมกัน และมีส่วนในการ

สร้างวิสัยทัศน์และแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนสำนึกถึงคุณค่าของตัวเองที่มีต่อสังคมและองค์กร
ตราบนั้น การขับเคลื่อนองค์กรไปข้างหน้าก็จะเหมือนกับการขับรถที่ไร้น้ำมัน ที่เต็มไปด้วยแรง
ต้าน แรงเฉื่อย ความเพิกเฉย ความขัดแย้งที่ไม่มีวันจบสิ้น

ในสภาพการณ์ที่ผู้คนรู้สึกเหน็ดเหนื่อย และอาจถึงกับบอบช้ำระกำใจ ทางออกที่ง่ายแต่
ดูเหมือนยิ่งซ้ำเติมองค์กรให้เจ็บปวดไปอีกคือ การกล่าวหา เย้ยหยัน ประนามกัน หรือถึงกับ
ประหัตประหารกันทางความคิด หรือนินทาว่าร้ายเพื่อระบายถ่ายเทความทุกข์ยากของตนทิ้งไป
เป็นลูกโซ่ แม้ผลตอบแทนที่เป็นวัตถุหรือเกียรติยศก็ดูเหมือนจะมากมายอย่างไรก็ไม่ได้ช่วย
จ่ายค่าเหนื่อยและตอบแทนความตรากตรำกรำงานของผู้คนได้ทั้งหมด ตราบใดที่ความคั่งค้าง
ใจและความขัดแย้งยังคงหลงเหลือเป็นเงาที่แผ่เงาในบรรยากาศการทำงาน การประชุมหรือแม้
ในกิจกรรมสนุกสนานก็ตาม

ทั้งหมดนี้ อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจหรือวางแผนการใดๆ ทั้งสิ้น
(ส่วนใหญ่เกิดจากความตั้งใจดีทั้งสิ้น) หากเกิดขึ้นได้ด้วยความรู้ และเหตุปัจจัยที่มักมองไม่
เห็น ได้แก่ วิธีคิด โครงสร้างและแบบแผนความสัมพันธ์ รวมถึงวัฒนธรรมขององค์กรที่ไม่เอื้อต่อ
การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์อันเป็นความปรารถนาที่ลึกล้ำของมนุษย์ ดังที่มาร์กาเรต วีทลีย์
กล่าวว่า การมีส่วนร่วมไม่ใช่เป็นเพียงทางเลือกเท่านั้น (แต่เป็นหนทางเดียวที่จะทำให้อยู่รอด
ได้)

ความหวังจะงอกงามเมื่อผู้คนได้รับโอกาสในการหันหน้าเข้าหากัน การได้มีเวลา
ใคร่ครวญอย่างแยบคายถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เปิดใจรับฟังกันและกันอย่างแท้จริง ท่านดิซ นัท ฮันท์
เคยกล่าวว่า เมื่อความเจ็บปวดได้รับการเปิดเผย การเยียวยาย่อมได้โอกาส (Reveal and Heal)
การเยียวยาองค์กรคือการช่วยเหลือให้องค์กรนั้นกลับมารู้เนื้อรู้ตัวในภาวะที่ปลอดภัย เพื่อรู้ถึง
สภาวะความเป็นไปของตัวเองและรู้จักตัวเองว่ามีศักยภาพเพียงใดในการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดี
ยิ่งขึ้น เมื่อผู้คนในองค์กรสามารถมองเห็นว่าตนอยู่ในสภาวะไหน ผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยนที่
เป็นจริง เป็นมิตร ผ่อนคลาย ก็มีโอกาสดูเห็นแบบแผนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากอดีตสู่ปัจจุบัน
และได้ตระหนักถึงทางเลือกอื่นๆ มากกว่าการจำยอมปล่อยตัวเองไปตามยถากรรมที่ไม่ได้เลือก
ความหวังและแรงบันดาลใจก็จะกลับคืนมาอีกครั้ง

ไม่เพียงแต่เท่านั้น ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องจะช่วยหล่อเลี้ยงให้
องค์กรสามารถฟื้นฟูและเยียวยาตัวเองให้กลับคืนสู่ภาวะปกติที่สร้างสรรค์ เรียนรู้ ปรับตัวกับสิ่ง
ใหม่ได้อย่างตื่นรู้เท่าทันและยั่งยืนยิ่งขึ้น

วิทยาการที่จะมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในครั้งนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการนำเอา
กระบวนการสุนทรียสนทนา (dialogue) ไปใช้ในการสร้างพื้นที่แห่งการหันหน้าเข้าหากัน เพื่อ
สร้างวัฒนธรรมของการตื่นรู้ การอยู่ร่วมและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในองค์กรของตนและ
องค์กรอื่นๆ ในสังคมไทย

องค์กรทั้งหลายในวันนี้ แค่ “พัฒนา” พอไหม? หรือ ถึงเวลา “วิวัฒนาการ” องค์กร

สมพล ชัยศิริโรจน์

เป็นที่ทราบกันดีว่า องค์กรทั้งหลายในเวลานี้ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรธุรกิจ หรือองค์กรรัฐ หรือองค์กรเอกชน ตลอดจนองค์กรการกุศล การบริการใดก็ตาม ที่มีคนจำนวนมาก ทำงานร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ ต่างถูกท้าทายและกดดัน จากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก องค์กร มากขึ้น รุนแรงขึ้น

ผู้นำ ผู้บริหารองค์กรต่าง ๆ ต่างแสวงหากลยุทธ์และวิธีการ เพื่อมาเป็นเครื่องมือ ผลักดันจัดสรรกำลังของคนในองค์กรให้ไปในทิศทางที่พร้อมจะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่ปรากฏคือ กลยุทธ์และวิธีต่าง ๆ ก็ได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้าง หรือได้ผลบ้างในช่วงเวลาหนึ่ง และเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปคำตอบหรือวิธีการเดิมเริ่มไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อยลง การแสวงหาคำตอบใหม่ก็เริ่มต้นอีกครั้ง

หลายครั้งที่ผู้บริหารองค์กรตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงใดก็ตามในองค์กรจะเกิดขึ้นอย่างยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถฝังรากลึกกลงไปในผู้คนขององค์กร ดังนั้น สิ่งที่มาคือการติดตั้งค่าชีวิต การติดตามประเมินผล วัตถุประสงค์ของผู้คน วัตถุประสงค์กรรมของผู้คน และในบางองค์กรถึงกับวัดถ้อยคำของผู้คนที่สื่อสารกันว่าจะไปในทิศทางที่องค์กรปรารถนาหรือไม่

สิ่งที่ตามมาคือ นอกจากตัวเลขเคพีไอ (Key Performance Indicator) ดัชนีชี้วัดต่าง ๆ ก็ยังมีหลักคิด ปรัชญา ตลอดจนตัวย่อต่าง ๆ รวมถึงคำขวัญสารพัดสารพันที่ถูกนำมาใช้ติดตั้งกำกับเพื่อชี้ให้ผู้คนได้เดินตามกันกันไปไปในทิศทางเดียวกัน บ่อยครั้งก็ได้ผลลัพธ์ที่ดีตามที่ผู้บริหารต้องการ และหากหน่วยงานใดหรือผู้คนใดมีพฤติกรรมไปในทิศทางของเข็มทิศนั้นอย่างถูกต้องก็จะได้รับรางวัลกันตามที่สัญญาสัญญาไว้

เมื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า วิธีการ กลยุทธ์ ตัวชี้วัดใหม่ ๆ ก็ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เร็วขึ้นและรุนแรงขึ้นทำให้องค์กรต้องปรับตัวเร็วขึ้นและมากขึ้น เกิดความคาดหวังให้ผู้คนในองค์กรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เร็วขึ้น คนที่ปรับตัวรับตัวชี้วัดใหม่ ๆ ได้ดีก็ได้รางวัล คนที่ปรับตัวไม่ทันก็ต้องถูกปรับแพ้ไป บ้างก็ถูกทอดทิ้งไว้เบื้องหลังหรือถูกทิ้งจริง ๆ ในที่สุด

หากใครเคยขับรถด้วยความเร็ว 100 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และเพิ่มความเร็วเป็น 120 หรือ 130 หรือ 150 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และอาจจะเพิ่มความเร็วเป็น 200 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ด้วยกำลังเครื่องยนต์สมรรถนะสูง ระบบเกาะถนนดีเยี่ยม ให้สภาพถนนราบเรียบที่ผ่านการออกแบบอย่างดี เหมือนทางด่วนออโตบาห์นในเยอรมัน ผู้ขับขี่ด้วยความเร็วขนาดนั้นคงขับขี่ด้วยความมั่นใจ แต่ขณะเดียวกัน แม้ในความเร็วที่สูงเท่าที่ทำได้ เมื่อเหลือบตาไปมองกระจกหลังก็ยังเห็นมีรถคันอื่น ขับเร็วได้ยิ่งกว่า ผู้ขับก็ต้องเร่งให้เร็วขึ้น เร็วขึ้น และเร็วขึ้น

ประเด็นก็คือ เราจะขับรถในความเร็วสูงขึ้น หรือแม้แต่รักษาความเร็วที่สูงให้สูงสม่ำเสมอไปได้นานเท่าไร โดยมียังต้องหวังกันว่าใครจะมาใช้ความเร็วสูงกว่าเราขับรถแข่งผ่านเราไป

การพัฒนาองค์กรให้เปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการแข่งขันต่างๆ ให้ดีขึ้น เหมือนการขับรถด้วยความเร็วสูงที่ดูเหมือนจะไม่มีโอกาสพ่นคันเร่งลงได้เลย คำถามก็ยังคงอยู่ดังเดิม แล้วเราจะรักษาความเร็วหรือเพิ่มความเร็วในการเปลี่ยนแปลงองค์กร และผู้คนในองค์กรได้อย่างไร เร็วแค่ไหน เร็วอยู่นานแค่ไหน และแม้ผู้คนจะได้รางวัลรางวัลกันมากมายมหาศาล ผู้ชนะเหล่านั้นจะดูแลความเร็วในการเปลี่ยนแปลง รักษาและเพิ่มความสามารถในการทำทุกอย่างให้ได้รางวัลมากขึ้นและเร็วขึ้นได้อย่างเนิ่นนานเพียงใด

เมื่อกลับมาดูคุณขับรถที่ความเร็วกว่า 200 กิโลเมตรต่อชั่วโมง สายตาที่มุ่งมองไปเบื้องหน้า ประสาทสัมผัสระหว่างมือที่จับพวงมาลัยกับเท้าที่สัมผัสคันเร่ง เคลื่อนไหวอย่างว่องไว สอดคล้องกับ การเข้าโค้งของถนน เท้าถอนคันเร่ง ชะลอลงในจังหวะที่มีสิ่งกีดขวาง เพียงชั่วครู่แล้วเร่งเครื่องทะยานต่อไป ลมหายใจที่เข้าออกกระชั้นสั้น ๆ หัวใจที่สูบฉีดโลหิตไปทั่วร่างกาย ประสาทสัมผัสตื่นตัวเต็มที่ ไตตื่นตัวกระตุ้นให้พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงใดก็ตามที่จะเกิดขึ้นบนถนนข้างหน้าอันอาจจะเป็นภัยคุกคามความมั่นคงปลอดภัยในความเร็วขนาดนั้น

สำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเชี่ยวชาญชำนาญ เขาย่อมนำพาพาหนะไปอย่างรวดเร็วในห้านาทีแรก ครึ่งชั่วโมงแรก สามชั่วโมงแรก แล้วหากเป็นยี่สิบสี่ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง โดยยอมให้พักผ่อนนอนหลับเป็นปกติสักแปดชั่วโมง แล้วกลับขึ้นมาหลังพวงมาลัยแล้วขับต่อไปด้วยความเร็ว ด้วยความตื่นตัวตื่นกระตุน แล้วอยู่ในความเร็วเช่นนั้นทุกวัน เป็นสัปดาห์

เป็นเดือนๆ เป็นปีๆ ปีแล้ว ปีเล่า แล้วเขาผู้ขับก็ขับได้ดีไม่มีอุบัติเหตุใดๆ ขับรถถึงที่หมายด้วยความเร็วที่กำหนด ได้รางวัลรางวัลสารพัน ตามที่สัญญากันไว้ คำถามคือร่างกายและองค์ประกอบทั้งครบของตัวของเขา และผู้โดยสารของเขา จะเป็นเช่นไรในพาหนะคันนั้น พาหนะที่เต็มเปี่ยมไปด้วยรางวัลรางวัลของขวัญ จากชัยชนะ จากความเร็วของเขา

นักขับขี่บางคนก็อาจกล่าวว่า ไม่เห็นต้องคิดมากอะไร ก็ขับไป ถึงที่หมายในวันใด

วันนั้นก็เดินลงจากรถ มอบหมายให้คนอื่นขับรถ นำพาพาหนะต่อไป แล้ว เขา ก็จะได้เวลา พัก ผ่อน หย่อน ใจ ได้ใช้รางวัลที่สะสมมาตลอดการขับรถ เร็ว อันยาวนาน และเริ่มมีความสุข จากนั้น จากวันที่ลงจากรถจนกว่าถึงวันที่ลงหลุม หรือขึ้นเชิงตะกอนก็ตาม

และวันที่ลงจากรถ ในวันที่ผู้บริหารคิดว่าถึงเป้าหมาย แล้วมอบหมายให้คนรุ่นหลังพาพาหนะพุ่งทะยานต่อไป นำพาองค์กรให้พัฒนาเปลี่ยนแปลง เร็วขึ้น ก็อาจจะเป็นวันที่ หัวใจ ตับไต ไส้พุงของเขา ต้องพัฒนาปรับเปลี่ยนให้ มีความสุขขึ้น หากอวัยวะต่าง ๆ เซลล์ต่าง ๆ เหล่านั้นในตัวเขายังดำรงอยู่อย่างแข็งแรงอย่างดีพอที่จะรู้สึกถึงความสุขได้ในวันนั้น

แต่คำถามที่ยังคงอยู่อยู่ในใจของสมาชิกขององค์กร คำถามที่ยังดำรงอยู่ในทิศทางในอนาคตขององค์กร อาจจะกลับกลายเป็นว่า

พอใหม่ ที่จะ พัฒนา ให้องค์กรเพียง “เร็วขึ้น” หรือ เปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น เท่านั้น

พอใหม่ที่จะ พัฒนา ให้พฤติกรรมผู้คนปรับเปลี่ยนไปตามตัวชี้วัด ตามทัศนคติขององค์กร

พอใหม่ ที่จะเพียง พัฒนา หลักคิด ความคิดตลอดจน คำพูดของผู้คนให้สอดคล้องกับนโยบาย เป้าหมาย

พอใหม่ที่จะพัฒนา เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ มาใช้ให้ทันการณ์

เป็นไปได้ไหมว่า ที่แท้จริงแล้ว การรับมือการเปลี่ยนแปลง และนำพองค์กรผู้คนให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเกื้อกูลให้ผู้คนดูแลภาวะของตนเองและองค์กรอย่างครบถ้วนนั้น อาจจะไม่ใช่การพัฒนาให้ทันต่อเหตุการณ์ หรือทันต่อวิถึปัจจัยภายนอกของผู้คน และขององค์กรแต่เพียงมิติเดียว การพัฒนาโดยเดินหน้า หาดันแบบ วิธีการ เครื่องมือเครื่องมือ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก เพื่อให้องค์กรพัฒนาขึ้น อาจจะไม่ใช่คำตอบสุดท้าย

หากการเดินทางไปข้างหน้า พัฒนาอย่างรวดเร็ว ก้าวกระโดด แม้ประสบความสำเร็จบ้างแต่ก็ทอดทิ้งผู้คน และภาวะการดำรงอยู่ของเขา สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของเขาไว้เบื้องหลัง อาจจะไม่ใช่ประโยชน์ให้ทั้งผู้บริหาร ผู้คนในองค์กร และรวมทั้งการอยู่รอดขององค์กรในท้ายที่สุดก็ได้

หากการเดินทางกลับ อาจจะเป็นการเดินทางต่อ ดังที่ท่านดิช นัท ฮันท์ ได้กล่าวไว้ การนำพองค์กรไปข้างหน้า อาจจะเป็นเวลาที่จำต้องหันกลับมาหาผู้คน ดูแลผู้คนและภาวะภายในของเขา ดูแลความสัมพันธ์ของเขามีต่อองค์กร และต่อกันและกัน ดูแลสร้างสรรค์แรงบันดาลใจที่ปะทุจากภายในใจของเขา มากกว่าเพียงล่อหลอกด้วยอามิสสินจ้างแต่เพียงอย่างเดียว รวมทั้งอาจจะเป็นเวลาที่ต้องดูแล เรื่องราวและ ความรู้สึกนึกคิดของเขา ที่อาจจะตกหล่นไประหว่างการเดินทางที่รวดเร็วและยาวนาน ของผู้ขับรถที่เชี่ยวชาญชำนาญทางในการขับรถ ขับเคลื่อนองค์กรด้วยความเร็ว ด้วยความมกตตัน

ทางเลือกใหม่ขององค์กรในการรับมือการเปลี่ยนแปลง อาจจะไม่ใช่อยู่เพียงความเร็ว และการแสวงหาคำตอบจากการพัฒนาจากภายนอก หากแต่เป็นการสร้างสรรค์ อันเกิดจากวิวัฒนาการของภาวะภายในของผู้คนในองค์กรเอง เมื่อการแข่งขันระหว่างกันและกันเปลี่ยนแปลงเป็นการหันหน้าเข้าหากัน เมื่อการเร่งรัดเรียนรู้ของผู้คนกลายเป็นการเล่นเรียนรู้ที่ไม่รู้จบและสนุกสนาน เมื่อเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรของงานคือทุกก้าวอย่างของผู้คนที่ได้ร่วมแสวงหาร่วมกัน มากกว่าจะเป็นเพียงรางวัลของคนบางคน แต่เป็นของขวัญที่ทุกคนต่างมอบให้แก่กันและกัน เมื่อนั้นอาจจะเป็นเวลาที่องค์กรจะวิวัฒนาการตัวเองให้ไหลลื่นไป

ได้อย่างยั่งยืนจริง ๆ โดยองค์กรและผู้นำในทุกระดับอาจจะต้องการพาหนะใหม่ หรือนวัตกรรมใหม่ที่จะทำการวิวัฒนาการให้เกิดขึ้น

เราต้องการนวัตกรรมใหม่ ที่ทรงพลังและละเอียดอ่อนเพียงพอที่จะดูแลให้องค์กรและผู้คนในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นบริษัท ห้างร้าน หน่วยงานรัฐ กระทรวงทบวงกรม ชมรม และรวมทั้งครอบครัวของเรา โดยสอดคล้องกับภาวะภายในของผู้คน และไม่ใช่สิ่งแปลกปลอมที่สร้างความประทับใจได้เพียงชั่วคราวช่วยยาม แต่เป็นนวัตกรรมที่ครอบคลุมทั้งผู้คน องค์กรของเขา สภาวะล้อมรอบตัวของเขา ให้เคลื่อนไหวสอดคล้องและ สัมพันธ์กันอย่างสมดุล

และอะไรจะเกิดขึ้นหากนวัตกรรมนั้นไม่ได้จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ล้ำยุค ไม่ได้อาศัยทักษะพิเศษที่ต้องฝึกฝนกันยาวนานจนกว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ แต่หากเป็นนวัตกรรมที่อาศัยความชำนาญ ในระดับที่อาจารย์วิศิษฐ์ วังวิญญู ผู้สร้างสรรค์กระบวนการเรียนรู้ที่เรียกว่า สุนทรียสนทนา ได้กล่าวไว้ว่า เราอาศัยความชำนาญในระดับเดียวกับการ เจียวไข่ ซี้จักรยาน และว่ายน้ำ โดยเราก็สามารถที่จะสร้างนวัตกรรมที่วันนี้ให้เป็นนวัตกรรมที่อยู่ในกระเป๋าเสื้อ กระเป๋าตังค์ของเรา รอเพียงแต่เวลาและโอกาสที่เราจะหยิบขึ้นมาใช้ และใช้ให้เป็นประโยชน์กับองค์กรของเรา เป็นประโยชน์สุขกับตัวเราเองและครอบครัวของเราไปพร้อม ๆ กัน

C11: การนำพา การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 1

ดร.โคทม อารียา

ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล

ระบบโรงพยาบาลที่มีคุณภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น หมายถึงความสุขที่ลดลงจริงหรือ อันที่จริงคุณภาพของงานน่าจะทำให้เกิดความสุขทั้งแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ

ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้เสมอ ในทุกหนทุกแห่ง เราขัดแย้งกันส่วนใหญ่เพราะมีเป้าหมายต่างกันและเห็นว่าอีกฝ่ายเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายของตน อย่างไรก็ตาม จิตใจที่ดีจะช่วยลดความขัดแย้ง ระบบที่ดีจะช่วยป้องกันความขัดแย้ง แม้เมื่อความขัดแย้งบานปลายจนกลายเป็นข้อพิพาท เป็นการทะเลาะวิวาท เป็นการโกรธเคือง เป็นการฟ้องร้องกัน จิตใจที่ดีและระบบที่ดีก็ยังคงช่วยบรรเทาความรุนแรงของการขัดแย้งได้อยู่ดี คำว่าระบบในที่นี้ หมายถึงระบบการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ระบบสนับสนุนจากภายนอก และระบบกฎหมายที่เอื้ออำนวย

ความขัดแย้งเป็นความทุกข์ เมื่อโรงพยาบาลและบุคลากรขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ป่วยก็เป็นความทุกข์ของทั้งสองฝ่าย ถ้าเล็งเห็นความทุกข์ซึ่งกันและกันเช่นนี้ก็จะสามารถใช้หลักเมตตาและหลักการเอาใจเขามาใส่ใจเราได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันมีปัญหายู่มากในด้านการสื่อสารถึงกัน ดังนั้น ควรเริ่มตั้งแต่การสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสุขภาพในลักษณะสื่อสารสองทาง การสื่อสารอย่างสันติที่ใช้หลักสัมมาวาจา และหลักการตั้งใจฟังอย่างลึกซึ้งโดยไม่ด่วนตัดสิน เพื่อจะช่วยให้เกิดการสื่อสารเพื่อความเข้าใจและเห็นใจกันมากขึ้น

ระบบเวชระเบียนที่ดีและโปร่งใส ระบบการรักษาพยาบาลที่รัดกุม การให้คำปรึกษา แนะนำที่อธิบายความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้ดี เหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์ในการป้องกันความขัดแย้ง

เมื่อความขัดแย้งเริ่มจะเป็นข้อพิพาท การคลี่คลายแปรเปลี่ยนความขัดแย้งแต่เบื้องต้น จะมีส่วนช่วยระงับข้อพิพาท ระงับความโกรธ ในช่วงนี้ การสื่อสารจากใจถึงใจ การสื่อข้อเท็จจริงอย่างตรงไปตรงมา การให้อภัย และการให้ความยุติธรรม ย่อมจะช่วยให้คืนดีกันได้

ผู้ที่ไม่ใช่คู่กรณีโดยตรง หากเป็นผู้เกี่ยวข้องในแง่ของหน่วยงานวิชาชีพที่ดี หน่วยงานต้นสังกัดที่ดี หน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี หรือแม้แต่สื่อมวลชน มักมีความเห็นใจคู่กรณีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมากกว่า แต่ความเห็นใจเช่นนี้ หากเป็นเพราะไม่มีข้อมูลเพียงพอหรือโดยใจลำเอียง ก็จะไม่ช่วยให้ความขัดแย้งลดลง ดีไม่ดีเป็นการถือท้ายให้ทะเลาะกันจนมุ่งเอาถูกเอาผิดกันยิ่งขึ้นไปอีก

ในปัจจุบัน มีการพูดถึงกองทุนคุ้มครองผู้เสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ว่าเป็นความผิดของใครหรือเป็นเหตุสุดวิสัย กองทุนเช่นนี้น่าจะช่วยลดการฟ้องร้องลงได้

ช่วยฝ่ายที่เสียหายให้ได้รับการเยียวยาโดยรวดเร็ว รวมทั้งยกมาตรฐานคุณภาพ จากการนำกรณีต่าง ๆ มาศึกษา และเรียนรู้จากกรณีเหล่านั้นเพื่อลดโอกาสก่อความเสียหายให้เหลือน้อยลง อย่างไรก็ตาม กงทุนดังกล่าวอาจมีข้อพึงระวัง เช่น ต้องไม่สร้างความรู้สึกที่ไม่ดีว่าความเสียหายถึงอย่างไรก็เกี่ยวเนื่องจากความบกพร่อง หรือการให้ค่าชดเชยอาจทำให้มีการเรียกร้องแม้ในกรณีที่ไม่มีเหตุอันควร เป็นต้น

อันที่จริง ได้มีกรณีศึกษาอยู่บ้างแล้วที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติชอบ (best practices) หรือการการปฏิบัติที่ไม่ชอบ (malpractice) ในกรณีที่จะป้องกันหรือเผชิญความขัดแย้ง น่าจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับกรณีเหล่านี้ให้มากขึ้น

ถึงเวลาแล้วที่โรงพยาบาลพึงให้ความสำคัญในเรื่องความสุขของบุคลากรและผู้ป่วย นอกจากจะต้องเพิ่มคุณภาพของบริการโดยทั่วไปแล้ว น่าเสริมสร้างเจตคติและทักษะเกี่ยวกับการแปรเปลี่ยนความขัดแย้งให้แก่บุคลากรด้วย รวมทั้งอาจมีบุคลากรเฉพาะเพื่อการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสื่อมวลชน ควรให้ความสำคัญแก่การสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสุขภาพ และการสื่อสารอย่างสันติมากยิ่งขึ้นด้วย

C21 : การสื่อสารด้วยความรักและสันติสุข

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 1

นริศ มณีขาว

ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล

การสื่อสารอย่างสันติ (Compassionate Communication, Nonviolent Communication)

“คุณมีแต่เรียกร้องให้ผมทำตามใจคุณ แต่ไม่เคยเข้าใจผมเลย ไม่เคยรับรู้เลยว่าผมทำงานหนักและเหนื่อยแค่ไหน”

“คุณทำงานประสาอะไร ถึงได้มีลูกค้าเขียนด่าบริษัทเราถึงขนาดนี้ สมอมมีรอยหยักบ้างรีเปลา่”

“ครูว่าคนอย่างเธอคงไม่มีทางประสบความสำเร็จได้หรอก แ่่งงานเด็ก ๆ แค่นี้ยังทำไม่ได้เลย”

“พวกนักการเมืองวัน ๆ มีแต่โก่งกินบ้านเมือง ชาวบ้านเดือดร้อนขนาดไหนไม่เคยมาเหลียวแล”

“พวกเอ็นจีโอ มันก็พวกถ่วงความเจริญนั่นแหละ รัฐมีโครงการพัฒนาดี ๆ มันก็ค้ำกันอยู่เรื่อยเลย”

คุณรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่ออ่านประโยคด้านบนนี้ คุณอยากฟังใครมาพูดเช่นนี้ใส่คุณหรือไม่ หรือถ้ามีใครพูดเช่นนี้กับคุณ คุณอยากจะทำอย่างไร คำพูดเช่นนี้จะนำไปสู่ความขัดแย้งหรือความเข้าใจ

คราวนี้ลองอ่านประโยคด้านล่างแล้วเปรียบเทียบกับประโยคด้านบน

“ที่คุณขอให้ผมไปดูหนังกับคุณ ผมฟังแล้วรู้สึกกังวลใจ เพราะผมอยากทำงานที่ค้างไว้ให้เสร็จก่อน จะได้สบายใจ และผมก็กังวลว่าถ้าไม่ไปดูหนังกับคุณ คุณจะรู้สึกผิดหวัง ผมก็อยากให้คุณสบายใจด้วย เอาอย่างนี้ดีมั้ย ขอเวลาผมเคลียร์งานอีกสองวัน แล้ววันเสาร์นี้ผมจะไปดูหนังกับคุณ”

“ฉันอ่านไปแสดงความคิดเห็นของลูกค้าแล้ว มีอยู่เกินครึ่งที่บอกให้เราปรับปรุงการบริการของเรา ฉันรู้สึกเครียดขึ้นมาทันทีเพราะฉันอยากให้ลูกค้าพึงพอใจ บริษัทจะได้รับการยอมรับ คุณช่วยมานั่งคุยกับฉันสักครู่จะได้ไหมว่า เราจะปรับปรุงการบริการของเราได้อย่างไรบ้าง”

“ตอนที่เธอบอกว่าทำงานส่งไม่ทัน ครูรู้สึกผิดหวัง เพราะครูต้องการให้นักเรียนของครูมีความรับผิดชอบ ซึ่งจำเป็นมากสำหรับการใช้ชีวิตให้ประสบความสำเร็จ”

“ฉันรู้สึกเบื่อกับการกระทำของนักการเมืองที่รับสินบนจากบริษัทธุรกิจ ฉันต้องการผู้แทนที่มีความซื่อสัตย์ เอาใส่ใจ และช่วยแบ่งเบาความทุกข์ความเดือดร้อนของประชาชน”

“เวลาที่อ่านข่าวเอ็นจีโอประท้วงโครงการพัฒนาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเขื่อนหรือโรงไฟฟ้า ผมรู้สึกโกรธ เพราะผมอยากเห็นประเทศชาติของเรามีโครงการดีๆ เราจะได้มีความสะดวกสบายมากขึ้น”

คุณอาจเห็นด้วยว่าผู้ฟังจะเปิดใจรับฟังประโยคด้านล่างนี้มากกว่าประโยคด้านบน ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะการสื่อสารแบบประโยคด้านบนนั้น เป็นการวิพากษ์วิจารณ์อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ฟังเกิดความอึดอัดใจหรือลำบากใจในการรับฟัง แต่ประโยคด้านล่างนั้น ผู้พูดรับผิดชอบความรู้สึกที่เกิดขึ้นและไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ฟัง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ฟังเปิดใจรับฟัง รวมทั้งสามารถสื่อสารกันต่อไปได้ง่ายและราบรื่นขึ้น

การสื่อสารแบบประโยคด้านล่างนี้เรียกว่า “การสื่อสารอย่างสันติ” หรือ “ภาษาแห่งความกรุณา” ในการสื่อสารเช่นนี้ ผู้พูดจะรับผิดชอบต่อความรู้สึกของตนเอง โดยเชื่อมโยงว่าความรู้สึกนั้น เกิดจากความต้องการใดที่ได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้พูดจะปล่อยวางการตัดสิน การวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่นลง รวมทั้งพยายามทำความเข้าใจอีกฝ่ายหนึ่งด้วยว่า เขารู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร

การสื่อสารเช่นนี้จะก่อให้เกิดคุณลักษณะของการสื่อสารที่เปี่ยมไปด้วยความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความกรุณา ความสัมพันธ์อันดี และความคิดสร้างสรรค์ที่จะหาหนทางแก้ปัญหาาร่วมกัน

เราสามารถสื่อสารอย่างสันติได้ในหลายระดับ ทั้งในการทำความเข้าใจตัวเอง สร้างสันติในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน ประสานรอยร้าวระหว่างความสัมพันธ์ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ชุมชน ไปจนถึงการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในระดับสังคม ในระดับลึกที่สุดแล้ว การสื่อสารอย่างสันติยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยบ่มเพาะความกรุณาขึ้นในใจเรา และช่วยให้การมองชีวิตของเราเปลี่ยนแปลงไปอย่างลึกซึ้ง

พื้นฐานหลักของการสื่อสารอย่างสันติ คือ เบื้องหลังการกระทำของมนุษย์ นั้นล้วนเป็นไปเพื่อการตอบสนองต่อความต้องการบางอย่าง เมื่อเรามีความเข้าใจและรับรู้ความต้องการในส่วนลึกเหล่านั้น จะเป็นพื้นฐานให้เกิดความสัมพันธ์ การร่วมมือ และสันติภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน จนถึงระดับโลก

ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะในระดับลึกแล้ว มนุษย์เรามีความเหมือนกันมากกว่าความแตกต่าง การตระหนักว่าเราแต่ละคนต่างก็มีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน ทำให้เรามีความเข้าใจอกเข้าใจกันมากขึ้น เมื่อเราใส่ใจที่ตัวความต้องการ โดยปล่อยวางการตัดสิน วิพากษ์วิจารณ์ หรือ การกล่าวโทษผู้อื่น จะทำให้เราละวางความเป็นศัตรู และเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการหาทางแก้ปัญหาอย่างที่เราไม่เคยเห็นมาก่อน เมื่อเป็นเช่นนี้ ความขัดแย้งและความเข้าใจผิดทั้งหลายย่อมคลี่คลายได้ในที่สุด

การเรียนรู้การสื่อสารอย่างสันติ เป็นกระบวนการคล้ายกับการเรียนรู้ภาษาใหม่หรือทักษะใหม่ ในช่วงแรกผู้ฝึกปฏิบัติอาจจะพูดภาษาไม่ได้ไม่คล่องนัก แต่ด้วยการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอนและมีเวลาฝึกปฏิบัติอย่างพอเพียง จะช่วยให้มีความชำนาญเพิ่มขึ้นได้

ภาษาของการสื่อสารอย่างสันติ แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ การสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ และการฟังผู้อื่นด้วยความเข้าใจทั้งสองส่วนมี องค์ประกอบ 4 ประการ คือ การสังเกต ความรู้สึก ความต้องการ และการขอร้อง ในการฝึกปฏิบัติ เราจะเรียนรู้การแยกแยะองค์ประกอบ 4 ประการนี้ออกจาก การตัดสิน การตีความ และคำสั่ง

วิธีการของการสื่อสารอย่างสันติในคู่มือเล่มนี้ มีพื้นฐานมาจาก “การสื่อสารโดยไร้ความรุนแรง” (Nonviolent Communication)* ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย ดร.มาร์แชล โรเซนเบิร์ก (Marshall Rosenberg)

ดร.โรเซนเบิร์ก เป็นชาวยิวที่เติบโตในประเทศสหรัฐอเมริกา ต้องเผชิญกับการเหยียดเชื้อชาติและถูกทำร้ายมาตั้งแต่เด็ก ด้วยประสบการณ์เช่นนี้ทำให้เขาใคร่ครวญถึงคำถามสองข้ออยู่เสมอว่า เพราะเหตุใดมนุษย์เราจึงถูกตัดขาดจากความกรุณาซึ่งเป็นธรรมชาติพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ แล้วหันไปใช้ความรุนแรงและกดขี่ผู้อื่น แต่ทว่าในขณะเดียวกัน เพราะเหตุใดมนุษย์บางคนยังคงไว้ซึ่งความกรุณาแม้ในสถานการณ์ที่เลวร้ายเพียงใดก็ตาม

เพื่อที่จะหาคำตอบ ดร. โรเซนเบิร์กตัดสินใจเลือกเรียนด้านจิตวิทยาจนจบปริญญาเอกด้านจิตวิทยาคลินิก แต่หลังจากที่ทำงานด้านจิตวิทยาไปสักพัก เขากลับพบว่า จิตวิทยาคลินิกนั้นแทนที่จะช่วยคนให้มีความกรุณาเพิ่มขึ้น กลับเป็นปัจจัยก่อให้เกิดความรุนแรง เพราะศาสตร์ด้านนี้ทำให้เกิดการจัดประเภทคน ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งแยก รวมทั้งพื้นฐานการรักษานั้นก็มองว่าคนเป็นผู้ป่วยหรือเป็นโรค โดยไม่เข้าถึงธรรมชาติแห่งความกรุณาอันเป็นพื้นฐานของมนุษย์

ขณะที่เขาทำการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้มนุษย์เราสามารถคงความกรุณาไว้ได้ ดร.โรเซนเบิร์กค้นพบว่าภาษาที่เราใช้นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เขาจึงพัฒนาวิธีการสื่อสารที่สามารถใช้ได้ทั้งในการพูดและการฟังขึ้นมา วิธีการนี้ช่วยให้เราเข้าใจกันและกันได้อย่างลึกซึ้ง และเปิดโอกาสให้ความกรุณาอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ได้ผลิบานขึ้น

ดร.โรเซนเบิร์กเรียกวิธีการสื่อสารแบบนี้ว่า การสื่อสารโดยไร้ความรุนแรง คำว่า “ไร้ความรุนแรง” นั้นได้รับแนวความคิดมาจากปฏิบัติการไร้ความรุนแรงของท่านมหาตมะ คานธี ผู้นำด้านสันติวิธีของโลกตลอดเวลา 40 ปีที่ผ่านมา ดร. โรเซนเบิร์ก ได้สอนวิธีการสื่อสารนี้ให้กับบุคคลและองค์กรต่างๆ ทั่วโลก มีการนำวิธีนี้ไปใช้ในโรงเรียน บริษัทธุรกิจ การให้การดูแลสุขภาพ การทำงานเพื่อสังคม การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง ทั้งในเรือนจำ สถาบันของรัฐ ในความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และในประเทศที่เกิดสงคราม

ดร. โรเซนเบอร์ก ก่อตั้งศูนย์การสื่อสารโดยไร้ความรุนแรง (Center for Nonviolent Communication) ขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปีพ.ศ. 2527 ปัจจุบันนี้มีผู้ฝึกอบรมที่ได้ก้าวรรับรองจากศูนย์ ฯ อย่างเป็นทางการแล้วมากกว่า 180 คน ซึ่งทำงานใน 35 ประเทศทั่วโลก

ในประเทศไทยนั้น คุณกัญญา ลิขินสุทธิ์ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมการสื่อสารอย่างไร้ความรุนแรงมาจาก Bay Area Nonviolent Communication ได้เริ่มอบรมการสื่อสารอย่างสันติ โดยใช้พื้นฐานจากแนวคิดและวิธีการของ มาร์แชล โรเซนเบอร์ก เมื่อปี พ.ศ. 2547

จากหนังสือ “สื่อสารอย่างสันติ” คู่มือการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและแก้ไขความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ ไพรินทร์ โชติสกุลรัตน์. เรียบเรียง. นริศ มณีขาว บรรณาธิการ. สำนักพิมพ์เสมสิกขาลัย, ธันวาคม 2550.

ดูรายละเอียดเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างสันติได้ที่ เว็บไซต์บ้านใส่ใจ <http://www.carefor.org> เพื่อชีวิต ผู้คน ธรรมชาติ

C 31: เรียนรู้จากโลกกว้าง สร้างแรงบันดาลใจ แทนการใช้อำนาจ

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 1

ทิวา ณ นคร	บ้านกาญจนาภิเษก
อภิชาติ การุณกรสกุล	บ.เอเชียปริซิชั่น
ดร.ประพนธ์ ผาสุขยืด	สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม

ที่ทำงานเป็นได้มากกว่าแค่ที่ทำมาหากิน

อภิชาติ การุณกรสกุล

การจะพัฒนาองค์กรสักแห่งหนึ่ง จนมีความเข้มแข็งอย่างแท้จริงนับเป็นเรื่องยากและท้าทายอย่างมากทีเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ประกอบการขนาดเล็กที่จะต้องเผชิญกับข้อจำกัดต่าง ๆ ด้านของทรัพยากร รวมทั้งปัญหาภูมิรัฐศาสตร์ ในช่วงเริ่มต้นกิจการมักต้องรับมือกับสถานะตลาดซึ่งไม่ค่อยเป็นไปอย่างที่คาดหวังแต่แรก ระบบงานยังไม่เข้าที่และบุคลากรเข้าออกบ่อยทำให้การปฏิบัติการไม่นิ่ง มีปัญหาคุณภาพและบริการไม่ได้มาตรฐาน เงินทุนที่เตรียมไว้แต่ต้นพร่องลงรวดเร็วกว่าที่คาดการณ์ไว้ ขณะที่ผลดำเนินงานยังไม่มีวิวัฒนาการจะต้องขึ้นมาในระดับที่พอจะหายใจหายคอได้ ยิ่งเนิ่นนานออกไปหลายคนเริ่มถอดใจ เพราะทนพิษบาดแผลไม่ไหว ต้องเลิกล้มความตั้งใจถอยหลังไปตั้งหลักใหม่ด้วยความจำใจ (พร้อมกับภาระหนี้สินที่เพิ่มพูนและประสบการณ์ที่ไม่มีวันลืม)

อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ทำนองนี้ก็ไม่ใช่ว่าเหตุผลที่ “หนักสู” ทั้งหลาย ควรจะเลิกล้มความคิดที่จะบุกเบิกกิจการใหม่ ๆ สร้างความฝันของตนเองให้เป็นจริง สำคัญอยู่ตรงที่ต้องเตรียมความพร้อมและสร้างภูมิคุ้มกันให้มากเพียงพอ เพื่อเหลือเผื่อขาดกับภาวะการณ์ที่ย่ำแย่สุด ๆ เอาไว้เสมอ เมื่อเจอเข้าจะได้มีสติและมีพลังกำลังพอที่จะรับมือประคับประคองจนพ้นวิกฤตช่วงเริ่มต้นนี้ไปจนได้

ส่วนใหญ่หากประสบความสำเร็จในช่วงแรกของการบุกเบิกแล้ว ก็มักจะพบกับช่วงการดำเนินงานที่ชัดเจนลงตัวมากขึ้น พร้อมกับได้ทีมงานและระบบงานที่พอจะเข้าที่เข้าทางทำให้กิจการมีความมั่นคงและพร้อมจะพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปได้

ความท้าทายต่อไปก็จะอยู่ที่การขยายและสร้างกิจการให้มีความมั่นคงมากขึ้น องค์กรเริ่มขยายขยาย ผู้คนเพิ่มขึ้นพร้อมกับความหลากหลายของนิสัยใจคอและประสบการณ์ การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์ระหว่างกันเริ่มมีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นลำดับ ธรรมชาติของปัญหาอุปสรรคที่เคยเกี่ยวข้องกับประเด็นทางเทคนิคเป็นหลัก เริ่มหลีกทางให้กับประเด็นปัญหาการทำงานร่วมกันที่มีมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในหลายที่กลายเป็นปัญหาหลักของการขับเคลื่อนองค์กรไปเลย เพื่อรับมือกับสถานการณ์เช่นนี้ หลายองค์กรก็เลือกที่นำเอาวัฒนธรรม “ความเป็นมืออาชีพ” เข้ามาปลูกฝังให้ผู้คนยึดถือปฏิบัติด้วยการผลักดันส่งเสริมให้

ทุกคนเอาผลงานและเป้าหมายการปฏิบัติงานเป็นตัวตั้ง โดยพยายามลดความสำคัญและคำนึงถึงมิติความรู้สึกนึกคิดของบุคคลให้น้อยลง เน้นการสร้างผลงานด้วยการส่งเสริมวัฒนธรรมการแข่งขันอย่างเข้มข้นในองค์กร เพื่อให้ทุกคนมุ่งสร้างผลงานเพื่อความก้าวหน้าของตนเอง แนวคิดบริหารงานแบบตะวันตกเป็นผู้นำที่เด่นชัดในวิธีการเช่นนี้ และดูเหมือนจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในการสร้างประสิทธิภาพและผลประกอบการที่ดีจนเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก แนวปฏิบัตินี้มีข้อเด่นอยู่มากในเรื่องของการรีดและเร่งเอาความทุ่มเทออกมาจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยความต้องการแสวงหาประโยชน์สูงสุดใส่ตนเองของผู้คนเป็นที่ตั้ง แต่ก็ไม่แปลกที่อาจพบว่าความสัมพันธ์ของผู้คนในองค์กรมีความตึงเครียดไม่น้อย และมักสนใจเฉพาะภาระกิจและความสำเร็จของตนเองเท่านั้น

ในกรณีที่วัฒนธรรมของสังคมอันเป็นพื้นฐานสอดคล้องกับแนวทางมุ่งเน้นการแข่งขันดังกล่าวขององค์กร โดยที่ผู้คนถูกหล่อหลอมตั้งแต่เด็ก ๆ ให้มีความรับผิดชอบต่อตนเองและส่วนรวมสูงเพียงพอ มีน้ำใจนักกีฬา ไม่ผูกใจเจ็บ มีความทะเยอทะยานมุ่งมั่น ไม่ยอมจำนนต่ออุปสรรคง่าย ๆ แนวปฏิบัตินี้ก็มักจะให้ผลที่พึงปรารถนาในแง่ของผลงานอยู่มากทีเดียว โดยมีผลกระทบในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่รุนแรงนัก แต่หากวัฒนธรรมของสังคมไม่เอื้ออำนวยสอดคล้อง ก็ดูถ้าจะมีปัญหาการทำงานร่วมกันมากเอาการทีเดียว จนอาจส่งผลกระทบต่อผลงานที่คาดหวังไว้ไม่เกิดขึ้น แต่ก็ไม่ใช่ว่าการให้ความสำคัญกับเป้าหมายและการแข่งขันจะใช้ไม่ได้ ทั้งนี้จะอยู่ที่การกำหนดน้ำหนักที่ใช้ในการขับเคลื่อนอย่างเหมาะสมโดยไม่ละเลยมิติความสัมพันธ์ของผู้คน สำหรับองค์กรเล็ก ๆ ที่ผู้คนถูกหล่อหลอมมาด้วยวัฒนธรรมแบบไทย ๆ มิติของความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนและผู้คนกับองค์กรน่าจะสามารพัฒนาให้กลายเป็นจุดเด่นในการขับเคลื่อนพัฒนาองค์กรให้เข้มแข็งมีพลังแบบไทย ๆ ได้ดีทีเดียว เพราะองค์กรขนาดนี้มักมีความคล่องตัวและผู้คนมีความใกล้ชิดกันเพียงพอ และน่าจะพัฒนามาเป็นจุดเด่นที่สร้างความเข้มแข็งที่แตกต่างออกไป

อีกประเด็นหนึ่งซึ่งน่าคิดคือ สมควรหรือไม่ที่เราจะพัฒนาองค์กรธุรกิจให้มีคุณค่ามากขึ้นกว่าการเป็นเพียงผู้ขายน้ำที่เจ้าของมุ่งแต่การหากำไรสูงสุดและพนักงานมุ่งเพียงความก้าวหน้าด้านรายได้ของตนเองเท่านั้น จะทำให้องค์กรธุรกิจเป็นมากกว่าหน่วยขับเคลื่อนความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่เป็นหน่วยพัฒนาคุณภาพของสังคมไปพร้อม ๆ กัน จะดีไหม

“ที่ทำงานควรจะเป็นมากกว่าเพียงที่ทำมาหากินหรือไม่”

“ทุกคนควรมีหน้าที่มากกว่าแค่หาเลี้ยงชีพโดยสุจริตหรือเปล่า”

สมัยเด็ก ๆ ตอนเราไปโรงเรียน คุณครูสอนเรามากกว่าความรู้พื้นฐาน เช่น การเขียน การอ่าน การบวกลบเลขมากนัก ความสนใจที่ต่าง ๆ ถูกปลูกฝังในจิตใจของเราอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่เราใช้ชีวิตในโรงเรียน(โดยเฉพาะโรงเรียนชั้นประถม) เราถูกสอนให้ซื่อสัตย์ ขยันอดทน เสียสละ และรักประเทศชาติทุกวัน แต่พอเรียนสูงขึ้นมา การมุ่งเน้นเนื้อหาวิชาการก็

เข้ามาแทนที่ รวมทั้งทัศนคติที่ว่าเรื่องราวเหล่านั้นเป็นเรื่องของเด็ก ๆ เรารับรู้มาหมดแล้ว ไม่ต้องมาพร่ำสอนกันอีกต่อไป โดยหารู้ไม่ว่า ความรู้กับความตระหนักสำนึกจนเป็นหลักยึดของจิตใจนั้น มีผลแตกต่างกันอย่างเทียบกันไม่ได้ ความรู้และความซื่อสัตย์ ขยัน อดทน เสียสละ รักชาติ เป็นสิ่งดี แทบจะไม่ทำให้เกิดผลอันใดเลย หากไม่ได้ถูกแสดงออกโดยการกระทำอย่างสม่ำเสมอทุกโอกาสด้วยความสำนึกที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจ

โรงงาน สำนักงาน ร้านค้า กิจการและองค์กรทุกประเภทก็ทำอย่างไรโรงเรียนประถมได้ ผู้นำในองค์กรทุกประเภททุกขนาดก็ไม่ต่างอะไรจากครูใหญ่ที่นักเรียนโง่งอย่างพวกเราต่างต้องให้ความเคารพเชื่อฟัง (เนื่องจากกุมชะตาชีวิตพวกเขาอยู่ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเรื่องของปากท้อง) เรื่องใดหากไม่ผิดทำนองคลองธรรมหรือขัดต่อกฎหมายแล้ว นักเรียนโง่งทั้งหลายอย่างพวกเราก็พอจะเต็มใจทำ (หรือฝืนใจทำก็แล้วแต่) หากครูใหญ่กำหนดว่าคือสิ่งที่พึงกระทำ โดยอุปนิสัยของคนไทยเราไม่ค่อยชอบแสดงออกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้ความชื่นชมกับการทำความดี ทั้ง ๆ ที่จิตใจภายในต่างเห็นดีเห็นงามด้วย ส่วนใหญ่มักบอกวา “เขิน” หรือให้เหตุผลว่าไม่อยากจะ “เหลิง” แต่ในทางกลับกันเรามักชอบนำเรื่องการกระทำที่ไม่เหมาะสมมาพูดเป็นเรื่องล้อเล่น รวมทั้งยกย่องพฤติกรรมฉลาดแกมโกงแบบศรีธนญชัยว่าเป็นความเก่งเหนือผู้อื่น

ความคิดค่านิยมเช่นนี้บ่อนทำลายรากฐานสำคัญของการสร้างสังคม (ไม่ว่าขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่) ที่มีคุณธรรมจริยธรรม และนำไปสู่สังคมที่ผู้คนเอาแต่ตัวเองรอดไว้ก่อน สบายไว้ก่อน ได้เปรียบไว้ก่อน และหมดหวังกับการดำรงอยู่ด้วยความดีที่แท้จริงเพราะรู้สึกว่าจะเสียเปรียบจนอาจจะตั้งอยู่ไม่ได้ หากผู้นำทุกระดับในองค์กรไม่ช่วยกันนำพาผู้คนของตนทวนกระแส ก็นับว่าเป็นเรื่องน่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง และเท่ากับเป็นการปล่อยให้องค์กรของตนตกเป็นส่วนหนึ่งที่เร่งความเสื่อมทางสังคม ซึ่งท้ายที่สุดก็ไม่พ้นลูกหลานของเราเองที่ต้องรับผลในวันข้างหน้าอย่างเลี่ยงไม่ได้ การริเริ่มกระแสการชักชวนให้ผู้คนหันมาละประโยชน์ส่วนตนบางส่วนเพื่อประโยชน์ส่วนรวมอย่างสม่ำเสมอไม่ใช่เรื่องง่าย อีกทั้งยังจะถูกมองว่าเป็นเรื่องแปลกและแทบจะเป็นไปไม่ได้ แต่ขอเราอย่าด่วนประเมินจิตใจของผู้คน (โดยเฉพาะพี่น้องคนไทยด้วยกัน) ต่ำเกินไป ตั้งแต่ยังไม่ได้ลงมือทำอะไรเลย เพราะเมื่อเราลงมือด้วยความจริงใจแล้ว จะพบว่าความดีที่ซ่อนอยู่ในจิตใจของผู้คนมีมากกว่าที่เราคาดเสมอ ขอเพียงให้เรามีความศรัทธาและความเพียรไม่ลดละ แน่ใจว่าไม่ใช่ทุกคนจะเห็นดีเห็นงามให้ความร่วมมือสนับสนุนเท่าเทียมกัน บางคนก็เร็วบางคนก็ช้า บางคนก็อาจต้องรอชาติหน้าตอนบ่าย ๆ บางคนก็มากบางคนก็น้อย

แต่สำคัญที่สุดอยู่ที่ตัวเราเองที่จะต้องไม่ท้อถอยเลิกล้มความตั้งใจไปเสียก่อน เรื่องนี้ไม่ใช่จะทำสำเร็จในชั่วชีวิตเดียวของเรา แต่กลับต้องอาศัยชั่วชีวิตนี้ของเราซ่อมแซมฐานให้แข็งแรง เพื่อลูกหลานในยุคต่อไปจะได้พัฒนาคุณธรรมที่ขาดหายไปให้แข็งแรงเติบโตได้

“เราสร้างบ้านด้วยอะไร เราก็ได้บ้านแบบนั้น” หากเราสร้างองค์กรและสังคมโดย ชักชวนให้ผู้คนมุ่งเอาประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ตั้ง ประกอบกับความโลภซึ่งมีอยู่ในจิตใจของเรา ทุกคนเป็นทุนอยู่แล้ว การเบียดเบียนกันก็ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากเราเตือนสติให้ผู้คน คำนึงถึงประโยชน์ร่วมกันเหนือประโยชน์ส่วนตนเสมอ และทดแทนความโลภในใจด้วยความ เสียสละ สังคมที่มีความเกื้อกูลกันก็ย่อมเกิดขึ้นมาแทนที่ได้

ท่าน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้ข้อคิดไว้ในหนังสือ “**พระเจ้าอยู่หัวกับรหัสพัฒนา ใหม**” ที่เราสมควรมานำมาทบทวนเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตและพัฒนาองค์กร ดังนี้ “**จะโดย รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม สังคม (ปัจจุบัน) ถูกพาไปให้ตั้งคำถามว่า ทำอย่างไรจะรวย”** เมื่อผู้คนพากันแสวงหาคำตอบให้กับคำถามนี้เป็นหลักใหญ่ในการดำเนินชีวิตจนเข้าขั้นวิกฤต สังคมเราก็ต้องพบความเสื่อมต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ “**แต่ถ้าตั้งคำถามใหม่ว่า ความดี คืออะไรแทนที่ ... จะเกิดจิตสำนึกใหม่ การตั้งคำถามว่าความดีคืออะไรซ้ำ ๆ อยู่ทุกวัน** **ความรู้สึกลึกซึ้ง ก็จะไปเปลี่ยนไป แล้วจะไปปรับวิถีชีวิต**” คำตอบของคำถาม ใหม่นี้ทุกคนตอบได้ และเมื่อนำไปใช้เป็นหลักใหญ่ในการดำเนินชีวิตกันอย่างจริงจังทั่วถึง สังคม ประเทศชาติ ประชาคมโลก ก็จะถอยห่างจากความเสื่อมไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างมีสันติ สุข แล้วเราควรจะเริ่มตั้งคำถามใหม่ที่ใดถ้าไม่ใช่ที่ที่ใกล้ตัวเรามากที่สุด เช่น ในครอบครัวและใน สถานที่ทำงานของเราซึ่งเราใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตอยู่

ทุก ๆ วัน ที่ทำงานไม่จำเป็นต้องเป็นแค่ที่ที่ผู้คนมาอยู่ร่วมกันเพียงเพื่อทำมาหาเลี้ยงชีพเท่านั้น แต่ภายใต้การรวมตัวกันอย่างมีโครงสร้างที่ชัดเจนเข้มแข็ง และมีพลังขับเคลื่อนสูง ของทุกองค์กร ผู้นำสามารถส่งเสริมให้ผู้คนยึดเอาความดีเป็นที่ตั้งอย่างจริงจัง จนกระทั่ง กลายเป็นพลังหลักในการพัฒนาองค์กรให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ทั้งตัวเศรษฐกิจและความผาสุกของสังคมโดยรวม หากคิดให้ดีแล้ว เรากลับไม่มีทางเลือกมากนัก ด้วยทิศทางและความเร็วที่โลกเรามุ่งไปสู่ความเสื่อมต่าง ๆ ทั้งทางสังคมและธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม หากเราไม่รีบกลับมาตั้งคำถามใหม่และเลิกหมกมุ่นกับคำถามเก่า เราอาจไม่มี โอกาสเหลืออยู่อีกต่อไป

พระเจ้าอยู่หัว กับรหัสพัฒนาใหม่

ประเวศ วะสี

ปราชญ์ในงานประมุขวิชาการ

“๖๐ ปี แห่งพระราชกรณียกิจ

เกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์ การสาธารณสุข
และการศึกษา ”

คำถามเก่า



คำถามใหม่



สร้างแรงบันดาลใจ แทนการใช้อำนาจ

ทิวา ณ นคร

ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (ชาย) บ้านกาญจนาภิเษก เป็นหน่วยงานราชการ ในสังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม มีปรัชญาแนวคิด ว่า

บ้านกาญจนาภิเษก ไม่ใช่คุก

เยาวชน ไม่ใช่ นักโทษ

เจ้าหน้าที่ ไม่ใช่ ผู้คุม

แต่บ้านกาญจนาภิเษกคือ บ้านทดแทนชั่วคราวของวัยรุ่นที่ก้าวพลาด ก้าวผิดจังหวะ

บ้านกาญจนาภิเษกเป็นสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนในมุมมองใหม่ที่เป็น โครงการแห่งการเรียนรู้ ไม่มีกำแพงสูง สร้างความรู้สึกไว้วางใจแทนที่จะเป็นบรรยากาศของการ กักขังจองจำ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแล แก้ไข พื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดและ ศาลมีคำสั่งให้ฝึกอบรม พร้อมจำกัดอิสรภาพ, แสวงหาเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อคืนเด็กและ เยาวชนกลับสู่ครอบครัว สู้สังคมโดยบอบช้ำน้อยที่สุด, ลดปัญหาเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำ, เป็นโครงการนำร่อง “ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน” ในรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะไม่มีกำแพง/ ประตู

ประเด็นสำคัญในการทำงาน คือทำให้เด็กและเยาวชนที่เคยกระทำผิดจนถึงขั้นถูก พิพากษา “เห็นคุณค่า” และความสามารถของตนเอง จนถึงขั้นที่อยากเปลี่ยนแปลงตนเองเพราะ ประารถนาจะเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่เพราะอำนาจของคุณหรือผู้ควบคุม

ความเชี่ยวชาญที่ใช้คือการใช้ข่าวเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติเด็กและเยาวชนที่กระทำ ความผิด การเสริมพลังอำนาจให้กับเด็กและเยาวชนที่เคยอ่อนแอและรู้สึกไร้ค่า การไม่ใช่ความ รุนแรงภายใต้ “ภาวะวิสัย” ที่ (เคย) รุนแรง

หนุ่มเอ็กเทอร์น : คุยกับป้ามลที่บ้านกาญจนาภิเษก

ประทีป โลจนาท (http://gotoknow.org)

วันนี้อ้อ น้าและผมเข้าไปจับภาพที่ บ้านกาญจนาภิเษก นี่เป็นครั้งที่ 2 ที่ผมได้คุยกับ “ป้า มล” ทิวา ณ นคร ผู้อำนวยการของบ้านกาญจนาภิเษก และยังคงได้รับแรงบันดาลใจเหมือนเดิม

รู้จักบ้านกาญฯ

ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านกาญจนาภิเษก เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม เกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้สถานพินิจสามารถ บำบัดฟื้นฟูเยาวชนได้อย่างมีคุณภาพและคืนคนดีกลับสู่สังคม แทนที่จะเป็นสถานบ่มเพาะเด็กที่ ทำผิดให้กลายเป็น “ว่าที่อาชญากร”

สนใจเรื่องสิทธิเด็ก

ป้ามลเล่าถึงสาเหตุที่ได้มาทำงานที่นี่ 18 มีนาคม 2543 เกิดการจลาจลในบ้านกรูณา มีการทำลายล้างของและมีเด็กหนีออกจากบ้านจำนวนมาก 3-4 วันต่อมามีข่าวเด็ก 25 คนจากบ้านกรูณาถูกส่งเข้าไปในคุกใหญ่ ป้ามลไปเยี่ยมเด็กเหล่านั้นเพราะรู้สึกว่าคุณเองมีส่วนเกี่ยวข้อง ในฐานะประชาชนคนหนึ่ง แต่เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นอะไรกับเด็ก ทางเรือนจำจึงไม่ยอมให้เยี่ยมเด็ก ๆ แต่อาจเพราะยี่ไม่ยอมกลับในที่สุดทางเรือนจำก็อนุญาตให้เยี่ยมเด็ก 3 คนโดยมีผอ.เรือนจำนั่งฟังอยู่ด้วย

เด็ก ๆ เล่าว่าพวกเขาไม่ได้มาจากบ้านกรูณาแต่มาจากบ้านอุเบกขาที่อยู่ใกล้ ๆ กัน หลังจากจากการจลาจลในบ้านกรูณา บรรยาการทางบ้านอุเบกขาก็คุกรุ่น เด็กในบ้านถูกเกณฑ์มารวมกัน มีเจ้าหน้าที่ถามว่าใครมีอะไรจะคุยกับผู้ใหญ่บ้าง อยากคุยให้ลุกขึ้นมา มีเด็กลุกขึ้นมา 25 คน จากนั้นทุกคนก็ถูกใส่กุญแจมือและถูกพามาที่เรือนจำ ป้ามลถาม ผอ.เรือนจำที่นั่งฟังอยู่ด้วยว่า “เรื่องที่เด็กเล่าถ้าเป็นจริงจะอย่างไร” ผอ.เรือนจำตอบ “ผมมีหน้าที่รับไม่ได้มีหน้าที่ส่งคืน”

ป้ามลเขียนจดหมายร้องเรียนไปยังรัฐมนตรีสุทัศน์ เงินหมื่น รัฐมนตรียุติธรรมในสมัยนั้น ขอให้ส่งเด็กกลับไปทีเดิมและให้สอบสวนข้อเท็จจริง หลังจากเหตุการณ์ครั้งนั้น สถานพินิจมีการจัดเวทีสัมมนาหลายครั้ง ป้ามลไปร่วมด้วยทุกเวที นี่คงเป็นสาเหตุที่ป้ามลถูกชักชวนให้เข้ามาดูแลบ้านกาญจนาฯ

ข้อแม่ต้องเอาเจ้าหน้าที่ชุดเก่าออก

ก่อนป้ามลจะรับเป็น ผอ.บ้านกาญจนาฯ ป้ามลได้เข้ามาสังเกตการณ์หลายครั้ง ขณะนั้นมีเด็กอยู่ในบ้านประมาณ 30 คน มีเจ้าหน้าที่ ประมาณ 30 คน สิ่งที่เห็นคือบรรยากาศที่ตึงเครียด เห็นการตึงกำลังของเจ้าหน้าที่ เด็กเดินไปไหนต้องเดินไปเป็นแถว มาถึงนั่งเสริจก็ให้เด็กนับ วันหนึ่งนับไม่รู้จะกี่รอบ จริงอยู่ที่การนับเป็นเครื่องมือหนึ่งในการเช็คจำนวนเด็กแต่ไม่มีวิธีอื่น ๆ อีกหรือ

หลัง 6 โมงเย็นเด็ก ๆ ถูกต้อนเข้าห้องแล้วปิดประตูล็อก

ข้อแม่ที่ป้ามลจะเข้ามาทำงานที่นี่คือ ต้องเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ชุดนี้ออก แต่ไม่อาจย้ายเจ้าหน้าที่ไปที่อื่นได้ ในที่สุดก็ต้องจำยอม ป้ามลถึงกับเขียนจดหมายสั่งเสียกับลูกว่า “ถ้าแม่เป็นอะไรอย่าโทษน้อง โทษเจ้าหน้าที่ไว้ก่อน”

ผู้อำนวยการบ้านกาญจนาฯ

เมื่อเริ่มเข้ามาทำงานในบ้านกาญจนาฯ เกิดแรงต่อต้านอย่างมากจากเจ้าหน้าที่ ป้ามลลองใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่เขียนความคิดในการทำงานกับเด็ก ๆ คล้าย ๆ กับเป็นวิสัยทัศน์ในการทำงานของแต่ละคน สิ่งที่เกิดขึ้นน่าสนใจมาก มีเจ้าหน้าที่ 4-5 คน ที่เขียนออกมาแล้วความคิดดี มีทัศนคติ

ที่ดีเห็นว่าน่าจะทำงานด้วยกันได้แต่ก็ยังมีเชื่อเรื่องอำนาจและการใช้ความรุนแรง หลังจากอ่าน ป้ามลนัดคุยกับเจ้าหน้าที่เป็นรายคน

จากนั้นมีการทำเวิร์คชอปกับเจ้าหน้าที่ ป้ามลกิจกรรม “มุมมองสิทธิเด็ก” จับคู่เล่า กาลครั้งหนึ่ง มองย้อนกลับไปเมื่ออายุต่ำกว่า 18 ปี มีอะไรบ้างที่ทำให้เราทำผิดพลาด มีตัวละครใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของเรา ถ้าขณะนี้พวกเขายืนอยู่ต่อหน้าตัวเองในช่วงวัยรุ่น เมื่อทำผิดแล้วต้องการให้ผู้ใหญ่ปฏิบัติกับเราอย่างไร สิ่งที่เกิดขึ้นคือทุกคนมีเรื่องที่น่าสนใจ แต่ก็ยังมีเสียงแย้งจากบางคนว่า “เด็กพวกนี้ทำผิดเกินกว่าจะให้อภัย”

ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะยังมีปัญหา แต่ก็เริ่มสร้างข้อตกลงได้ คือ ต้องไม่ทำร้ายเด็ก ไม่แตะเนื้อต้องตัวเด็ก แต่ไม่นานก็เกิดเรื่อง มีเด็กถูกเจ้าหน้าที่ทำร้าย เมื่อป้ามลทราบเรื่องก็เชิญ พ่อแม่เด็กมาในตอนนั้นเลย (ซึ่งโดยปกติเด็กที่โดนทำร้ายจะถูกกันไม่ให้พบกับพ่อแม่จนกว่าแผลจะหาย)

เมื่อพ่อแม่ของเด็กมา ป้ามลให้พ่อแม่เด็กเป็นผู้เลือกว่าจะให้แจ้งความหรือจะให้ในบ้าน กากูญ จัดการกันเอง ครั้งนั้นพ่อแม่เชื่อว่าทางบ้านกากูญ จะจัดการเรื่องนี้ได้จึงไม่เอาความ เจ้าหน้าที่ที่ทำร้ายเด็กยื่นจดหมายลาออก ทำให้การจัดการปัญหาง่ายขึ้น ป้ามลจำได้ว่ากอดเจ้าหน้าที่คนนั้นที่กำลังร้องไห้ ขอขอบคุณเขา เราเป็นพี่น้องกันมีปัญหาอะไรเดือดร้อนให้บอก (แม้เวลาจะผ่านไปหลายปีเจ้าหน้าที่คนนี้ก็ยังคงแวะเวียนกลับมาที่บ้านกากูญ)

ล็อกเกอร์สัญลักษณ์ของอิสรภาพและความรับผิดชอบ

ป้ามลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการสร้างความสัมพันธ์กับเด็ก เด็กบอกป้ามลว่าอยากเอาล็อกเกอร์ขึ้นไปไว้บนบ้านเพราะจะได้สะดวกเมื่ออยากได้อะไรในตอนกลางคืน อยากให้เวลาเข้าบ้านเลื่อนออกเป็นสัก 1 ทุ่ม ป้ามลถามเด็ก ๆ ว่า “จะหาอย่างไรให้เจ้าหน้าที่ไม่กังวลใจที่จะเอาล็อกเกอร์ขึ้นบ้าน” เจ้าหน้าที่ถามกลับว่า “ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นจะทำยังไง” เนื่องจากเด็กอาจจะซ่อนอาวุธหรือเก็บของที่ทางบ้านห้าม

ในที่สุดล็อกเกอร์ก็ถูกยกขึ้นบ้านเนื่องจากเด็ก ๆ ว่าจะช่วยกันเป็นหูเป็นตา “เจ้าหน้าที่ชอบหมาโหล ทำผิดคนเดียวกลับทำโทษทั้งหมด” ป้ามลพูดกับเจ้าหน้าที่ว่าถ้ามีเด็ก 1 คนทำผิดข้อตกลงจะทำโทษทั้งหมดไหม จะเอาล็อกเกอร์ลงจากบ้านไหม ในที่สุดก็มีเด็กทำผิดข้อตกลงจนได้โดยนำเศษแก้วไปเก็บไว้ เด็ก ๆ บอกป้ามล ป้ามลเรียกเด็กที่ทำผิดข้อตกลงมาคุย ด้วยความเชื่อมั่นในตัวเด็ก ล็อกเกอร์ยังคงอยู่บนบ้าน

เมื่อเวลาผ่านไปเด็ก ๆ นิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่รู้สึกปลอดภัยขึ้น ทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น เมื่อเกิดความภาคภูมิใจในตนเองทุกอย่างก็ปรับเปลี่ยน

ตอนนี้จุดแข็งของที่นี่คือ คนไม่มีอีโก้ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง เจ้าหน้าที่หลายคนไม่เคยรู้สึกว่าจะได้รับการยอมรับมาก่อน แต่เมื่อเขาารู้สึกว่าเป็นฟันเฟืองหนึ่งในการขับเคลื่อนบ้าน

กาญจกัญญามีใจ ยิ่งเมื่อเข้าไปสู่เวทีต่างๆ การสัมมนาต่างๆ เมื่อวิทยากรรู้ว่ามาจากบ้านกาญจกัญญาก็จะ ซักถามเป็นพิเศษ เจ้าหน้าที่ก็ยิ่งภูมิใจในตัวเอง

บทบาทของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนไป ขณะนี้เป็นที่ปรึกษาให้กับเด็กๆ ด้วย แรกๆ ก็ทำไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจ ป้ามลก็ให้กำลังใจว่า เคยคุยกับจ๊ากโก้ไหม เคยให้คำปรึกษาเพื่อนๆ เรื่องแฟน ใหม แต่เพื่อไม่ให้หลงทางก็ให้เขียนบันทึกการให้คำปรึกษาส่งป้ามลด้วย นับจากเจ้าหน้าที่ให้ คำปรึกษากับเด็กไม่เคยมีใครให้คำปรึกษาผิดพลาด

ป้ามลเคยเอาเรื่องนี้ไปเล่าในเวที ดูเหมือนว่าอาจารย์ทางด้านจิตวิทยาจะไม่แอบปี่ ไม่ เห็นด้วยที่ทำการให้คำปรึกษาเป็นศิลปะจากที่มันเป็นศาสตร์ แต่ป้ามลเชื่อมั่น “ไม่อย่างนั้นเด็กที่ ได้รับการปรึกษาจะเป็นที่ปรึกษาให้คนอื่นได้หรือ”

เมื่อเด็กบ้านกาญจกัญญา เป็นที่ปรึกษาให้เข้าใจ

ป้ามลเล่าว่า มีผู้ปกครองเด็กโทรมาปรึกษาว่าอีกเดือนเดียวลูกจะจบ ม.3 แต่อยากจะให้ ลูกไปเรียนนิวซีแลนด์ เพราะถ้าอยู่เมืองไทยอีกเดือนลูกต้องกอดคิดจินตติดคุกแน่ๆ ลูกออกไป เที่ยวผับกินเหล้าทุกวัน หลังจากคุยกัน 2 วัน อยู่ๆ พ่อลูกคุณนี่ก็มาที่บ้านกาญจกัญญา ป้ามลคุยกับเด็ก ตามลำพัง แต่เด็กก็แข็งกร้าว “คุณพ่อที่ดูแล้วทั้งรวยทั้งเก่ง แต่ทำไมทุกข์ ทำไมเขาเป็นอย่างนี้”

ป้ามลให้เด็กที่มาได้คุยกับเด็กที่เคยกอดคิดฆ่าคนตายในผับ หายกันไป 3 ชั่วโมง เมื่อ เด็กกลับมาหาป้ามลนั้นดูนุ่มนวลขึ้น ภายหลังพ่อโทรมาขอบคุณบอกว่าลูกไม่เคยออกไปเที่ยว ผับอีก เด็กขอคุยกับป้ามลและบอกว่าจะขอเข้ามาเยี่ยมพี่ๆ ที่เคยให้คำปรึกษาจะได้ไหม

การตีความที่ผิดพลาด

ในส่วนเจ้าหน้าที่เมื่อ บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป บางคนก็ทำไม่ได้ดี เช่นคนที่เคยทำ หน้าที่เพียงผู้คุม คอยเฝ้าอย่างเดียว เมื่อต้องมาให้คำปรึกษาก็อาจจะไม่ถนัด ก็ต้องหา กระบวนการต่างๆ ช่วยเจ้าหน้าที่ ปัจจุบันไม่มีแรงต่อต้านในบ้านกาญจกัญญา แต่ก็ยังมีเจ้าหน้าที่ออก ส่วนหนึ่งเพราะไม่สามารถปรับกระบวนการ เช่นไม่ถนัดที่จะคุยกับเด็ก เจ้าหน้าที่มีหน้าที่นำ สารจากที่ประชุมไปสู่เด็กและนำสารจากเด็กมาในที่ประชุม แต่บางคนพูดไม่รู้เรื่อง ตีความไม่ได้ ก็บอกกับเขาอย่างตรงไปตรงมา เขาเข้าใจ ลาออกไปเองก็มี

ที่นี้ให้ความสำคัญกับการตีความมาก เช่น กรณีเด็กยากจน ไม่มีญาติมาเยี่ยม ป้ามลก็ จะให้เงินแก่เด็กในฐานะที่เป็นหลานชาย อาทิตย์ละ 50บาท ป้ามลคิดว่า เด็กไม่ควรขอเพื่อน ไม่ ควรต้องหลบหน้าเพื่อน บางครั้งเจ้าหน้าที่ก็พูดกับเด็กมากเกินไปว่า เช่น ได้เงินแล้วต้อง ช่วยงานให้เต็มที่ ซึ่งไม่ใช่จุดประสงค์ เราให้เงินเด็กเพราะเขาเป็นญาติ ไม่ใช่เพราะต้องการสิ่ง แลกเปลี่ยน การจะปรับเปลี่ยนวิธีคิดบางครั้งก็ใช้เวลา

เทวดาพาลูกกลับไปหาพ่อแม่

ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่มีเงินเดินทางมาที่บ้านกาญจฯ ก็มีการช่วยเงินค่าเดินทาง หรือครูพาเด็ก ๆ ไปเยี่ยมบ้าน

กรณีที่เด็กไม่มีผู้ปกครอง เนื่องจากบางคนหนีออกจากบ้านมาเป็นเด็กเร่ร่อนตั้งแต่ยังเล็ก ครูในบ้านกาญจฯ ก็จะพยายามสืบเสาะว่าอยู่จังหวัดไหน อยู่ อบต.ไหน ครูจะเป็นคนพาเด็กกลับไปหาบ้าน หน้าที่นี้สร้างความภาคภูมิใจให้กับครูมาก บางครั้งพ่อแม่รู้สึกว่าคุณเหมือนเทวดาที่นำลูกของเขาคืนสู่บ้าน บางทีคนทั้งหมู่บ้านออกมาถามไถ่ กล่าวขอบคุณ

ในกรณีที่เด็กไม่มีญาติเลย เราต้องทำให้เด็กรู้สึกที่บ้านกาญจฯ เป็นบ้านของเขา ป้ามลและครูเป็นญาติของเขา

กระบวนการคิดหลังการประชุม

ทุก ๆ เข้าจะมีการประชุมของครู เป็นการอัปเดตข้อมูลวันต่อวัน การประชุมทำให้ครูแต่ละคนเท่าทันกันและเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับคนอื่น เดี่ยวนี้ครูมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าประชุมมาก ป้ามลให้ครูจัดการประชุมกันเองมากขึ้น ซึ่งกลับเป็นผลดีเพราะครูแสดงความคิดเห็นกันมากกว่า ป้ามลอยู่ด้วยเสียอีก การประชุมทำให้เห็นว่าการตีความของครูยังขัดอยู่หรือเปล่า ยังไปในทิศทางเดียวกันไหม

การประชุมมีหลายเรื่องเป็นเรื่องแจ้งให้ทราบ บางเรื่องเป็นกระบวนการ เช่น ต้องส่งเด็กออกไปอบรม เยาวชนกับเศรษฐกิจพอเพียง 60 คน จะเลือกเด็กอย่างไร จากเด็กทั้งหมด 170 คน จะทำอย่างไรให้เด็กที่ไม่ได้เข้าอบรมเข้าใจด้วย ก็สรุปว่าให้เด็กที่เข้าอบรมทุกคนเขียนสรุปเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง ใส่กระดาษรูปหัวใจติดบอร์ดให้เพื่อน ๆ อ่าน

สถานการณ์เปลี่ยนกระบวนการเปลี่ยน

ที่เน้นกระบวนการ เราใส่ใจเรื่องการมีส่วนร่วมของเด็ก เราจะตั้งคำถามเด็กอย่างไร เมื่อเน้นกระบวนการ ก็ไม่มีสูตรตายตัว เมื่อเหตุการณ์เปลี่ยน กระบวนการก็ต้องเปลี่ยนตาม หลายครั้งถ้ายังไม่ถึงเวลา ความคิดยังไม่สุกงอม ก็อาจจะปะทะกัน จึงต้องใจเย็น บางครั้งเจ้าหน้าที่อยากทำแต่เขายังโตไม่ทัน

ด้วยกระบวนการต่าง ๆ ในบ้านกาญจฯ ป้ามลได้อะไรจากที่นี่เยอะมาก ได้เรียนรู้การบริหารคน การทำงานกับเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นเรื่องยากมาก เป็นการยืนยันความเชื่อที่ว่า ทุกคนมีเชื้อของความดีอยู่ในตัวและทุกคนพร้อมจะเปลี่ยนแปลงตนเอง ถ้าเห็นคุณค่าในตัวเองและมีผู้คนให้โอกาส

ห้อง Meeting Room 2

Humanized Healthcare

เชิญชวนรับฟังประสบการณ์การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
คุณภาพที่มาจากใจ ไม่ต้องรอทรัพยากร

วันที่ 12 มีนาคม 2551

จากจุดเริ่มต้น...สู่การปฏิบัติจริงของ Humanized Healthcare
การเดินทางของความคิด สู่วิฤตใจ การเรียนรู้ชั้นที่สอง
ธรรมะกับความรักในการทำงาน

วันที่ 13 มีนาคม 2551

Humor at workplace
สายใยแห่งครอบครัว...Family Link
ดูแลโรงพยาบาลอย่างไร ให้เหมือนเลี้ยงลูก
ศิลปะบำบัด ศาสตร์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย

วันที่ 14 มีนาคม 2551

สายธารแห่งความหวังและความศรัทธา
การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว
กลยุทธ์สร้างสุขและพลังองค์กร

A22 จากจุดเริ่มต้น...สู่การปฏิบัติจริงของ Humanized Healthcare

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	รพ.ประเทาย
นพ.สมพันธ์ นวรัตน์	รพ.บ้านลาด
นงลักษณ์ วรวัชรชนานันท์	รพ.ตากลิ
รศ.นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์	

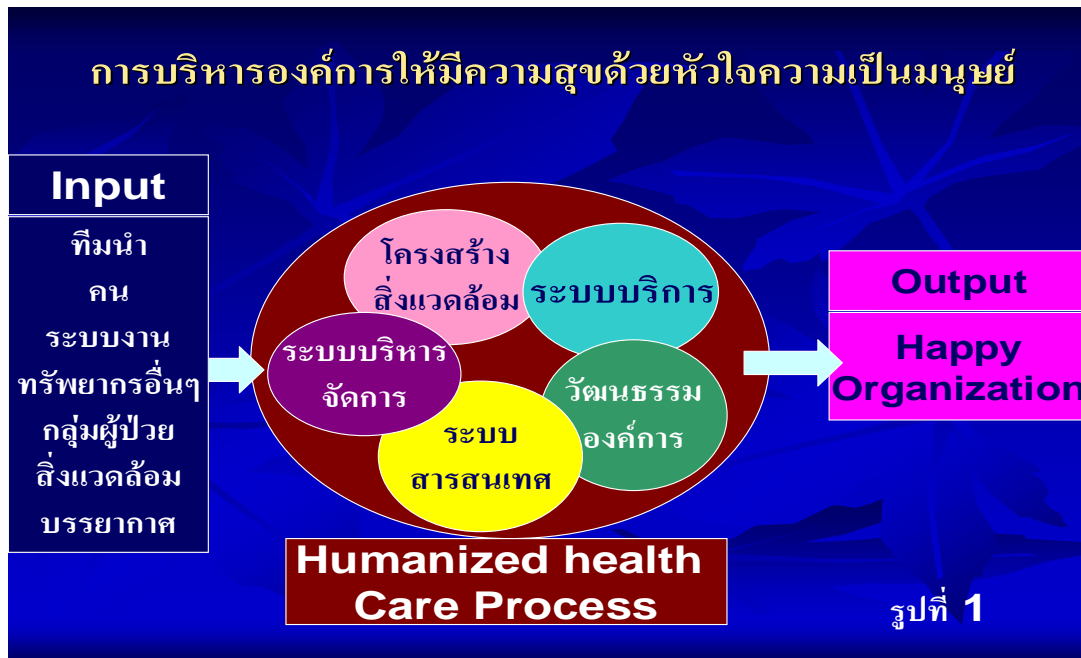
Road map to Humanized health care

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

เส้นทางการเดินของการทำงานในวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข...ทุกคนผ่านความทุกข์...ความสุข...หลายคนเหนื่อยล้าท้อทอย...หมดแรงหมดสิ้นอุดมการณ์...จนถูกกลืนโดยระบบราชการไทยแบบเดิม ๆ ที่ทำงานอย่างไรชีวิตชีวา...แต่หลังจากมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามาทำให้โรงพยาบาลต่างๆ เกิดปรากฏการณ์ที่น่าประหลาดใจนั่นคือเกิดการปลุกกระแสการหลับใหลของบรรดาเหล่านักล่าความฝันทั้งหลายในโรงพยาบาลกันอย่างกว้างขวาง...

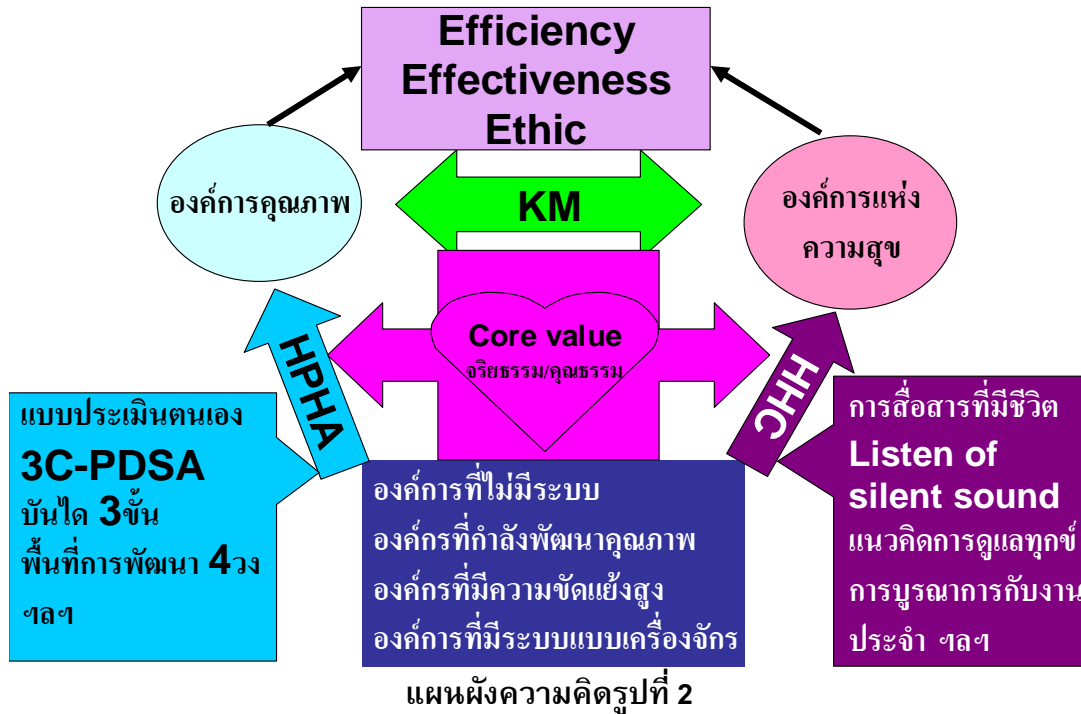
แต่เส้นทางการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย/ญาติและการพัฒนาคุณภาพการบริหารโรงพยาบาลมิได้โรยด้วยกลีบกุหลาบเสมอไป...บางครั้งมีขวากหนามบ้าง...แต่พบว่าอุปสรรคเหล่านี้กลายเป็นสิ่งที่ท้าทายที่มีอาจขวางกั้นพลังใจของบุคลากรดังกล่าวที่จะทำความดี...ความงามให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ญาติและกับโรงพยาบาลได้ ซึ่งได้เห็นเป็นที่ประจักษ์ในหลายโรงพยาบาลที่ได้เล่าขานเป็นตำนานที่เปี่ยมไปด้วยความสุข...ที่เรียนรู้อย่างไม่ที่มีสิ้นสุด

เริ่มจากทีมนำหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลนั้นเป็นทีมแรกที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการกำหนดทิศทางนโยบายบนพื้นฐานปัจจัยนำเข้าขององค์กร โดยเฉพาะวัฒนธรรมการทำงานเดิมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันร่วมกับการริเริ่มสร้างความฝัน...ทีมนำเป็นผู้กระตุ้นให้บุคลากรฝัน โดยเป็นผู้ที่เข้าไปค้นหาความต้องการ/ปัญหาอุปสรรค ความทุกข์/ความสุขของทีมงาน ดูงานที่บุคลากรของเราทำอยู่...แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขยายความฝันและแลกเปลี่ยนความฝัน...รวบรวมความฝัน...นำความฝันที่ได้มาสร้างเป็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนในองค์กรประกอบต่างๆ ของการบริหาร (ดังรูปที่ 1) โดยเฉพาะทีมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีส่วนในการนำยุทธศาสตร์ แปลงสู่การปฏิบัติ นำมาบูรณาการ การงานประจำของแต่ละฝ่าย รวมทั้งการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ทีมนำและทีมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ร่วมกับทุกๆ ฝ่ายช่วยปลุกฝังค่านิยมที่สำคัญด้าน Humanized health care ในการทำงานให้ค่อยๆ สะสมเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดี และทำให้เกิดความสุขจากการทำงานนำไปสู่องค์กรแห่งความสุข



คณะกรรมการบริหารและทีมพัฒนาคุณภาพ/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องจัดให้มีเวทีรวบรวมกิจกรรมของบุคลากรที่ทำงานอยู่ เพื่อเล่าสิ่งดีๆ ให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้... ค่อยๆ ปลุกต้นไม้แห่งความดีความงามในหัวใจของบุคลากรทุกคน... ค่อยๆ สร้างวัฒนธรรมเชิงบวก พร้อมกันนั้นใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HPHA) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมายและมาตรฐานที่ดี และพัฒนาทักษะต่างๆ การทำงานแบบ Humanized health care process ไม่ว่าจะทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะการฟังเสียงที่ไม่ได้ยิน (Listening of the silent sound) การพูดจาแบบเห็นอกเห็นใจกัน การดูแลความเจ็บป่วยด้วยความทุกข์ควบคู่กับตัวโรคตลอดความรู้สึก... จิตใจ... ตลอดจนสังคม ดังแผนผังความคิดรูปที่ 2 ซึ่งเมื่อเราพัฒนาทั้ง 2 มิติควบคู่กันจะพบว่าองค์การของเราจะมีคุณภาพและเปี่ยมไปด้วยความสุข ผู้รับบริการจะมีความประทับใจ เกิดความดี... ความงดงามของสังคม

Conceptual framework



ที่สำคัญที่สุดการปรับวิธีคิดอย่างเป็นลำดับหรือการปลูกฝังค่านิยมในโรงพยาบาล ซึ่งอีกนัยหนึ่งเสมือนเป็นการที่ “พ่อ/แม่บอกสอนปลูกฝังคำสอน/คติเตือนใจให้กับลูกๆทุกคน เป็นคำสอนของตระกูล” เช่นเดียวกันที่ผู้นำของโรงพยาบาลต้องปรับวิธีคิดหรือปลูกฝังค่านิยมหลักในการทำงาน เพราะ “วิธีคิดของคนกำหนดชีวิตของคน” ดังคำสอนของรูปที่ 3 นี้ แต่การปลูกฝังดังกล่าวยากเหมือนการปลูกต้นไม้ในหิน ดังรูปที่ 4 ดังนั้นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, ผู้บริหารทุกระดับ, ทีมทางคลินิก, ทีมด้านทรัพยากรมนุษย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องช่วยกันปลูกฝัง จัดสิ่งแวดล้อม/เวทีการแลกเปลี่ยนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมทั้งยังต้องเป็น role model ที่ดีให้กับลูกน้องของตนอีกด้วยครับ

เรื่องระว่าง... ความคิด..

วิธีคิดกำหนด
วิถีชีวิต

- เรื่องระว่างความคิดของเธอ เพราะความคิดของเธอจะทำให้กลายเป็นความประพฤติของเธอ
- เรื่องระว่างความประพฤติของเธอ เพราะความประพฤติของเธอจะทำให้กลายเป็นความเคยชิน
- เรื่องระว่างความเคยชินของเธอ เพราะความเคยชินของเธอจะกลายเป็นอุปนิสัยของเธอ
- เรื่องระว่างอุปนิสัยของเธอ เพราะอุปนิสัยของเธอจะกำหนดชะตากรรมของเธอตลอดชีวิต

หลวงพ่อกา
วัดหนองป่าพง

รูปที่ 3 แสดงถึงวิธีคิดเป็นตัวกำหนดชะตาชีวิต



**• Our mind is like a garden;
if no good seeds are sown,
nothing good will grow form it.**



รูปที่ 4 แสดงถึงการเปรียบเทียบการปลูกต้นไม้ในหินกับการปลูกฝังสิ่งที่ดี (ค่านิยมหลักในองค์กร) กับคนในองค์กร/ครอบครัว มีความยากเช่นเดียวกัน

จากจุดเริ่มต้นสู่การปฏิบัติจริง Humanized Healthcare รพ.บ้านลาด

นพ.สมพันธ์ นวรัตน์

ความเป็นมา

โรงพยาบาลบ้านลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดเพชรบุรี ไปทางทิศตะวันตก 9 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาลที่ห่างไกลชุมชน

แรงบันดาลใจ

มีคนไข้ 2 คน มาตรวจและขออนอนโรงพยาบาลทุกครั้ง อยู่นานๆ จนเจ้าหน้าที่เอื้อมระอาพากันหนีหน้า พยาบาลตีผู้ป่วยใน อดทนเอาใจใส่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ค้นหาคำเหตุของการอยากนอนโรงพยาบาลบ่อยและนอนนาน จนสามารถทำให้คนไข้ทั้งสองคนไม่ขออนอนโรงพยาบาลอีกเลยและสมัครใจเป็นจิตอาสาช่วยงานของโรงพยาบาล มาโรงพยาบาลทุกวันด้วยความสุข

เมื่อได้เข้าร่วมเสวนาการดูแลคนไข้ด้วยความเห็นอกเห็นใจกับโรงพยาบาลตากลิลง ลุง เขาวง เส้าให้ บ้านเหลื่อม และลำพูน จึงประกาศเป็นนโยบาย ให้ถือปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร

จุดเริ่มต้น

พระราชดำรัส ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก "ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์ ฉันไม่ต้องการให้พวกเธอเป็นเพียงหมอเท่านั้น แต่ฉันต้องการให้พวกเธอเป็นมนุษย์ด้วย"

พ.ศ. 2543 ทำ 5 ส. OD ESB

พ.ศ. 2544 เลิก ISO ทำ HA กับ HPH

พ.ศ. 2548 ผ่านบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

พ.ศ. 2549 ผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA

พ.ศ. 2550 ผ่านการรับรอง HA และ HPH

แนวคิดสำคัญ

7-S Model ในขั้นเตรียมการ

1. Style ผู้อำนวยการเตรียมการ
2. Staff ทีมงานตั้งใจ
3. Structure โครงสร้างคล่องตัว
4. Strategy มีแผนยุทธศาสตร์นำทาง
5. System วางระบบครอบคลุม เชื่อมโยง
6. Skill ให้ความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญ
7. Share Value นำคุณค่าหลักมาเป็นค่านิยมขององค์กร ทำจนเป็นวัฒนธรรม

7-A Model ในขั้นดำเนินการ

1. Aware กวาดตามองรอบ ๆ
2. Analyze เลือกตอบปัญหาให้เหมาะสม
3. Apply Oneself ระดมพากเพียรพยายาม
4. Appreciate ตีมูลค่าความงามทุกขั้นตอน
5. Adjust ประสานให้เข้ารูป
6. Attention ตระครุบจิตให้ตั้งมั่น ว่องไว
7. Await อดใจรอตุผล

7-Eleven Model ขณะดำเนินการ

1. เปิดยี่สิบสี่ (ชั่วโมง)
2. ยินดีต้อนรับ (สวัสดิ์ค่ะ)
3. มาจนกลับประทับใจ
4. ต้องการอะไรเพิ่มอีก (ขอบคุณค่ะ)

กลวิธีดำเนินงาน

1. ประกาศนโยบาย การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ 3 ด้าน คือ เวชปฏิบัติที่ดีที่สุด เล่าเรื่องความดี องค์กรที่มีชีวิต
2. สื่อสารทั่วทั้งองค์กร
3. จัดเวทีนำเสนอ เช่น เวทีแห่งการเรียนรู้ ส่งนวัตกรรมประกวดระดับกระทรวงส่งผลงานนำเสนอ HA National Forum

ตัวอย่างแห่งความสำเร็จ

พ.ศ. 2550

- ภาคีเครือข่าย ร่วมใจ ประชาชนตำบลท่าช้าง ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก
- เยี่ยมเยียน เยียวยา พัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการด้วยภาคีเครือข่ายมิตรภาพบำบัด

พ.ศ. 2551

BEST PRACTICE 1 เรื่อง

- ขวดน้ำมหัศจรรย์ ผลึกผืนสุขภาพ

HUMANIZED HEALTHCARE 4 เรื่อง

- ก่อนสู่โลกกว้าง เส้นทางของน้องหนู
- น้องโบทำได้
- สายหยุดผู้ไม่เคยหยุดหวัง
- ชีวิตใหม่ของอึ้งฉัญ

LIVING ORGANIZATION 1 เรื่อง

- พลังภายนอกเสริมพลังภายใน คือหัวใจขององค์กรที่มีชีวิต

หลักคิดสู่ความสำเร็จ

ประยุกต์ใช้แนวคิดจากบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือ เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด

หลักยึดเหนี่ยวเมื่อท้อแท้

นำพุทธพจน์ ของพุทธทาสภิกขุ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใจ

เป็นมนุษย์	เป็นได้	เพราะใจสูง
เปรียบนกยูง	ดีได้	เพราะปลายขน
หากใจต่ำ	เป็นได้	แค่เพียงคน
จงทำตน	เป็นมนุษย์	สุดดีเอย

การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์สู่สภาวะองค์กรรวม

นงลักษณ์ วรรณิษานันท์

เรื่องเล่า :

วันแรกที่พบ...นกน้อย (นามสมมุติ) เด็กผู้หญิงวัย 9 ปี ที่ถูกขายวัยกลางคนทหารคุณกรรมทางเพศ..กระทำชำเราทั้งทางช่องคลอดและทวารหนักอย่างไร้มนุษยธรรม....นกน้อยมีสีหน้าตื่นกลัว....แขนขาขาดอึดแน่น มือซ้ายจับแขนพ่อแน่น....ท่าทางไม่ไว้วางใจ...พ่อเล่าว่าสองวันก่อนมาพ่อกลับจากทำงาน เห็นนกน้อยซึมลง ไม่ค่อยพูด บ่นเจ็บอวัยวะเพศตลอดเวลา และมีน้ำคล้ายหนองมีกลิ่นเหม็นหยดออกจากช่องคลอด นกน้อยบอกพ่อว่า...ตอนพ่อไม่อยู่นายดำ (คนข้างบ้าน) เข้ามาปลุกปล้ำกระทำชำเราทั้งทางช่องคลอดและทวารหนัก นกน้อยร้องเสียงดังให้คนช่วย นายดำใช้ผ้าอุดปาก บีบคอและขู่ว่า..จะฆ่าให้ตายถ้าไม่หยุดร้องหรือไปบอกใคร....นกน้อยต้องกักขังทนด้วยความเจ็บปวดอย่างทุกข์ทรมาน...แพทย์ตรวจพบว่า...นกน้อยมีร่องรอยของการถูกกระทำชำเราและติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

แหวดตาพ่อดูโกรธแค้นและเจ็บปวด...พ่อเล่าให้ฟังด้วยน้ำเสียงสั่นเครือว่า...ตนเป็นคนต่างจังหวัดมีฐานะยากจน หลังนกน้อยเกิดได้สองเดือน ภรรยาหนีหายไป ทิ้งนกน้อยและพี่ชายไว้ให้ตนเลี้ยงดูเพียงลำพัง ตนจึงตัดสินใจอุ้มนกน้อยและพี่ชายมาเช่าบ้านอยู่ในอำเภอตากลีเพื่อตามหาภรรยา โดยแอบหวังอยู่ลึกๆ ว่า สักวัน...คงจะได้เจอแม่ของนกน้อยที่ตากลีจนถึงวันนี้เวลาล่วงมา 9 ปีแล้วยังไม่มีแว้วว่า จะพบแม่ของนกน้อยเลย....

ของเล่นจะเป็นเครื่องมือที่ดีในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยเราเชื่อว่าของเล่นจะช่วยให้นักน้อยรู้สึกผ่อนคลายจากเรื่องเลวร้ายและช่วยให้นักน้อย**รู้สึกดีและไว้วางใจ (Trust)** เรามากขึ้น..พ่อบอกนกน้อยไม่เคยมีของเล่น แม้ว่า นกน้อยจะเคยร้องอยากได้ตุ๊กตาแต่พ่อก็ไม่เคยซื้อให้ เพราะไม่มีเงินซื้อ พยาบาลหอบผู้ป่วยในที่รู้เรื่องนี้ ได้นำตุ๊กตาที่ลูก

เลิกเล่นแล้วมาให้หน่อย นกน้อยรับไปกอดด้วยแววตาที่บ่งบอกถึงความดีใจและสมหวังในสิ่งที่
อยากได้มานาน นกน้อยยิ้มให้อย่างมีความสุข ความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเองและไว้วางใจเริ่มก่อ
ตัวขึ้น....

ช่วงแรกๆ เรามักจะได้ยินนกน้อยพูดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและความเจ็บปวด
จากการถูกกระทำซ้ำที่เราที่ผ่านมา เราสัมผัสได้ถึงความทรงจำอันเลวร้ายที่ฝังอยู่ในความรู้สึกที่
ยากจะลืมเลือน **การให้ความเมตตาและการให้ความเข้าใจที่เข้าถึงความรู้สึกเป็นทุกข์ทั้ง
ร่างกายและจิตใจ** น่าจะเป็นสิ่งสำคัญในการเยียวยาและช่วยให้นกน้อยทุเลาจากการบาดเจ็บ
ทั้งร่างกายและจิตใจได้ดี

การให้เวลา เป็นช่องทางสู่การประเมินสุขภาพโดยรวม เวลาช่วยให้เราได้รับรู้สุขภาพ
ทั้งทางร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณ เรารับรู้ได้ว่า นอกจากปัญหาการทารุณกรรมทางเพศ
แล้ว นกน้อยยังมีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง พ่อเล่าว่า ตอน
อายุ 3 ขวบ นกน้อยมีอาการชักบ่อยๆ หลังจากนั้นแขนขาขวาก็เริ่มอ่อนแรง พ่อพาไปรักษาที่
โรงพยาบาล หมอบอกว่าต้องผ่าตัด พ่อไม่มีเงินจึงไม่พาไปรักษาต่อ ทุกครั้งที่ชัก พ่อจะใช้ผ้า
ยัดปากไม่ให้กัดลิ้นและเขย่าเรียกให้รู้สึกตัว พ่อไม่กล้าให้นกน้อยไปโรงเรียนเพราะกลัวนกน้อย
จะชักและไม่มีใครดูแล นกน้อยบอกเราหลายครั้งว่า “อยากไปโรงเรียน อยากเรียนหนังสือ”

เราเกิดความคิดว่าโรงพยาบาลจึงกลายเป็นโรงเรียนอนุบาลสำหรับนกน้อยในเวลา
ต่อมา เราหาหนังสือคัดไทยและอุปกรณ์สอนให้นกน้อยฝึกคัดไทยเราให้ที่บ้านนกน้อยคัดไทย
วันละหน้า... เพียงสองวันผ่านไป นกน้อยคัดไทยได้หมดทั้งเล่มและขอหนังสือคัดไทยเพิ่มอีก
นกน้อยดูเพลิดเพลินมีความสุขที่ได้ฝึกเขียนและฟังนิทานในหอผู้ป่วย เราไม่ได้ยินนกน้อยพูด
เรื่องที่ถูกทารุณกรรมทางเพศอีกเลย...

หนึ่งสัปดาห์หลังจำหน่าย....เราไปเยี่ยมนกน้อยที่บ้าน...บ้านเช่าห้องแถวชั้นเดียวใน
สลัม...เพื่อนบ้านหลายคนเป็นชายโสตวัยฉกรรจ์ที่ประกอบอาชีพรับจ้างใช้แรงงาน หลายคนตั้ง
วงกินเหล้าหลังเลิกงานอยู่ใกล้บ้านนกน้อย เจ้าของบ้านเช่าเล่าว่า พ่อนกน้อยไม่ค่อยอยู่
จะต้องไปรับจ้างที่อื่น บางครั้งไม่ค้างคืน 2-3 วันจึงจะกลับมา นกน้อยและพี่ชายอายุ 12 ปีจะ
อยู่กันตามลำพังสองคนพี่น้อง กลางวันพี่ชายไปโรงเรียน นกน้อยจะอยู่บ้านคนเดียว เรา
พูดคุยกับพ่อถึงความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำ พ่อบอกอย่างมั่นใจว่า ไม่รู้จะทำ
อย่างไร หากไม่ไปทำงานก็ไม่มีกิน นายจ้างไม่อนุญาตให้พาเด็กไปในที่ทำงาน ตนกำลังทำ
เรื่องยกพี่ชายนกน้อยให้เพื่อนสนิทไปอุปถัมภ์เป็นบุตรบุญธรรม สำหรับนกน้อยมีปัญหาเรื่อง
ชัก คงไม่มีใครอยากรับไปอุปถัมภ์เลี้ยงดู หากเป็นไปได้ อยากให้นกน้อยได้อยู่ในสถาน
สงเคราะห์เด็ก นกน้อยจะได้มีโอกาสเรียนหนังสือและปลอดภัยกว่าอยู่กับตน

นกน้อยฟังเราและพ่อพูดด้วยน้ำตาคลอเบ้า เราถามนกน้อยว่า **“หากน้ำตาพูดได้ มัน
อยากจะทำอย่างไร”** นกน้อยร้องไห้บอกว่า “พ่อจะไม่รักหนูแล้ว พ่อจะทิ้งหนูแล้ว” พ่อกัด
กรามแน่น บอกให้นกน้อยเข้าใจว่า หากเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์นกน้อยจะได้ไปโรงเรียน

ได้เรียนหนังสือ มีเพื่อนเล่นไม่ต้องถูกทิ้งให้อยู่คนเดียวจนถูกทำร้ายอีก วันหนึ่งถ้าพ่อตั้งตัวได้ พ่อจะไปรับนกน้อยกลับมาอยู่ด้วยกัน...นกน้อยฟังพ่อนิ่งคล้ายกำลังคิดตามคำพูดของพ่อ เรา **ให้กำลังใจด้วยการกอดเบาๆ** และบอกว่า จะไม่มีใครบังคับนกน้อยให้ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ได้ นกน้อยจะเป็นผู้ตัดสินใจเอง นกน้อยตอบตกลงยอมจะเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์เพราะว่าอยากไปโรงเรียน อยากเรียนหนังสือ นกน้อยขอคำสัญญาจากพ่อว่า จะไม่ทิ้งนกน้อยและต้องไปเยี่ยมนกน้อยบ้างบ่อย ๆ เราจัดรถโรงพยาบาลพาพ่อและนกน้อยไปส่งที่บ้านพักเด็กและครอบครัวภายในจังหวัด ก่อนจากกัน...นกน้อยร้องไห้และกอดเราแน่นเราสัญญาว่า ถ้ามีโอกาสจะมาเยี่ยมนกน้อยที่นี่...

สองสัปดาห์ต่อมา เราไปเยี่ยมนกน้อยตามสัญญา นกน้อยนั่งเหม่ออยู่ใต้ต้นไม้คนเดียว สีหน้าดูเศร้าสร้อย เชื่องซึม เหมือนคนไม่มีความสุข ผู้ดูแลเด็กเล่าว่า นกน้อยเรียกร้องความสนใจ จะร้องกรี๊ดเสียงและทำท่าซุกทุกครั้งที่ไม่มีคนสนใจ ทุกเช้าจะออกมานั่งรอพ่อที่ใต้ต้นไม้ ตั้งแต่วันที่มาส่งนกน้อยแล้ว...พ่อไม่เคยมาเยี่ยมอีกเลย เราเล่าให้พี่เลี้ยงฟังว่า นกน้อยเป็นเด็กขาดรัก ขาดความอบอุ่น การดูแลด้วยความรัก การให้ความอบอุ่นจะช่วยเยียวยาให้นกน้อยดีขึ้นได้...ทันทีที่เห็นเรานกน้อยวิ่งเข้ามากอดและร้องไห้บอกเราว่า...หนูไม่อยากอยู่ที่นี้แล้ว พาหนูกลับไปหาพ่อนะ พ่อทิ้งหนูแล้ว พ่อไม่มาหาหนูเลย....

เราไปหาพ่อที่บ้านเช่า เจ้าของบ้านเช่าบอกว่า พ่อนกน้อยย้ายออกจากบ้านเช่าไปแล้ว ไม่รู้ว่าย้ายไปอยู่ที่ไหน เราไม่สามารถติดต่อพ่อของนกน้อยได้อีกเลย... เราโทรศัพท์เยี่ยมอาการนกน้อยเป็นระยะๆ หลังจากนั้นไม่นานนกน้อยถูกส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์เด็กหญิงถาวรในต่างจังหวัด ครั้งสุดท้ายที่โทรศัพท์เยี่ยมนกน้อยพบว่า บัดนี้...นกน้อยได้เป็นนกน้อยในกรงที่ปลอดภัย... ได้รับการรักษาผ่าตัดถุงน้ำในสมอง พยาบาลผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์เล่าว่า หลังผ่าตัดนกน้อยไม่เคยมีอาการชักอีกเลย ช่วงกลางวันนกน้อยได้ไปโรงเรียนตามที่ตนเองฝันมานาน นกน้อยมีความสุข ร่าเริงแจ่มใส และมีสุขภาพจิตดีขึ้นแม้ว่า...พ่อนกน้อยจะหายสาบสูญไป ไม่เคยติดต่อหรือมาเยี่ยมนกน้อยเลย....

A32 : การเดินทางของความคิด สู่วิกฤตใจ

(Thinking Processes and Mind in Real Life Situations)

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

ผศ.พญ.จรรุรินทร์ ปิตานุกพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.นพ.อานนท์ วิทยานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การคิดแบบแยกส่วนความจริง (fragmentation of reality) นำความขัดแย้งมาสู่ชีวิตและองค์กรโดยที่ผู้เกี่ยวข้องไม่รู้ตัว เราจะใช้ dialogue เพื่อฝ่าฟันกำแพงอุปสรรคในการพัฒนาที่แทบมองไม่เห็นนี้ได้อย่างไร

กระบวนการเล่าเรื่อง (narrative process) ที่สัมผัสได้ในวรรณกรรม อาจทำให้หัวใจผู้อ่านแหลกสลาย และเช่นเดียวกัน narrative process ในชีวิตจริงก็ทำให้หลายคนติดกับดักชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน การใช้กระบวนการเล่าเรื่องใหม่ร่วมกัน (narrative co-construction) จะสามารถพลิกฟื้นชีวิตของผู้ป่วยและองค์กรได้หรือไม่ อย่างไร

ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่จะฆ่าตัวตาย ทำให้เห็นวิธีการเรียนรู้ในสองระดับ ระดับแรกคือการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎี การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งพบว่าเมื่อพบสถานการณ์จริงแล้วยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จึงได้นำประสบการณ์นั้นมาเรียนรู้กันอีกรอบหนึ่งโดยใช้กระบวนการ dialogue ให้แต่ละคนมอง reality ตามแบบของตน แล้วค้นหาความหมายร่วมกัน การเรียนรู้ในระดับที่สองนี้จะมีคุณค่าและนำไปสู่การปฏิบัติตามความคาดหวังได้ดีกว่า ทำให้เห็นทางสว่างยิ่งขึ้น แทนที่เราจะคาดหวังว่าเมื่อมีแนวทางแล้วผู้คนจะปฏิบัติ หรือเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามเราก็มากล่าวโทษกัน แล้วสถานการณ์ก็ยังคงย่ำแย่อยู่เหมือนเดิม

A42 : ธรรมะกับความรักในการทำงาน

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 2

คุณกสินท์ สุรวงศ์ บุนนาค
พระราชปฎิภาณมุนี

บริษัท ตวันนาโฮเต็ล จำกัด
วัดประยุรวงศาวาส วรวิหาร

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการวันธรรม โครงการนี้มีที่มาจากชื่อโรงแรม ตวันนารวมกับธรรมะ จึงเป็น “ธรรมะส่องสว่างตั้งดวงตะวัน” มีเป้าหมายในการบำรุงศาสนาเพื่อพัฒนาจิตและพัฒนาชีวิตให้คนได้นำหลักธรรมคำสอนในพระพุทธศาสนามาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งการงานการเรียน การดำรงชีวิตด้านต่างๆ นอกจากนี้ ยังต้องการให้เป็นสื่อกลางให้เกิดความสามัคคีและความสุขในสังคม มีกิจกรรมนิมนต์พระมาบรรยายธรรมะ นำสวดมนต์ นั่งสมาธิ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างเขตบางรัก วัดประยุรวงศาวาส วรวิหาร โดยพระราชปฎิภาณมุนี ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาส วรวิหาร ประธานองค์การเผยแผร์ได้จัดหาพระวิทยากรมาร่วมกิจกรรม ปัจจุบันนี้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งละประมาณ 200 -300 คน

คุณกสินท์ ได้นำข้อคิดจากธรรมบรรยาย โดย พระวิทยากรที่เข้าร่วมโครงการวันธรรม ที่นำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการบริหารงาน โดยใช้หลัก อิทธิบาท 4 พรหมวิหาร 4 และไตรสิกขา ให้ความสำคัญกับสติ มีสติในการทำงาน การคิด การพูด การเจรจา เอาใจเขามาใส่ใจเรา

พระราชปฎิภาณมุนี ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาส วรวิหาร และ ประธานองค์การเผยแผร์วัดประยุรวงศาวาส วรวิหาร ให้ข้อคิดในการปรับพื้นฐานสภาวะจิตซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการปลูกฝังคุณธรรม และชี้ให้เห็นคุณค่าของธรรมะ

B12: Humor at workplace

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 2

Susan Dustin Hattan

นพ.มัธัช สามเสน

ภญ.บุษรา วาจาจำเริญ

นพ.ชานี จิตตรีประเสริฐ

สถาบันประสาทวิทยา

รพ.นพรัตนราชธานี

กรมการแพทย์

อารมณ์ขันในงานบริการสุขภาพ

นพ.ชานี จิตตรีประเสริฐ (กรมการแพทย์)

การนำอารมณ์ขันมาใช้ในงานบริการสุขภาพมีที่ใช้ในหลายโอกาส เช่น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ หรือแม้กระทั่งผู้ให้บริการด้วยกันเอง ช่วยลดโอกาสการเกิดความขัดแย้งต่อกันในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด ที่สำคัญคือใช้ในโอกาสที่ต้องการเสริมพลังผู้ป่วย ให้ความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย เสริมสร้างให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมองโลกในแง่ดี ไม่ทุกข์ใจจนเกินเหตุ มีพลังที่จะดูแลรักษาตนเองเมื่อป่วยไข้

สำหรับผู้ที่ใช้อารมณ์ขันอยู่เป็นประจำย่อมจะได้อันสืบเนื่องของการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ลดโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากความเครียด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

การสร้างอารมณ์ขันในงานบริการสุขภาพไม่ว่ากับผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ร่วมงานในที่มั้งหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง ถือว่าเป็นการสื่อสารทางบวกอย่างหนึ่งที่สำคัญ โดยต้องอาศัยทักษะภาษาหลายด้านได้แก่ การสร้างทัศนคติที่ดี ความจริงใจกับคู่สื่อสาร การฟังที่ดี การมีสติเลือกคำพูดก่อนพูด การมีข้อมูลจำนวนมากเพื่อแทรกอารมณ์ขันในภาษาที่ใช้ และแน่นอนควรมองเห็นโลกในด้านบวกมากกว่าด้านลบ ให้ความสำคัญกับจิตใจคนไม่น้อยกว่าเรื่องงาน มีดุลยพินิจที่ดีในการเลือกจังหวะที่จะใช้อารมณ์ขันให้เหมาะกับกาลเทศะ

นพ.มัธัช สามเสน

ในสถานพยาบาลของเราทุกแห่ง เปรียบเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ก็ว่าได้ เพราะเป็นที่ ๆ อาจเปลี่ยนสภาพของผู้ป่วยจากวาระสุดท้ายของชีวิต มาเป็นเหมือนมีชีวิตใหม่ เพราะการตัดสินใจในการบริหาร (ยา) หรือการจัดการ (ความเครียด) สามารถส่งผลตรงกันข้ามได้ในความต่างเพียงเล็กน้อย

และทำนองกลับกัน ความปริตาปราโมทย์ (ที่จะได้ลูกน้อย) อาจกลายเป็นเคียดแค้น ชิงชัง (หากลูกเสียชีวิต) สภาพเช่นนี้เกิดขึ้นวันแล้ววันเล่า ความเครียดจึงดูเหมือนแทรกซึมอยู่

ทุกบรรยากาศและทุกอณู ควรแล้วหรือไม่ที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตัดสินใจผิดพลาด ด้วย ความรีบร้อน ไร้เหตุผล ฐวาม ความโกรธ ความเครียด ฯลฯ ที่จะส่งผลให้เสียใจไปตลอดชีวิต

อารมณ์ขันเข้ามามีบทบาทในส่วนนี้ ทำให้บรรยากาศแห่งความเครียดกลับกลายเป็น คลื่นคลาย เป็นมิตร ความคิดอ่านสดใส ไม่ขุ่นมัว ปัญหาได้รับการแก้ไขตรงสาเหตุ (RCA) เพื่อน ร่วมงานมีความสุข มาร่วมกันแบ่งปันความรู้และประสบการณ์จริงแทรกไว้ด้วยหลักการที่ยืนยง ตลอดกาล.....

รวมทั้งภาคปฏิบัติ เมื่อไร กับใคร อย่างไร วิธีอะไร ฯลฯ และข้อห้าม ที่หากละเมิด แทนที่จะคลื่นคลาย อาจถึงโรงถึงศาลก็เป็นได้

ไม่ใช่ทอล์คโชว์ เพราะเอาไปอวดโกโก้ไม่ได้ แต่เป็นทอล์คฟอร์ไลฟ์ ให้ชีวิต มีชีวา พาสสุข

ภญ.บุษรา วาจาจาเรญ

เสียงหัวเราะและอารมณ์ขันมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานเป็นทีม ไม่เพียงแต่คุย เล่นตลกให้สนุกเท่านั้น แต่ยังส่งผลที่มีความหมายต่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในที่ทำงาน นอกจากนี้ การหัวเราะและทำให้คนอื่นหัวเราะได้นั้น มีผลในทางกายภาพต่อร่างกาย และเป็น เหตุให้คนเรามีความผูกพันกันมากขึ้น การสร้างเสียงหัวเราะและอารมณ์ขันในที่ทำงานจึงมีส่วน ช่วยสนับสนุนความสามารถเชิงสร้างสรรค์ สร้างความกลมเกลียวและการทำงานโดยส่วนรวม อย่างไรก็ตาม การสร้างอารมณ์ขันในที่ทำงานต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เพราะบ่อยครั้งที่ ทำให้เกิดความบาดหมางและบรรยากาศที่ไม่เป็นมิตรในที่ทำงาน จนอาจถึงการฟ้องร้องกันได้ ด้วย

ข้อควรระวังในการสร้างอารมณ์ขันในที่ทำงาน

1. ไม่ล้อเล่นในเรื่องสำคัญที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจแก่ผู้อื่น เช่น ความพิการ, ความ สูญเสียแก่ชีวิต
2. ไม่ล้อเล่นในเรื่อง physical characteristic เช่น รูปร่าง, น้ำหนัก, ริ้วรอย, แผลเป็น โดยเฉพาะในเพศหญิง จะมีความรู้สึกต่อต้านเรื่องนี้มากกว่าเพศชาย (รวมถึงเรื่อง อายุ ด้วย)
3. political joke ต้องรู้จักผู้ฟังเป็นอย่างดี และต้องระมัดระวังอย่างมาก
4. dirty joke เป็นข้อห้ามในการนำมาสร้างอารมณ์ขันในที่ทำงาน เนื่องจากแต่ละคนมีเขต ความปลอดภัยไม่เท่ากัน บ่อยครั้งที่ dirty joke เรื่องเดียวกันทำให้คนกลุ่มหนึ่งสนุกมาก ในขณะที่คนอีกกลุ่มหนึ่งรู้สึกอึดอัดอย่างยิ่ง
5. ในการวิจารณ์การทำงานโดยปล่อยมุขตลก หรือวิจารณ์แบบที่เล่นที่จริงนั้น อาจเป็นวิธี อ้อมๆ ที่ช่วยให้บรรยากาศดีกว่าการวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา แต่การใส่อารมณ์ขันใน ลักษณะนี้ต้องมีความน่าเชื่อถือพอควร บ่อยครั้งที่การเล่นมุขมากไปอาจทำให้คนอื่นไม่ เชื่อถือคำพูดของเราเป็นจริงเป็นจัง เพราะคิดว่าพูดเล่น นอกจากความน่าเชื่อถือแล้ว

ความจริงจังก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน หากจริงจังน้อยไปอาจทำให้อารมณ์ขันที่หลุด
ออกมาเหมือนเป็นแค่แซวเอามันแทนที่จะช่วยสื่ออะไรบางอย่าง ฉะนั้นต้องดูจังหวะให้ดี
สังเกตบรรยากาศรอบตัวก่อนว่าสถานการณ์นั้นใช้อารมณ์ขันแล้วบังเกิดผลหรือไม่

.....ขอให้สนุกกับการทำงานนะคะ.....

Ms. Susan Dustin Hattan (Nee Aldous)

Founder: One Life at a Time

Susan has been a fulltime non-salaried volunteer working throughout Australia, S.E.A., the U.S.A. and Latin America for 31 years, 19 of which have been in Thailand.

Susan, along with anyone who would care to donate their time, make regular visits to encourage, assist and educate a large variety of needy folk including youth at risk, the elderly, and the sick and disadvantaged by implementing care-giving projects in schools, hospitals, orphanages, prisons and shelters. She offers personal counseling in numerous institutions and in family/personal and work settings as a means of rehabilitation and self-empowerment.

Susan is the author of 2 books, *The Angel of Bang Kwang Prison* and *Thailand's Ladyboys, the secret world of Thailand's third gender*. She is currently working on her third book, *Bangkok Boy, the Loss of Innocence*.

At present, her main focuses include the implementation of Humanized Healthcare via hands on training sessions and projects in local hospitals. As well as working towards remedying Women and Children's issues in Thailand.

She firmly believes that love and care in the form of humor has many benefits to not only those who receive these gifts of joy, but also to those who initiate them.

Her National Forum presentation will be in a fun, hope-filled format inspiring participants to know that they can greatly benefit from sharing a good laugh with their families, friends, fellow workers and communities, and thus make the world a brighter place.

A good laugh makes us happier, more positive, our health can improve and stress levels also are greatly reduced and besides, laughing simply makes us feel good. Laughter is the cheapest and best medicine. Come join the lively panel discussion and share a laugh, learn the benefits of this miraculous therapy and find ways in which you can better yourself and those with whom you come in contact with. This is one session you will not want to miss.

B22 : สายใยแห่งครอบครัว...Family Link

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 2

เครือข่าย เที่ยงธรรม	สมาคมสายใยครอบครัว
แม่กุสุมาลย์ สุทธิลล	สมาคมสายใยครอบครัว
ศรียา กัลยาณชาติ	สมาคมสายใยครอบครัว
พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์	รพ.ศรีธัญญา

สำหรับนักวิชาชีพผู้ทำงานกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สุขศึกษาไม่ใช่สิ่งใหม่ บุคลากรทางสาธารณสุขได้จัดและดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับมือกับโรคและรักษาตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมายาวนานและกว้างขวาง ในแวดวงจิตเวชเองนักวิชาชีพก็ได้พยายามทำงานด้านการให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมาตลอด เพราะเราตระหนักว่าโรคจิตเวชมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลซับซ้อนหลายด้านยากจะเข้าใจ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย จิตใจ จิต-วิญญาณ สังคม และเศรษฐกิจ

การศึกษาอบรมที่จัดให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาของครอบครัว เนื้อหาต้องมากพอที่จะช่วยให้เขารับมือกับปัญหาได้ ให้เขามีโอกาส ทักตะ และกำลังที่จะจัดการปัญหา เพื่อคลี่คลายอารมณ์ความรู้สึกทุกข์และกังวลที่รุมเร้า เราต้องค้นหาและสร้างเสริมทรัพยากรที่สมาชิกในกลุ่มมี บทเรียนอันสำคัญคือทำให้คนเหล่านี้ตระหนักถึงสิทธิและศักยภาพของตน เราจึงจัดการอบรมหลักสูตรสายใยครอบครัว ซึ่งรวมสุขภาพจิตศึกษาที่อาศัยกระบวนการกลุ่ม ต่อเนื่องกัน 9 สัปดาห์ๆ ละ 3 ชั่วโมง มีบทเรียนทั้งหมด 8 บท

ความเชื่อพื้นฐานของสายใยครอบครัวมี 5 ข้อคือ (1) โรคจิตเวชเป็นโรคทางสมองที่รักษาได้ (2) คนจำนวนมากทนทุกข์ทรมานจากโรคเหล่านี้ (3) ยาและการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล (4) การเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ผิดต้องหยุดยั้งให้ได้ (5) ชีวิตเป็นสิ่งมีค่าที่ต้องเคารพ

วิทยากรส่งผ่านความเชื่อและค่านิยมนี้ให้คนรุ่นต่อๆ ไป โดยการแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมในกระบวนการกลุ่มและในชีวิต ผลของความเชื่อและกระบวนการข้างต้นปรากฏให้เห็นในชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดพลังและแรงบันดาลใจที่จะร่วมกันทำงานเพื่อผู้อยู่กับโรคจิตเวชในวงกว้างขึ้น ก่อเกิดเป็นชุมชนเชิงความสัมพันธ์ (Relational Community) – สายใยครอบครัว

B32 : ดูแลโรงพยาบาลอย่างไร ให้เหมือนเลี้ยงลูก (Humanized Parenting)

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

โรงพยาบาลเป็นสิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่งดังที่เรียกว่า Living Organization เครือข่ายการทำงานในระบบสุขภาพใดๆก็เป็นสิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่งดังที่เรียกว่า Living Network โรงพยาบาลที่มีชีวิตที่ดี เครือข่ายที่มีชีวิตที่ดี ควรมีคุณสมบัติที่สิ่งมีชีวิตพึงมีนั่นคือ กินได้ ขับถ่ายได้ เติบโตได้ สืบพันธุ์ได้ หลบหลีกอันตรายได้ และพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้ด้วย

โรงพยาบาลหรือเครือข่ายที่ดีมีคุณภาพจึงควรมีทรัพยากรของตนเอง จัดการส่วนประกอบที่เป็นของเสียได้ด้วยตนเอง เจริญเติบโตอย่างมีความสุขและมีไขมันหน้าหนักเกิน แพร่พันธุ์ที่ดีได้ด้วย สำคัญมากคือมี reflex ที่จะหลบหลีกอันตรายได้ เมื่อหลบพ้นอันตรายมาได้แล้วก็มีความสามารถที่จะสรุปบทเรียนแล้วไม่พาดตนเองเข้าไปหาความเสี่ยงนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก และท้ายที่สุดคือมีพัฒนาการทางวุฒิภาวะอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลหรือเครือข่ายจึงควรมีความเป็นมนุษย์อยู่ในตัวคือ Humanity ถ้าเป็นโรงพยาบาลอาจจะเรียกว่า Humanized Hospital ถ้าเป็นเครือข่ายอาจจะเรียกว่า Humanized Network ถ้าเป็นบริการอาจจะเรียกว่า Humanized Health Care ถ้าเป็นการแพทย์อาจจะเรียกว่า Humanized Medicine ไม่ว่าจะเรียกว่าอย่างไรก็ไม่พ้นประเด็นสำคัญคือโรงพยาบาลนั้นเปรียบเสมือนมนุษย์ที่มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ

พัฒนาการทางบุคลิกภาพของโรงพยาบาลหรือเครือข่ายอาจจะเทียบเคียงได้กับพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น กล่าวคือเราสามารถแบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพในช่วง 18 ปีแรกมนุษย์เป็น 5 ระยะคือ ระยะ 1 ขวบ ระยะ 2-3 ขวบ ระยะ 3-5 ขวบ ระยะ 6-10 ขวบ และระยะ 11-18 ปี มนุษย์มีภารกิจที่จะต้องกระทำและพัฒนาให้ผ่านพ้นขั้นตอนของแต่ละระยะอย่างไร โรงพยาบาลหรือเครือข่ายก็มีพัฒนาการในลักษณะใกล้เคียงกันนั่นคือพัฒนาคุณลักษณะที่เรียกว่า trust, attachment, self, gender, identity, ideology, ethics และ abstract thinking ในที่สุด

เมื่อโรงพยาบาลหรือเครือข่ายพัฒนาตนเองถึงระดับที่มี ideology, ethics และ abstract thinking แล้ว โรงพยาบาลหรือเครือข่ายจึงจะมีวุฒิภาวะที่ดี มีการบริหารความเสี่ยงที่คล่องตัว และมีคุณภาพที่ไวใจได้ เปรียบเสมือนสิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ที่พัฒนาตนเองมาถึงระดับที่ไม่เพียงเอาตัวรอดได้แต่ยังสามารถทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวมหรือสังคมได้ด้วย

คำถามคือใครกำลังทำหน้าที่ดูแลพัฒนาการของโรงพยาบาลหรือเครือข่าย ควรเป็น
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมหน้า บุคลากรทุกระดับ ประชาชน หรือ external surveyor ของ
ระบบพัฒนาคุณภาพ

B42 : ศิลปะบำบัด ศาสตร์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 2

พญ.พัชรินทร์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง

ศูนย์ศิลปะ Human

หากเรามีชีวิต หมายถึง ความสามารถในการสร้างตัวเอง เปลี่ยนแปลงและมี
วิวัฒนาการโดยตัวของมันเองอย่างเป็นธรรมชาติ ความมีชีวิตเช่นนั้นมียุ่อย่างเต็มเปี่ยมในการ
ทำงานศิลปะ เหตุที่เปรียบเทียบการทำงานศิลปะว่าเป็นกระบวนการของสิ่งมีชีวิต เพราะศิลปะยอม
ให้เราเข้าไปทำงานด้วยอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ควบคุมเรา ไม่ขัดคอเรา แต่อำนวยความสะดวก
ให้เราได้ทำอย่างที่เราอยากจะทำ ให้เราได้เปลี่ยนแปลง ทุกเมื่อที่เราอยากเปลี่ยน ให้เรา
สร้างสรรค์และค้นพบสิ่งใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการตามบริบท ตาม
สถานการณ์ เราจึงได้เรียนรู้สิ่งที่ยิ่งใหญ่ เรียนรู้ภายนอกและภายใน ปรับปรุงและ
พัฒนาซึ่งตรงนี้คือที่มาแห่งวิวัฒนาการ

สำหรับผู้ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ในองค์กรที่ไร้ซึ่งชีวิต และมีลักษณะของเครื่องจักรทำเงิน
หรือต้องดิ้นรนเพื่อรักษาเกียรติภาพมาก ๆ การได้ทำงานศิลปะจึงเปรียบเสมือนการได้ชีวิตชีวา
กลับคืนมา เป็นการเปิดโอกาสให้ตนเองได้ใช้ชีวิต ได้จัดการกับชีวิต ได้พยายามเปลี่ยนแปลง
ส่วนประกอบของชีวิต เหล่านี้คือโอกาสที่เปิดให้กับวิวัฒนาการของระบบสังคมและองค์กร

ส่วนผู้ที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต แม้ไม่มีสาเหตุจากหน้าที่การงานแต่
เป็นภาวะที่ต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด หรือเพื่อรักษาชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง การได้
ถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นผ่านการงานศิลปะ เป็นโอกาสอีกเช่นกัน ในการค้นพบทางเลือก
ใหม่ ๆ ที่จะทำให้พวกเขายังสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขท่ามกลางความทุกข์ที่ถาโถม

ศิลปะเป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญที่จะอำนวยความสะดวกที่เป็นสุขให้กับทุกผู้ทุกคนที่เข้ามาใช้
บริการไม่ว่าผู้นั้นจะเป็นใคร เป็นคนดีหรือเป็นคนเก่ง เป็นคนเหงาหรือเป็นคนโกรธ เป็นคนไข้
หรือเป็นคนให้บริการ ทุกคนมีโอกาส สร้างสมดุลใหม่ให้กับชีวิตผ่านการงานศิลปะ

C12 : สายธารแห่งความหวังและความศรัทธา

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 2

นิลอุบล จันทรโหนง	มูลนิธิสายธารแห่งความหวัง
ธารณี ลิ้มพงศธร	รพ.ศิริราช
นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

Wishing Well

นิลอุบล จันทรโหนง

ไม่ว่าฝันของคนเราจะเล็กหรือใหญ่ ขอแค่มีเวลามากพอฝันนั้นคงไม่ไกลเกินเอื้อมแต่สำหรับเด็กป่วยที่เป็นมะเร็งที่รักษาไม่หายแล้ว การทำฝันของเขาให้เป็นจริงแทบไม่ต่างจากการวิ่งแข่งกับเวลาที่แสงแห่งชีวิตจะริบหรี่และดับลง โครงการ Wishing Well จึงเกิดขึ้นเมื่อ 3 ปีที่แล้ว เมื่อคุณนิลอุบล จันทรโหนงเข้ามาเป็นอาสาสมัครช่วย รศ.นพ.อิศรางค์ นุชประยูร แห่งโรงพยาบาลจุฬายา เต็มเต็มความฝันสุดท้ายของเด็กๆ ให้พวกเขาใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างคุ้มค่าและมีความสุขที่สุด เพราะแม้ความเจ็บป่วยจำกัดพวกเขาให้อยู่แต่บนเตียง แต่โรคร้ายไม่อาจหยุดความฝันของพวกเขาได้

เหมือนห้องปอมซึ่งนอนชมอยู่ในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด เมื่อผ่านการรักษาแบบเคมีบำบัดที่ขนาดผู้ใหญ่ยังขาดมาแล้วถึงสองครั้ง ปอมฝันอยากไปเห็นช่วงช่วง และหลินฮุ่ยกับตาหลังจากได้เห็นพวกมันผ่านหน้าจอทีวีมานาน ฝันแค่นี้คงไม่ยากสำหรับครอบครัวอื่น แต่สำหรับพ่อแม่ปอมแล้วไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะพาลูกซึ่งป่วยหนักเดินทางไกลขนาดนั้น

แต่แล้วฝันของเด็กชายวัย 10 ขวบก็กลายเป็นจริง เมื่อคุณนิลอุบลติดต่อหาโรงแรมและสายการบินโอเรียนท์แอร์ซึ่งพร้อมสนับสนุนที่พักและการเดินทางได้ วันเดินทางเธอต้องตกใจเมื่อปอมมีไข้สูงถึง 40 องศา เธอต้องวิ่งหาหมอเด็กเพื่อตามประกบตัวแต่เมื่อถึงสวนสัตว์ ใครจะเชื่อว่า จากที่ต้องนั่งรถเข็นตลอดเวลาปอมกลับขอเดินด้วยตนเองแล้วสูดอากาศอย่างเต็มปอดโดยไม่มีหน้ากากกันเชื้อมากนัก เผยให้เห็นรอยยิ้มกว้างบนใบหน้ายามเขายืนอยู่หน้ากรงหมีแพนด้าที่อยากเห็นมานาน

ภาพนั้นกลายเป็นภาพแห่งความทรงจำของคนๆ หนึ่งที่ไปกล่าวคำอำลาครั้งสุดท้ายในงานศพของเด็กชายปอมหลายความฝันไม่ได้ยิ่งใหญ่หรือไกลเกินเอื้อมเลย อย่างน้องรุ้งที่ป่วยเป็นโรคลูคีเมีย ในวันที่ไร้แรงกายแต่เปี่ยมด้วยแรงใจ เธอเพียงอยากแฟนต์เล็บตามประสาเด็กรักสวยรักงาม คุณนิลอุบลจึงหาช่างแล้วพาไปถึงโรงพยาบาลเพื่อทำฝันสุดท้ายของสาวน้อยวัย 13 ให้เป็นจริง ก่อนที่เธอจะจากไปพร้อมรอยยิ้มในวันถัดมา

หลายครั้งเด็กๆ ไม่ได้อยากได้อะไรมากไปกว่าการได้ลิ้มชิมรสอาหารที่ถูกห้ามกิน อย่างเด็กสาวจากสุพรรณบุรีที่ฝันอยากชิมไก่ทอด KFC สักครั้งในชีวิต แต่ที่มากไปกว่านั้นเขาขอเอา

กลับไปกินกับพ่อแม่ที่บ้านเพราะครอบครัวเขาคงไม่มีโอกาสได้กินไก่ทอดราคาแพงแบบนี้บ่อยครั้งนัก

โครงการนี้ไม่เพียงช่วยเหลือเด็ก ๆ แต่รวมไปถึงครอบครัวที่อยู่ข้างหลังพวกเขาด้วย หลายครั้งที่คุณนิลอุบลต้องเข้าไปช่วยจัดการเรื่องงานศพเมื่อพ่อแม่ของเด็กเหล่านั้นแทบไม่เหลือเงินติดตัว เพราะค่ารักษาพยาบาลกัดกินเงินก้อนสุดท้ายไปแล้ว

แต่ในวันที่พวกเขาตั้งตัวได้ หลายครอบครัวตอบแทนน้ำใจด้วยการกลับมาเป็นอาสาสมัครเพื่อช่วยครอบครัวอื่นต่อไป

เครือข่ายแห่งการสานฝันและปั้นน้ำใจจึงเริ่มขยายกว้างไกลออกไปจากจุดเล็กๆ เพียงจุดเดียว แม้เวลาในการสานฝันของเด็กๆ แทบไม่ต่างจากการนับถอยหลังไปสู่วัน

แต่คุณนิลอุบลยังตั้งใจสานต่อโครงการนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าเธอเป็นหนึ่งกำลังใจของเด็กทุกคนที่สู้ไม่ถอย แม้จะมีความตายรออยู่ตรงหน้า

บอกเล่าประสบการณ์จริง จากงานที่ทำ.....

ธารณี ลิ้มพงศธร (หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 6 ตอ. โรงพยาบาลศิริราช)

การทำงานที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของการมีชีวิต-ความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีครั้งหนึ่งที่ประทับใจและยังคงระลึกถึงอยู่เสมอ คือการให้การดูแลผู้ป่วยสามีภรรยาคนหนึ่ง สามีป่วยเป็นโรคมะเร็งเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต แพทย์ให้ drip morphine เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ น้องได้รายงาน vital sign ผู้ป่วยเริ่มลดต่ำลง ดิจันในฐานะหัวหน้าเวรได้เข้าไปประเมินอาการผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งให้ภรรยาผู้ป่วยทราบว่าคุณสมบัติของผู้ป่วยเริ่มลดต่ำลง ซิฟจรเริ่มเบาลง และจากนั้นได้แจ้งอาการเปลี่ยนแปลงให้ภรรยาของผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ รวมทั้งได้สอบถามถึงความต้องการของภรรยา ซึ่งต้องการให้ลูกมาอยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย จึงให้ความช่วยเหลือในการติดต่อลูกๆ ของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ดิจันได้กล่าวแนะนำให้ภรรยาผู้ป่วย ช่วยบอกทางกับผู้ป่วย แต่ภรรยาของผู้ป่วยบอกว่า “ทำไม่ได้” “ไม่รู้จะทำอย่างไร” ดิจันจึงเข้าไปจับมือภรรยาและพาไปที่เตียงผู้ป่วย และพูดกับผู้ป่วยว่าให้เขาคิดถึงสิ่งที่ดั่งามที่เคยทำมา ตอนนี้นำใจให้สบาย หายใจเข้าออกลึกๆ ไม่ต้องกังวล และนำทางผู้ป่วยให้หายใจตามจังหวะที่บอกว่า เข้า-ออก-เข้า-ออก..... หลังจากนั้นสักครู่จึงจับมือภรรยาผู้ป่วยให้จับมือผู้ป่วย และให้ภรรยาปฏิบัติเป็นผู้นำทางผู้ป่วยแทนดิจัน โดยมีดิจันช่วยอยู่ข้างๆ สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยหายใจสงบนิ่ง สม่่าเสมอและแผ่วลงเรื่อยๆ ประมาณ 1/2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจึงหยุดหายใจ และจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางการประสานมือของภรรยาผู้ป่วยกับผู้ป่วย รวมทั้งมือของดิจัน

ภรรยาผู้ป่วยได้เข้ามากอดดิจันและดิจันได้กอดตอบอยู่สักครู่ใหญ่ จากนั้นภรรยาของผู้ป่วยจับมือดิจันพร้อมกับกล่าวว่า “ขอบคุณมากค่ะที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีมาตลอดระยะเวลาที่

อยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งตอนนี้ คุณก็มาอยู่กับผู้ป่วย” ดิฉันจึงกล่าวตอบว่า “ดิฉันยินดีค่ะ ที่เห็นผู้ป่วยมีความสุขที่ได้อยู่กับคนที่รักในช่วงสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบ ขอให้คุณมีจิตใจที่เข้มแข็งต่อไปนะคะ” ภรรยาผู้ป่วยกล่าว “ขอบคุณ” และเข้ามากอดอีกครั้ง ผู้ป่วยรายนี้ ลุก ๆ มาดูใจผู้ป่วยไม่ทัน

เพียงแคเห็นแววตาของญาติที่แสดงออกว่า เขาทุกข์ใจขนาดไหน และดิฉันสามารถช่วย ผ่อนคลายความทุกข์โศกของเขาได้ พร้อมทั้งการแสดงออกของญาติที่จับมือดิฉันไว้ และกล่าวขอบคุณรวมทั้งการแสดงออกว่า เข้าใจและเห็นว่าดิฉันได้ทำสิ่งที่ดีและให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ เพียงเท่านั้นก็เป็นแรงบันดาลใจให้เรามีกำลังใจในการทำงานต่อไปได้อย่างมีความสุข

ผู้ป่วยชายไทย อายุประมาณ 50 ปี เป็นโรคมะเร็งปอดอยู่ในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย และกระสับกระส่าย ในขณะที่ญาติก็มีความวิตกกังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และบอกกับพยาบาลว่า “ตนเองทำอะไรไม่ถูก ไม่รู้จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร แต่ต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไมทุกข์ทรมาน” พยาบาลได้บอกกับญาติว่า “ไม่เป็นไรนะคะ พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยอย่างดีไม่ต้องกังวล” พร้อมทั้งแนะนำว่า “ให้ภรรยาและลูก ๆ อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและจับมือผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา ให้พูดถึงในสิ่งดี ๆ ที่ผู้ป่วยได้ทำไว้ เช่น พูดถึงผู้ป่วยว่าเป็นสามีที่ดีของภรรยา และเป็นคุณพ่อที่ดีของลูก ๆ การเป็นครูที่ดี พูดถึงความดีที่ผู้ป่วยได้ทำมา การทำบุญ การสวดมนต์(ซึ่งภรรยาได้เตรียมหนังสือสวดมนต์ไว้แล้ว) และสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือและศรัทธา”

พยาบาลได้จับมือผู้ป่วยพร้อมทั้งบีบมือผู้ป่วยเบา ๆ และได้บอกกับผู้ป่วยว่า “คุณ..ทำใจให้สบายนะคะ ขณะนี้คุณมีภรรยา ลูก ๆ รวมทั้งญาติที่คุณรักและรักคุณอยู่ข้าง ๆ อีกหลายคน และมีพยาบาลดูแลคุณตลอดเวลา” จากนั้นให้ญาติผู้ป่วยทำตามที่ได้ให้คำแนะนำโดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่ข้าง ๆ และก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไปประมาณครึ่งชั่วโมง ภรรยาได้สวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง ผู้ป่วยหายใจช้าลงและไม่กระสับกระส่าย ในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป ภรรยา พูดว่า “พ่อไม่ต้องเป็นห่วงลูกนะ แม่จะดูแลลูกเอง พ่อหลับให้สบายนะ พ่อเหนื่อยมากแล้ว พ่อไม่ต้องห่วงนะ แม่จะสวดมนต์ให้พ่อฟังต่อนะ” ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เหมือนคนนอนหลับ ญาติร้องไห้และภรรยาเข้ามากอดพยาบาล ซึ่งพยาบาลได้จับมือและบีบมือญาติเบา ๆ พร้อมกับพูดว่า “เสียใจด้วยนะคะ (เว้นระยะการพูด) คุณได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตแก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยก็จากไปอย่างสงบท่ามกลางความรักและความอบอุ่นของคนที่คุณรัก (บีบมือภรรยาผู้ป่วยเบา ๆ และเว้นระยะการพูด) ขอให้คุณเข้มแข็งและพยาบาลยินดีให้ความช่วยเหลือ นะคะ”

ประมาณ 1 เดือน ภรรยาผู้ป่วยกลับมาพร้อมกระเช้าของขวัญ เพื่อมาขอบคุณพยาบาลที่ได้ให้การดูแลสามีเป็นอย่างดี และเล่าว่า ในวันที่รดน้ำศพ ทุกคนที่ไปรดน้ำศพ พูดเหมือนกัน

ว่า เห็นสภาพผู้ป่วยแล้วไม่น่าเชื่อเลยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ดูผู้ป่วยเหมือนนอนหลับ ทำให้ตัวเขาเองมีความสุขมาก

ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมที่หอผู้ป่วยทุกราย ทีมพยาบาลนำโดยหัวหน้าเวร / หัวหน้าหอผู้ป่วย จะเข้าไปแสดงความเสียใจกับญาติ และเจ้าหน้าที่ในเวรนั้นๆ กล่าวขอโหสิกรรมในสิ่งที่ได้ล่วงเกินผู้ป่วยทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ (น่าจะขอก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นก่อนที่จะจากไป) จากนั้นขออนุญาตญาติในการนำพวงมาลัยดอกมะลิ สดมอบให้ผู้ป่วยโดยวางไว้บนหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งกล่าวขอโทษญาติที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย ซึ่งทุกครั้งญาติๆ ของผู้ป่วยกล่าวคำ “ขอโทษตอบ” รวมทั้งกล่าวคำ “ขอบคุณ” ที่ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดี และจับมือพยาบาล พร้อมไหว้ เมื่อเจ้าหน้าที่เปลมารับผู้ป่วยไปศาลาพิธีศพ ตัวแทนพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ส่งผู้ป่วยที่หน้า ลิฟท์

นอกจากนี้ หอผู้ป่วยยังมีกิจกรรมที่ได้จัดให้แก่ผู้ป่วยตลอดเวลาที่พักในหอผู้ป่วย โดยใช้ชื่อว่า โครงการ From Heart to Help ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ทำสังฆทานเพื่ออุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้แก่ผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้วทุกคน โดยมีผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ร่วมกันจัดขึ้น ทุกปี
2. นิมนต์พระมาบิณฑบาตที่หอผู้ป่วยทุกวันอังคาร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการที่จะเตรียมของใส่บาตรทางหอผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดหาให้
3. จัดให้มีการสงฆ์พระพุทธรูปในวันสงกรานต์ ทุกปี
4. จัดทำตารางเวลาในการดูแลความสะอาดสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ)
5. จัดน้ำสมุนไพร เครื่องดื่ม ทั้งร้อน/เย็น ผลไม้ปั่น ไอศกรีม สำหรับผู้ป่วย ซึ่งจัดให้ในเวลา 10.00 น., 14.00 น., 20.00 น. และตามที่ต้องการ (กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งกิจกรรมนี้ได้นำเสนอในลักษณะของ poster ในการประชุมวิชาการของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และการประชุมวิชาการครั้งที่ 18 ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ปี 2551 ณ รร.ปรีณชพาเลซ)
6. จัดแจกันดอกไม้ให้ผู้ป่วยทุกราย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
7. กิจกรรมที่หอผู้ป่วยร่วมกับนักศึกษาแพทย์ ปี 2
 - 7.1 นักศึกษาแพทย์เล่นไวโอลิน / กีตาร์ / ร้องเพลง ให้ผู้ป่วยฟัง (มีเฉพาะ 1 ภาคการศึกษา)
 - 7.2 นักศึกษาแพทย์จัดทำการ์ด โดยเขียนข้อความในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาแพทย์จะเป็นผู้แจก (เฉพาะ 1 การศึกษา) ขณะนี้ทางหอผู้ป่วยได้นำการ์ดของนักศึกษาแพทย์ติดที่แจกันดอกไม้ แล้วมอบให้แก่ผู้ป่วย

C22 : การเปิดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 2

พรทิพย์ ไหมทอง	รพ.จุฬาลงกรณ์
วรรณ จารุสมบุญ	เครือข่ายพุทธิกา
พ.ต.หญิง สิริพิชญ์ ภัทรธรรมาภรณ์	รพ.พระมงกุฎเกล้า
พ.อ.นพ.ดุสิต สถาวร	รพ.พระมงกุฎเกล้า

การเปิดพื้นที่ในที่นี้ ไม่ใช่พื้นที่ทางกายภาพ แต่เป็นการเปิดใจของบุคลากรเพื่อให้สามารถทำงานด้วยใจ กลยุทธ์ในการทำให้บุคลากรเปิดใจ คือ การเปิดเวทีของการเรียนรู้โดยการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ตรง การฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ด่วนตัดสินผู้ที่เล่าเรื่องจะช่วยให้เราเปิดใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิต ควรยึดหลักการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากมุมมองของทีมสุขภาพผู้ให้บริการ คือ การกลัวความตาย ทำให้การเผชิญกับผู้ป่วยและญาติมีความยากลำบาก การขาดประสบการณ์ตรงของบุคลากรเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการเปิดพื้นที่ให้แก่บุคลากรเพื่อเรียนรู้จึงมีความจำเป็น

ทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้น้ำหนักสำคัญเท่าๆ กัน ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ความทุกข์ของญาติจำเป็นต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยที่รับจ้างดูแลผู้ป่วยให้แก่ครอบครัว

การสะท้อนความคิดเข้าถึงเข้าใจเรื่องราวของตนเองโดยไม่ด่วนตัดสิน (สุนทรียสนทนากับตนเอง) เป็นเรื่องที่บุคลากรสุขภาพอาจจำเป็นต้องมาประยุกต์ใช้ด้วย การเปิดพื้นที่เพื่อรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้ต่างๆ

C32 : กลยุทธ์สร้างสุขและพลังองค์กร

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 2

ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การดำเนินชีวิตของมนุษย์มี 2 แบบคือ

1. มีชีวิตรอดอยู่ แต่อยู่ไปวัน ๆ และทำทุกอย่างตามกิจวัตรและตามประเพณี ซึ่งเป็นชีวิตที่น่าเบื่อ ความพึงพอใจเกิดขึ้นเมื่อเกิดความสุขสบายทางกาย ไม่ต้องการการพัฒนา การอยู่แบบนี้ ใช้พลังงานขั้นต่ำ

2. มีชีวิตอยู่และเติบโต ชีวิตสดใส ตื่นเต้น ทำทอย และสนุกสนาน มนุษย์เติบโตทางกายถึงอายุ 18 ปี แต่สามารถเติบโตอีกอย่างต่อเนื่องด้านความรู้ วุฒิภาวะ ประสบการณ์ชีวิต อารมณ์ และความชำนาญ ตลอดชีวิตที่ยาวนาน การมีชีวิตแบบที่มีการเติบโต พลังงานที่ใช้ทางร่างกาย (physical) สมออง (nervous) และสติปัญญา (mental) จะถึงจุดสูงสุด (peak) เมื่อเกิดแรงจูงใจจากตัวเองที่เกิดจากการเติบโตด้านจิตใจ (psychological growth)

องค์กรที่ทำให้บุคลากรของตนมีการเติบโตได้อย่างแท้จริง จะต้องสร้างแรงจูงใจภายในบุคคลให้เกิดขึ้นและสร้างเงื่อนไขปัจจัยภายนอก (external conditions) ที่สนับสนุนพัฒนาการของบุคคล เมื่อองค์กรมีการพัฒนา บุคลากรก็มีการพัฒนาตาม และเมื่อบุคลากรมีการพัฒนา องค์กรก็พัฒนาด้วย ต่างฝ่ายมีส่วนกระตุ้นการพัฒนาซึ่งกันและกัน บุคลากรสามารถเห็นสิ่งที่ตนเองสืบหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่องค์กรมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจด้วยการได้ให้บริการด้วยตนเอง เมื่อสิ่งนี้เกิดขึ้น พลังงานทางด้านจิตใจของผู้นั้นจะปล่อยออกมาตลอดเวลาในระหว่างทำงานและให้ชีวิตแก่องค์กร เป็นเหตุให้องค์กรมีชีวิตชีวาและมีพลัง (energy)

พลังที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มนุษย์เกิดกำลังใจ (incentive) ไม่ใช่การได้รับรางวัลสำหรับการกระทำที่ดีเลิศ หรือการยอมรับของผู้ร่วมงานและสังคม แต่เป็นพลังทางจิตใจที่บุคคลนำมาใช้เพื่อติดตามการพัฒนาการเติบโตของผลงานตนเอง เมื่อบุคคลมีการเติบโตในผลงานของตนเอง บุคคลจะไม่ต้องการกำลังใจที่เป็นรางวัลหรือการยอมรับของสังคมอีก บุคคลสามารถหารางวัลให้แก่ตนเองจากผลงานของตนเอง (self-rewarding) ที่เป็นการกระตุ้นตนเอง (self-motivating) และมีแต่ความสุขขณะทำงาน องค์กรที่สามารถทำให้เกิดสิ่งนี้ได้ในบุคลากร องค์กรนั้นเป็นองค์กรที่มีชีวิต

องค์กรจะเป็นองค์กรที่มีชีวิตได้ต้องตั้งต้นจากบุคคลที่มีความสนใจ มีจิตวิญญาณ และเปี่ยมด้วยพลังในการทำงาน บันได 10 ขั้นสู่การเป็นองค์กรที่มีชีวิตมีดังนี้

1. การตัดสินใจ: องค์กรต้องตัดสินใจเรื่องใดที่มีความสำคัญที่สุดต่อการอยู่รอดขององค์กร
2. มาตรฐาน: กำหนดแนวทางที่ชัดเจนและที่ง่ายต่อการปฏิบัติ
3. กฎ: สร้างกฎและระเบียบสำหรับการนำมาตรฐานไปใช้อย่างถูกต้อง
4. ระบบ: สร้างระบบติดตามและประเมินการปฏิบัติ และการบังคับใช้กฎที่สร้าง
5. การอบรม: ให้ความรู้แก่บุคลากรใหม่และบุคลากรที่ทำงานอยู่แล้ว ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้และรับรู้ความสำคัญของมาตรฐาน
6. การสื่อสาร: มีการเน้นความสำคัญของมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอผ่านการสื่อสารต่าง ๆ และการให้ตัวอย่าง
7. การให้รางวัล: ให้กำลังใจแก่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีผลปฏิบัติงานดีเด่นในเรื่องที่องค์กรให้ความสำคัญ
8. การรับรอง: ประกาศบุคคลที่ปฏิบัติดีเด่นเป็นพิเศษในที่สาธารณะหรือเป็นการส่วนตัว
9. บรรยากาศของความร่วมมือ: เมื่อได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างทั่วถึงโดยไม่ต้องใช้กฎระเบียบที่เคร่งครัดแล้ว ให้ผ่อนผันกฎระเบียบเพื่อผ่อนคลายบรรยากาศ แต่ให้ใช้วิธีสอดส่องโดยผู้ร่วมงานและทำให้เกิดวินัยในตนเองในการปฏิบัติ
10. การปฏิบัติที่เกิดจากความสนใจที่ได้ปฏิบัติ: ให้ปัจเจกบุคคลสร้างเสริมความเข้าใจกับตนเอง ความมุ่งมั่น และการพิสูจน์ตนเองในเรื่องที่มีความสำคัญต่อองค์กร เพื่อให้บุคคลปฏิบัติจนเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเติบโตของตนเอง และที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นการให้รางวัลแก่ตัวเองคือการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสุขใจ

การทำให้องค์กรทางสุขภาพมีความสุขและพลัง จนกลายเป็นองค์กรที่บุคลากรทำงานด้วยจิตวิญญาณและองค์กรที่มีชีวิตนั้น จากประสบการณ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดและบุคลากรของหน่วยทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักพรหมวิหาร 4 คือ การให้ความรัก (เมตตา) ลดหลั่นกันลงไปตั้งแต่ผู้บริหารองค์กรสูงสุดจนถึงผู้บริหารในหอผู้ป่วยและผู้ป่วย (พยาบาลและแพทย์) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลของความรักรักรนั้น ๆ จนส่งผลให้มีสุขภาพจิตปกติ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของสถานที่ และมีความรักในผู้ป่วย การให้บริการที่ประกอบด้วยความรัก จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย

การที่จะได้รับความร่วมมือร่วมใจจากผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารต้องได้ใจหรือชนะใจของผู้ปฏิบัติ โดย

- แต่งตั้งผู้บริหารทุกระดับบนพื้นฐานของคุณธรรม เพราะผู้ไม่มีคุณธรรมย่อมไม่สามารถครองใจผู้อื่น

- ต้องแสดงความรัก ความห่วงใย และความเสียสละ และให้ความยุติธรรม แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา
- ต้องป้องกันปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในขณะทำงาน ด้วยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ
- รับฟังและช่วยแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดขณะปฏิบัติงาน (กรรณ) เช่น อัตรากำลังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้บริหารต้องลงไปแก้ไข ถือหลัก เหนื่อยด้วยกัน สุขด้วยกัน
- ต้องขจัดความอยุติธรรมในหน่วยงาน เพราะเป็นสาเหตุของความท้อแท้และหมดกำลังใจ
- ยอมรับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทุกคน ตั้งแต่คนงานจนถึงผู้ร่วมบริหารงานในองค์กร ส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยการรับฟังความเห็น และให้โอกาส
- ให้กำลังใจด้วยการให้คำชมหรือรางวัลแก่ผู้ที่ตั้งใจทำงานหรือมีผลงานที่แสดงถึงความเมตตาที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือความเป็นเจ้าขององค์กร
- ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรสร้างผลงาน และผลักดันให้ได้รับรางวัล และแสดงความยินดี (มุทิตา) เมื่อบุคลากรในองค์กรประสบความสำเร็จจนได้รับรางวัล ด้วยความบริสุทธิ์ใจ

ห้อง Meeting Room 3

Management for Living Organization

เชิญชวนรับฟังแนวคิดการบริหารจัดการร่วมสมัย

วันที่ 12 มีนาคม 2551

สร้าง Brand ให้อยู่ในใจผู้บริโภค
เพื่อคุณภาพ

Living Service Through 4 Learn

ทุกคนมีบทบาทสร้างชีวิตให้ Brand

มีตรรกภาพและความสัมพันธ์ทางการตลาด

เรียนรู้ตลอดชีวิต ในทุกโอกาส

วันที่ 13 มีนาคม 2551

Leadership Style for Living Organization

Staff Engagement

องค์กร

Talent Management

การพัฒนาองค์กรที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่อง”ประสบการณ์ของรามาริบัติ”

มุ่งมั่น ทุ่มเท มีอารมณ์ที่ดีต่องานและ

การบริหารคนเก่ง

วันที่ 14 มีนาคม 2551

Strategic Advantage & Organizational Core Competency

Flexibility & Agility

Succession Plan

รับมือกับการเปลี่ยนแปลงของโลกปรับตัว

การถ่ายทอดพันธุกรรมขององค์กร

A23 : การสร้างแบรนด์ให้อยู่ในใจผู้บริโภค

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

ภญ. ศิริลักษณ์ สุทธิกุล บ.โนวาดีส ประเทศไทย

“แบรนด์” นับว่าเป็นทรัพย์สินที่มีค่าของทั้งสินค้าและองค์กร หน้าที่และบทบาทของแบรนด์มีวิวัฒนาการไปตามพัฒนาทางเศรษฐกิจ แนวคิดการตลาด ค่านิยมและความต้องการของผู้บริโภค การสร้างแบรนด์เพื่อนำมาซึ่งชื่อเสียงที่ยั่งยืนนั้นมีหลายแนวทาง หากควรพิจารณาให้เหมาะสมกับตัวสินค้าและองค์กรหนึ่งๆ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับแนวคิด เจอเนซและวัฒนธรรมขององค์กรนั้นอีกด้วย

กระบวนการสร้างแบรนด์ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือการสร้างกลยุทธ์ต้นแบบของแบรนด์ (Brand Strategy) และการปลูกสร้างชีวิตให้แบรนด์ (Brand Cultivation) ซึ่งมีขั้นตอนและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทุกคนในองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูง นักการตลาด ตลอดจนพนักงานตามหน้าที่ บทบาท และความรับผิดชอบที่มีต่อการสร้างชื่อเสียงของแบรนด์อย่างเป็นระบบ

การกำหนดกลยุทธ์เป็นเรื่องของการกำหนดกรอบความคิด กรอบคลุมตั้งแต่การกำหนดวิสัยทัศน์ จุดยืน คุณสมบัติ ตลอดจนคุณค่าคำสัญญาของแบรนด์ ซึ่งเป็นแนวทางไปสู่การสร้างชีวิตให้แบรนด์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ส่วนขั้นตอนการสร้างชีวิตให้กับ แบรนด์นี้มีความสำคัญยิ่งในกระบวนการสร้างแบรนด์ แบ่งเป็น 4 หัวข้อคือ ๑) สร้างเอกลักษณ์ของแบรนด์ ที่เกิดจากการทำให้แบรนด์ดูแตกต่างและเป็นเช่นนั้นอย่างต่อเนื่องในสายตาของผู้บริโภค ๒) สร้างประสบการณ์ที่ดีต่อแบรนด์กับพนักงานในองค์กร ๓) การนำแบรนด์สู่ตลาดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเป้าหมายผ่านทางกิจกรรมการตลาดต่างๆ และ ๔) ในปัจจุบันการสร้างเสริมความยั่งยืนของแบรนด์จากโครงการช่วยเหลือสังคมด้วยความรับผิดชอบต่อ (Corporate Social Responsibility) ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ของแบรนด์ถือเป็นส่วนสำคัญในการสร้างชีวิตให้กับแบรนด์

กิจการโรงพยาบาลและสถานพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ทุกกลุ่มที่หลากหลายความต้องการ และคาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของโครงสร้างหรือนโยบายการบริหารจัดการ ความต้องการบริโภคบริการสาธารณสุขแปรเปลี่ยนตามการพัฒนาทางสังคม ทั้งนี้การนำแนวคิดการสร้างแบรนด์ไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างชื่อเสียงที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาทั้งคน การมีส่วนร่วม และคุณภาพบริการโดยรวม จะส่งเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปวิกร จุณณานนท์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด

การดำเนินธุรกิจที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน ทำให้แต่ละองค์กรต่างมุ่งหาวิธีที่จะทำให้ธุรกิจของตนได้รับผลกำไรอย่างเต็มที่ตามกลยุทธ์ทางการตลาดที่กำหนดไว้ แต่ในปัจจุบัน วิถีทางและผลลัพธ์ของคำว่าตลาดนั้น จำกัดอยู่เพียงแคความหมายของ “ซื้อ” และ “ขาย” หรือคำว่า “กำไร” และ “ขาดทุน” เท่านั้นหรือ และจะนำภูมิปัญญาเพียงใด ถ้าองค์กรมีผลกำไรมหาศาล แต่ในตรงข้ามกลับไม่เหลือบุคลากรและเพื่อนในองค์กรหรือในแวดวงธุรกิจหลงเหลืออยู่เลย

นัยสำคัญทางทฤษฎีของการตลาด ได้เปลี่ยนไป ปัจจัยหลัก 4 P นั้น อาจจะไม่เพียงพออีกต่อไป เป็นไปได้หรือไม่ว่าความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดเป็นความผูกพันในระยะยาวในกลไกเดิมนั้น เป็นปัจจัยใหม่ที่เข้ามามีบทบาทที่น่าสนใจทั้งต่อตัวบุคลากรในองค์กรเองและต่อคู่ค้าทางธุรกิจ คำพูดที่กล่าวว่า “น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า” นั้น คงจะใช้เป็นแนวคิดเพื่อขยายความลักษณะเช่นนี้ได้เป็นอย่างดี องค์กรหนึ่งๆ คงจะดำเนินต่อไปไม่ได้ถ้ามุ่งหวังแต่ผลกำไร จนละเลยความเป็นอยู่ของคนในองค์กรนั้นๆ หรือธุรกิจหนึ่งๆ อาจจะต้องเรียนรู้เพื่อ “แลกเปลี่ยน” เพื่อความอยู่รอดของตนเอง โดยไม่คิดถึงความทรงงที่เคยมี

คำว่า “เพื่อน” นั้น มิได้ถูกกำหนดนิยามเอาไว้ในทฤษฎีของการตลาดใดๆ แต่เป็นเรื่องน่าแปลก ที่เรามักจะหยิบความเป็น “เพื่อน” นี้มาใช้เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองได้อย่างง่ายดาย จนบางครั้งเกินเลยไปจากความหมายของคำว่า “พอดี” ในทางกลับกัน ถ้าเราใช้นัยความหมายนี้ อย่างเหมาะสมในเชิงบวกแล้วนั้น ความร่วมมือ และการปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกาลเทศะ ไม่ต่างอะไรกับความทรงจำในวัยเด็กเมื่อได้ยินเพื่อนคนหนึ่งพูดคำว่า “แบ่งกัน” หรือ “ช่วยกัน” คำพูดเหล่านี้ อาจจะเป็นเพียงวลีสั้นๆ แต่สามารถสร้าง มูลค่าทางความรู้สึกได้มากมายนัก และมีใช้เป็นเรื่องแปลกถ้ามูลค่าเช่นนี้จะก่อให้เกิดมูลค่าในด้านอื่นๆ อย่างมหาศาล

มิตรภาพและความสัมพันธ์ทางการตลาด ไม่ต่างอะไรด้าน 2 ด้านของเหรียญเหรียญหนึ่ง ด้านแรกอาจจะเป็นเรื่องยากแต่อ่อนไหว แต่ขณะเดียวกันอีกด้านอาจจะเป็นเรื่องง่ายแต่มั่นคง ทุกอย่างเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เสมอ ธรรมชาติที่แบ่งกันความหมายเช่นนั้น ยังคงเป็นปริศนาเฉพาะบุคคลที่ต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจ

A43 : Living Service Through 4Learn

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 3

นท.บดินทร์ วิจารณ์

บ. ADLI

การแข่งขันทางด้านสินค้าเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสร้างความแตกต่างได้อีกต่อไป ทุกองค์กรพยายามก้าวสู่การแข่งขันด้านการบริการ มุ่งสู่การบริการที่เป็นเลิศ หรือ **Service Excellence** แล้วความเป็นเลิศของการบริการอยู่จุดไหน ที่สามารถสร้างความแตกต่างได้จริงและเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

จากการที่ได้เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาระบบการบริการให้กับองค์กรชั้นนำ ทั้งทางด้านพัฒนา Standard Operation Procedure (SoP) ที่เชื่อมโยงกับกระบวนการบริการขององค์กร และ Standard Protocol เป็นวิธีการปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าที่เป็นมาตรฐานตามบุคลิกของการให้บริการ (Service Characteristic) ขององค์กร ที่สะท้อนถึง แลนด์ และค่านิยมขององค์กร ได้พบว่าถ้าไม่ได้เชื่อมโยงงานบริการเข้ากับการเรียนรู้ และการปันความรู้แล้วพลังของการก้าวสู่ความเป็นเลิศด้านบริการจะด้อยลงไป

ก่อนที่จะกล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการ (Service) กับการเรียนรู้ 4Learn ขออนุญาตทบทวน โมเดล 4Learn สักเล็กน้อยเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง (ท่านสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ในวารสารคน ฉบับที่1/2550 เรื่องการเรียนรู้สู่นวัตกรรมด้วย 4Learn หรือเอกสารประกอบการบรรยาย HA National Forum 2007 “การสร้าง 4Learn ด้วย CoP”)

1. องค์ประกอบหลักของ 4Learn

การต่อยอดจากการเรียนรู้ คือการจัดการความรู้ และการลงมือปฏิบัติสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้องค์กรนั้นมีผลดำเนินการที่เติบโตได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้การขับเคลื่อน สร้างการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว องค์ประกอบของ 4Learn ได้แก่

1. Learn to Learn = Learn how to Learn หรือ LO ที่มีการเรียนรู้ทั้งระบบบุคคล ทีม และองค์กร

2. Learn to Share = Knowledge Management โดยการสร้างจิตวิญญาณในการให้การปันความรู้ และจัดการจัดเก็บองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ

3. Learn to Connect = Social Network โดยการดำเนินการอย่างเป็นระบบที่สร้างบรรยากาศ และเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านเครื่องมือ ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice, CoP) ที่เชื่อมโยง เสริมสร้างพลังการการเรียนรู้ ปันความรู้ร่วมกัน

4. Learn to Innovate = Innovation คือการแปลงวิทยาศาสตร์ หรือความรู้ เป็นนวัตกรรมนั่นเอง

2. เราอยู่จุดใด ในระดับการบริการที่เป็นเลิศ (Level of Service Excellence Maturity)

ทดลองประเมินตนเองว่าระดับของการให้บริการของเราอยู่ระดับไหน จาก 5 ระดับ โดยระดับที่ 1 ต่ำสุด และระดับที่ 5 เป็นระดับสูงที่สุด ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 เปิดให้บริการ - ไม่มีกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน - ไม่มีทิศทาง - ไม่มีเส้นทางการเติบโตในสายอาชีพ - ไม่มีระบบ IT สนับสนุน

ระดับที่ 2 เป็น Service Contact – เป็นสายอาชีพ สามารถการเติบโตได้ - มีการอบรม - ระบบรางวัล - มีการดูแลเรื่องคุณภาพ ต้นทุน ผลិតภาพ – มีกระบวนการและระบบงาน – มีระบบ IT สนับสนุน - มีการวิเคราะห์ ประเมินการให้บริการ - ยังไม่มีการวิเคราะห์ลูกค้าอย่างจริงจัง

ระดับที่ 3 มีการพัฒนากระบวนการบริการอย่างต่อเนื่อง – คิดและบริการโดยมีลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (Customer Center) - เริ่มคิดและดำเนินการแบบ CRM (Customer Relation Management) - เชื่อมโยงระบบงานบริการกับระบบงานอื่น สายงานอื่นๆ ในองค์กร เช่น Sale, Marketing

ระดับที่ 4 มีระบบการบริหารจัดการลูกค้าแบบรวมศูนย์ - ต่อยอดความสามารถบริการเชื่อมโยงสู่การจัดการเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ที่สร้างความสัมพันธ์ ผูกใจระหว่างองค์กร กับ ลูกค้า

ระดับที่ 5 บริการแบบเพื่อคุณ เฉพาะคุณ มีข้อมูลของลูกค้าขณะปฏิสัมพันธ์ มีการเอื้ออำนาจ การตัดสินใจอยู่ที่ Front Line – ในรูปแบบและบุคลิกการบริการที่เป็นเอกลักษณ์ สะท้อนถึง Brand ขององค์กร

เป็นอย่างไรบ้างครับ? เรามั่นใจระดับการบริการที่เป็นเลิศของเราที่เป็นอยู่หรือไม่? เรามีโอกาสในการเรียนรู้และปรับปรุงได้อย่างไร?

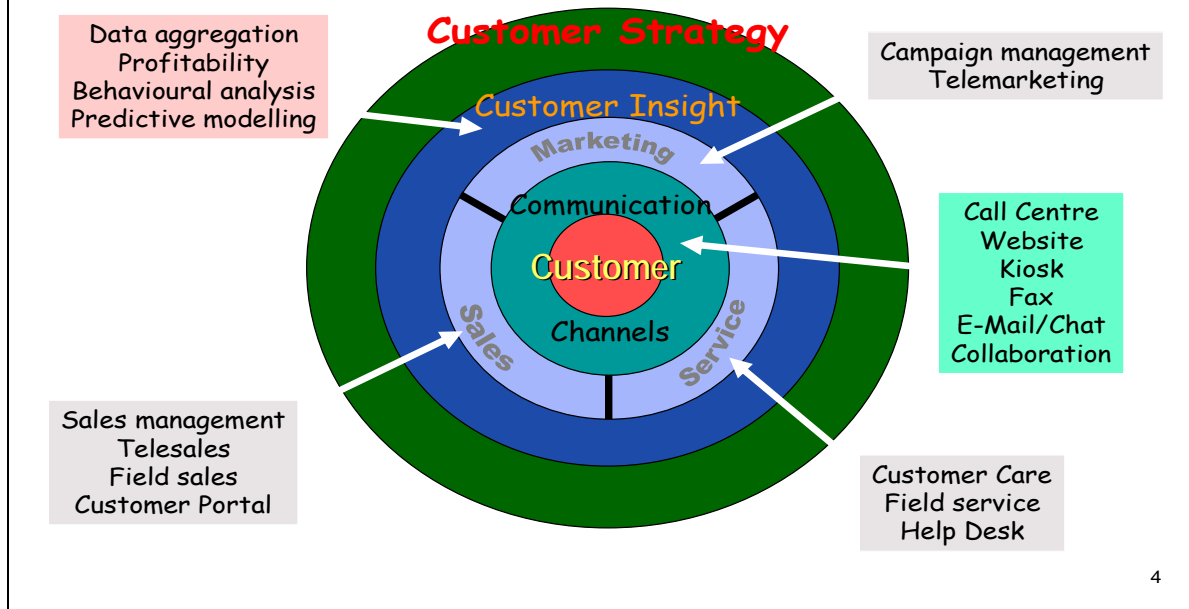
องค์กรบ้านเราที่ดำเนินการบริการส่วนมากระดับของการบริการหากเทียบเคียงกับโมเดลนี้ จะอยู่ในระดับที่ 3 ต้นๆ อย่างไรก็ตาม เราสามารถยกระดับการให้บริการให้สูงขึ้นสู่ระดับที่ 4 และ 5 โดยการประยุกต์ใช้การเรียนรู้ เช่น 4Learn เป็นเครื่องมือเสริมนั่นเอง

3. เริ่มต้นจากทำความเข้าใจ Customer Focus ก่อน

.ในมุมมองของการมุ่งเน้นลูกค้าที่มีลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มีลักษณะการดำเนินการหลักๆ ดังนี้

1. องค์กรมีการกำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นลูกค้าและตลาดอย่างเด่นชัด (Customer Strategy) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการให้บริการร่วมกัน โดยยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
2. เข้าใจความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า (Customer Insight) หรือ Customer Knowledge ที่เป็นความรู้ในการออกแบบ กำหนด ให้บริการให้โดนใจลูกค้า ในแต่ละกลุ่ม

Customer Focus



รูปที่ 1 โมเดลแสดงให้เห็นการดำเนินการที่สะท้อนถึงการมุ่งเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง (Customer Center)

3. จุดที่เราสัมผัสกับลูกค้า (Touch Point) คือ

- Marketing ที่เรารู้หาความต้องการของลูกค้า มากำหนดเป็นบริการที่โดนใจลูกค้า สื่อสารและ โปรโมทสินค้า หรือ บริการ
- Sale ขายบริการ หรือสินค้า ให้กับลูกค้า ผ่านช่องทางการให้บริการหรือจำหน่าย สินค้าที่หลากหลาย
- Service ให้บริการลูกค้า โดยเฉพาะหลังการขาย หรือ After Sale Service ให้เป็นที่ไว้วางใจต่อลูกค้า

4. และมีจุดสัมผัสกับลูกค้าที่ไม่ได้เจอกับแบบ Face-to-Face แต่เป็นจุดสัมผัสที่ผ่านระบบ IT ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบ และ Call Center

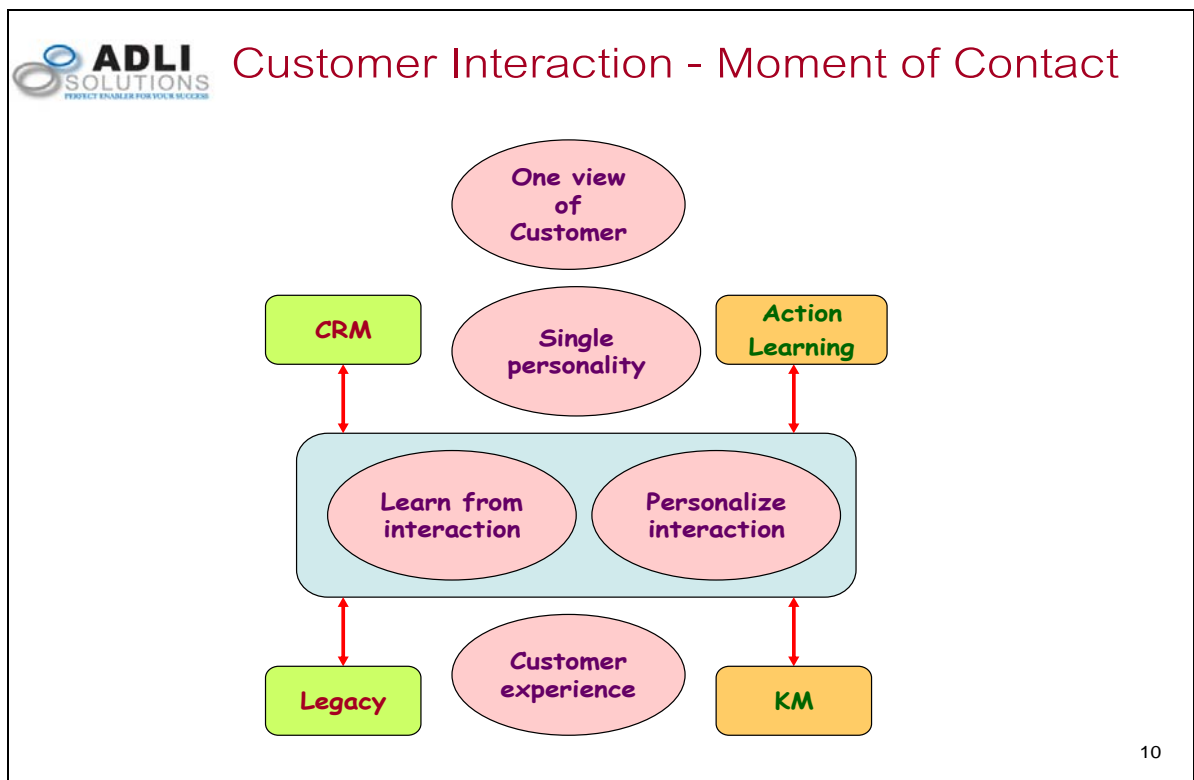
4. การยกระดับการให้บริการ และสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า ด้วย 4Learn

การวางระบบและต่อยอดการบริการสู่ความเป็นเลิศด้วยการเรียนรู้ ต่อยอดความรู้จากลูกค้าด้วย 4Learn โดยมีแนวทางการดำเนินการสรุปได้ตามโมเดลดังรูปที่ 2 ดังนี้

1. One View of Customer – องค์กร และคนในองค์กรต้องมีปรัชญา และมุมมองเกี่ยวกับลูกค้าและตลาดที่เหมือนกัน ว่าความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าในแต่ละกลุ่ม

เช่นพบว่ากลุ่มลูกค้าที่สำคัญ “เป็นวัยเรียน เป็นนักศึกษา เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่” เราต้องดำเนินการหาความต้องการ และความคาดหวังของคนกลุ่มนี้ให้เจอ

2. Single Personality - ที่สะท้อนบุคลิกเฉพาะของเรา ภายใต้การบริการที่เป็นมาตรฐาน ทั้งในรูปแบบของกระบวนการ (Standard Operation Procedure, SoP) และบุคลิกของการให้บริการ (Service Characteristics) ที่สะท้อนถึงค่านิยมการให้บริการ วัฒนธรรมการบริการขององค์กร และภาพลักษณ์ขององค์กร ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของเรา และที่สำคัญต้องตอบสนองตรงต่อบุคลิกของกลุ่มลูกค้าที่สำคัญๆขององค์กรได้ และลูกค้าสามารถรับรู้ และรู้สึกเชิงประสบการณ์ได้



รูปที่ 2 โมเดลการประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบ 4Learn เพื่อยกระดับการให้บริการสู่ความเป็นเลิศ

3. Personalize Interaction - ณ ห้วงเวลาของการให้บริการลูกค้า การรับรู้การส่งมอบการให้บริการที่สามารถสร้างคุณค่า และความประทับใจให้กับลูกค้าได้นั้น จะเกิดจากพื้นฐานสี่อย่างคือ หนึ่ง - ตัวสินค้าหรือบริการที่ดีมีประโยชน์ในตัวของมันเอง สอง - ตัวกระบวนการ และบุคลิกการให้บริการตามมาตรฐานที่สอดแทรกอยู่ในกระบวนการ สาม - การบริการด้วยใจ และสี่ - การให้บริการที่เป็นแบบเฉพาะตัว เหมือนเป็นคนที่เรารู้จัก หรือคนที่เรารัก เป็นการบริการที่มีการปฏิสัมพันธ์แบบ One-to-One

4. Learn from interaction – การที่เราจะสามารถให้บริการลูกค้าแบบ One-to-One เหมือนญาติมิตรหรือคนที่เรารักคุ้นเคยได้นั้น เราต้องมีการเรียนรู้ หาข้อมูลที่สำคัญของลูกค้า

ทำให้เรารู้จักและมีความรู้เกี่ยวกับลูกค้า ที่จะทำให้เราสามารถสร้างความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัว และนำข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า มาใช้ประโยชน์ในการบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้า หรือ Customer Relation Management, CRM

ระบบ CRM โดยทั่วไปจะมีระบบสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า หรือ Customer Profile เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลูกค้า ประวัติลูกค้า และประวัติ พฤติกรรมการทำธุรกรรมระหว่างลูกค้ากับองค์กร

แต่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุปนิสัยและความชอบ และข้อมูลส่วนตัวของลูกค้า ที่ช่วยเสริมให้ งานบริการเป็นกันเองแบบ One-to-One นั้น ระบบ CRM ไม่สามารถดึงข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ ตามปกติได้ เพราะระบบปกติไม่สามารถหาข้อมูลเหล่านั้นได้เอง ดังนั้นข้อมูลดังกล่าวจะสามารถสร้างความแตกต่างระหว่างการบริการของเรากับคู่แข่งได้

ลองนึกถึงร้านกาแฟสมัยก่อน ถ้าแก่จะลูกค้าลูกค้าที่มาซื้อของและมานักทานกาแฟ เกือบทุกคน แต่ในปัจจุบัน ปริมาณลูกค้ามากขึ้น การรู้จักกันแบบเป็นกันเองจะน้อยลง เจ้าหน้าที่บริการจะคุ้นเคยกับลูกค้าเพียงบางส่วนเท่านั้น จะทำอย่างไรให้ความรู้เฉพาะตัว เกี่ยวกับลูกค้าดังกล่าวอยู่คู่องค์กรและมีการจัดการนำไปใช้ประโยชน์ด้าน CRM ที่แตกต่างและ โดดเด่นจากผู้อื่น

5. Customer Experience - การที่เราสามารถเข้าใจ Profile ของลูกค้า ทั้งในส่วนที่เป็นเรื่องความต้องการด้านการบริการ และอุปนิสัย ความชอบส่วนตัวจะช่วยให้ทีมงานบริการ สามารถให้บริการได้โดนใจลูกค้า เกิดความประทับใจ เกิดประสบการณ์ที่ดี และเกิดความผูกพัน อย่างยั่งยืนในที่สุด

5. เรียนรู้ จัดการความรู้ลูกค้า สู่ กิจกรรม CRM

ณ จุดสัมผัส และช่วงเวลาให้บริการ เป็นจังหวะเวลาที่ดีที่สุดในการเรียนรู้ หาข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับลูกค้า ที่เอื้อต่อการให้บริการที่ดีขึ้น เป็นกันเองมากขึ้นในอนาคต โดยใช้หลักการ **Action Learning** เรียนรู้จากการทำงานนั่นเอง ผมได้นำหลักการนี้มาใช้ทั้งในรูปแบบที่เป็น Call Center และ งานบริการ Front Line ได้รับประโยชน์มาก และสามารถเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม เป็นเครือข่ายได้ หรือ Learning Network หรือที่เราเรียกว่าชุมชนนักปฏิบัติ (**Community of Practice, CoP**)

เมื่อเรียนรู้ก็จะมีการจัดเก็บเป็นองค์ความรู้ และจัดการความรู้ หรือ **Knowledge Management, KM** ที่พนักงานบริการสามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปประยุกต์ที่หน้างานได้ทันที

ข้อมูล หรือความรู้เฉพาะตัวเกี่ยวกับลูกค้า นำมาเสริมกับฐานข้อมูล CRM ที่มีอยู่ จะช่วยให้เราสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อดำเนินการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า หรือ CRM และสร้างบริการใหม่ๆ หรือนวัตกรรม (**Innovation**) ให้กับลูกค้าได้อย่างถูกต้องและ โดนใจ และสามารถสร้างความผูกพัน ให้เป็นลูกค้าที่อยากมาใช้บริการกับเราตลอดไป หรือ Life Long Customer

จะเห็นได้ว่าการจัดการด้านบริการเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถสร้างความโดดเด่น แตกต่างจากผู้อื่นได้ เราอาจจะสู้เทคโนโลยีองค์กรอื่นไม่ได้ แต่หากเราใช้การบริการด้วยใจ ด้วยระบบการบริการที่เป็นมาตรฐานที่สะท้อนบุคลิกขององค์กรของเรา และเราประยุกต์ใช้ 4Learn ช่วยในการเรียนรู้จักลูกค้ามากขึ้น เราก็จะสามารถสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า เกิดความผูกพัน และอยู่กับเราตลอดไปแน่นอน

B13: Leadership Style for Living Organization

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 3

พญ.สมสิริ สกลสัตยาทร

รพ.สมิติเวช

องค์กรที่มีชีวิต คืออะไร?

คำตอบ : ความเป็นองค์กรที่มีชีวิต คือ “องค์กรแห่งความเป็น” มีลักษณะของ
ความตื่นตัวและชีวิตชีวา

องค์กรที่มีชีวิต หมายถึง องค์กรที่มีการเติบโตอย่างต่อเนื่องและประกอบด้วย
ความสุขโดยรวมอย่างยั่งยืน

ผู้นำ คือ แกนสำคัญที่เป็นพลังช่วยผลักดันเพื่อสร้างและประสานพลังชีวิตภายใน
องค์กรให้ขับเคลื่อนด้วยแรงศรัทธาและมีหัวใจที่ตั้งมั่น มุ่งสู่จุดหมายในทิศทางเดียวกัน ด้วย
ศักยภาพสูงสุดของทุกชีวิตในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ผู้นำ เป็นเรื่องของสภาวะ มิใช่เรื่องของตำแหน่งหน้าที่หรือคุณลักษณะพิเศษของผู้ใดผู้
หนึ่ง และเป็นสิ่งที่มีใช้พรสวรรค์ แต่เป็นสภาวะที่สร้างขึ้นได้ ด้วยใจที่มุ่งมั่นและมีความกล้าที่จะ
สร้างสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

ผู้นำ เป็นพลังที่เกิดขึ้นจากการบูรณาการของความมุ่งมั่นที่มีเป้าหมายอย่างชัดเจน
พร้อมด้วยการดำเนินการไปสู่ความสำเร็จ ด้วยอาศัยจินตนาการ, การมองการณ์ไกลด้วย
ประสบการณ์, การเรียนรู้และความรอบรู้ในสิ่งทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งตนเองและบุคคล
ทั้งหมดที่อยู่ในองค์กร

เป็นพลังแห่งความอ่อนโยนและคุณธรรมมองเห็นคุณค่าของทุกคนในองค์กร สร้างความ
ไว้วางใจให้เกิดความร่วมมือ เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่น เกิดความซื่อสัตย์และภักดีต่อองค์กร
และมีความพร้อมที่จะยอมรับและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและ
ภายใน

หัวใจสำคัญของความเป็นผู้นำ คือ ผู้นำจะกระทำให้ได้มาซึ่งผลสำเร็จ อันเป็น
ประโยชน์ต่อส่วนรวม ผ่านการทำงานของผู้ที่อยู่ในองค์กรนั้น โดยดึงศักยภาพและยกระดับ
ความสามารถของทุกคนในองค์กรและของตนเอง

สรุปสิ่งที่ผู้นำต้องมี

1. จุดยืนที่มั่นคง แต่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง
2. หัวใจแห่งผู้รับใช้
3. ความเอาใจใส่ สร้างความไว้วางใจ และศรัทธา

B23: Staff Engagement

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

สุจิน กระจ่างศรี	บริษัทเจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน)
ผศ.นพ.ก่องศ์ รุขพันธ์	รพ.สมิติเวช สุขุมวิท
นพ.สุวัฒน์ ธนกรวัฒน์	รพ.เสาไห้
ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิชิตโชค	รพ.จุฬาลงกรณ์

ความผูกพันและภักดีของพนักงานต่อองค์กร (Employee Engagement)

สุจิน กระจ่างศรี

ในทุกองค์กร (Organization) ทั้งที่มีวัตถุประสงค์ที่แสวงหาผลประโยชน์ในการประกอบการ (Commercial Benefits) และที่มีได้ประกอบการเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า (Non-commercial Benefits) เช่น มูลนิธิ หรืองานภาครัฐ ย่อมจะต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยทรัพยากรบุคคล (Human Resource) เป็นปัจจัยมูลฐาน

การสรรหาเพื่อให้ได้มา ตลอดจนการพัฒนาและเก็บรักษาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพสูง ย่อมเป็นความปรารถนาของทุกๆ องค์กรอย่างมีนัยสำคัญ หากกระบวนการ ตลอดจนกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการบุคลากรจบเพียงเท่าที่ได้กล่าว อาจยังมีสามารถสร้างความสำเร็จสูงสุดให้กับองค์กรนั้นๆ หากละเลยในการจัดการให้ได้มาซึ่งผลงานสูงสุด (High Performance) จากสมาชิกมาสู่องค์กร

จากข้อเท็จจริงทางการจัดการดังกล่าว จะพบว่า หากองค์กรใดมีกระบวนการบริหารจัดการให้ได้มาซึ่งผลิตภาพสูงสุด (Supreme Productivity) จากบุคลากร รวมตลอดถึงบุคคลเหล่านั้นทำงานให้กับองค์กรด้วยความทุ่มเท อย่างยาวนาน ย่อมแสดงว่า **บุคลากรมีความผูกพัน - ภักดี (Engagement) กับองค์กร**

ความหมาย

น่าจะหมายถึง ลักษณะพฤติกรรม พฤติการณ์ (ค่านิยม แนวความคิด) ของพนักงานที่แสดงให้เห็นถึงความเสมือนการเป็นเจ้าของ (Ownership) และรักผูกพันต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ต่อบุคคลรอบข้างตน (เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าและผู้ใต้บังคับบัญชาของตน) รวมตลอดจนต่อองค์กรของตน ทั้งในมิติแห่งเหตุผล และมิติด้านความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ (Rational & Emotional Commitment)

ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพัน - ภักดี (Behavior of Engagement)

⇒ มีความมุ่งมั่น ทุ่มเทที่จะสร้างผลสำเร็จให้กับองค์กร

⇒ มีลักษณะทางอารมณ์ในทางที่ดี (Positive Emotion) ต่องานและองค์กร

เสมอ

⇒ ให้ความสำคัญ และรับผิดชอบ ผูกพันต่อความสำเร็จขององค์กร
(Commit to organization success)

⇒ สร้างผลงานเกินจากระดับความคาดหวัง (Achieved beyond expectation)

- นวัตกรรมในผลงาน
- ค่านิยมแห่งการริเริ่ม สร้างสรรค์
- สร้างความเข้าใจและแสดงคุณค่าขององค์กรตนต่อผู้อื่น

หลักสำคัญของการสร้างความผูกพัน - ทัศนคติ (Key major principle of Engagement)

อาจกล่าวได้ว่า ความผูกพัน-ทัศนคติของพนักงาน (Employee Engagement) เป็นผลลัพธ์ จากวงจรแห่งวิวัฒนาการของความพึงพอใจของพนักงาน (Employee Satisfaction) สู่จิตสำนึกแห่ง ความผูกมัด - สัญญาของพนักงาน (Employee Commitment) มาโดยลำดับ

ความพึงพอใจของพนักงาน (Employee Satisfaction) = ความสุขของพนักงาน
(Employees' happiness)

จิตสำนึกลักษณะยึดมั่น-สัญญา (Employee Commitment) = การจูงใจพนักงาน
(Employee motivation)

ความผูกพัน-ทัศนคติของพนักงาน (Employee Engagement) = พนักงานที่มีความสุขในการทำงาน โดยได้รับการจูงใจ และมีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติเพื่อนำความสำเร็จมาสู่ องค์กร

จากรูปแบบแห่งพฤติกรรม (Pattern of Behavior Sequence) ดังกล่าว จึงสามารถ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญต่อการสร้าง Employee Engagement จึงจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Sub structure) ได้แก่ ค่านิยมหลักหรือวัฒนธรรมขององค์กร (Core Corporate Values) คุณธรรมในระบบการบริหารจัดการ (Merit System) ระบบการสื่อสารภายในองค์กร (Internal Communication) ตลอดจน สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Work Environment)

2. **ปัจจัยแปรผัน - ต่อยอด (Super structure)** ได้แก่ บุคคลรอบข้างโดยเฉพาะ หัวหน้างาน (Superior) ระบบการจัดการผลตอบแทน (Compensation System) การให้การยอมรับในผลสำเร็จ (Recognition Program) คุณค่าของงาน (Job value)

องค์กรที่มีความเข้าใจ และตระหนักในความสำคัญต่อทรัพยากรบุคคล ตลอดจนเห็นคุณค่าของการสร้าง Engagement ย่อมกำหนดนโยบาย ตลอดจนกระบวนการในการสร้างความสอดคล้องระหว่างความต้องการ และการตอบสนองต่อความต้องการ (How to serve needs) ทั้ง **Intrinsic and Extrinsic Factors** อย่างจริงจัง

ผลสำเร็จในการสร้างและพัฒนาให้ได้มาซึ่ง Employee Engagement ส่วนหนึ่งย่อมมาจากการพิจารณาแยกมิติ ระหว่างกลุ่มบุคคลส่วนใหญ่ทั่วไป กับกลุ่มบุคคลที่เป็น Key Human Resource อย่างถูกต้องตามตรรก และลำดับชั้นในความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การสร้างและพัฒนาความผูกพัน-ภักดี ต้องดำเนินไปควบคู่กับ การลดและกำจัดมูลเหตุแห่งความเฟิกเฉย ตลอดจนความเกลียดชัง (Engage and Disengage Management) ที่พนักงานมีต่อองค์กร

เรื่องเล่าจากชอยทองหล่อ

ผศ.นพ. ก่อพงศ์ รุกขพันธ์ (รพ.สมิติเวช สุขุมวิท)

ภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้แพร่ระบาดจากซีกโลกตะวันตกมาใกล้ตัวมากขึ้น ความจงรักภักดีของพนักงานโดยเฉพาะคนเจนเอเรชั่นใหม่ ลดน้อยถอยลง แล้วการที่องค์กรจะอยู่ได้ในอนาคตโดยถือบุคลากรเป็นสินทรัพย์นั้น จะดำรงอยู่ได้อย่างไร

โรงพยาบาลเอกชน มิเพียงต้องแข่งขันในเรื่องขีดความสามารถและศักยภาพทางการแพทย์ แต่ในปัจจุบันเริ่มมีการย้ายไปมา มิเพียงในโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันแต่หากยังเริ่มมีการไหลกลับสู่ ภาครัฐบาลโดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์

โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทตระหนักในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลอนความยั่งยืนขององค์กรของเรา ตลอดหลายปีที่ผ่านมาผู้บริหารระดับสูง ได้แปลงกลยุทธ์สู่ภาคปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญไปที่ผู้จัดการแผนก – ฝ่าย ซึ่งเป็นผู้ที่สัมผัสกับพนักงานส่วนใหญ่ขององค์กรโดยตรง เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในองค์กร ความเชื่อมั่นและเป็นทีมมุ่งสู่เป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ การมองเห็นคุณค่าของเขาเหล่านั้นต่อองค์กรทั้งในปัจจุบันและความ ก้าวหน้าในอนาคต สถานที่และบรรยากาศในที่ทำงานเป็นสิ่งที่เอื้อให้เกิดความสุขเสมือนหนึ่งเป็นบ้านหลังที่สองที่มาอยู่แล้วต้องมีความสุข หากมีข้อข้องใจ อีดิอัด เราก้ยังได้สร้างช่องทางสำหรับทุกๆ คนที่จะสามารถเข้าถึงผู้บริหารระดับสูงได้

เรื่องเล่าจากซอยทองหล่อมีประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ทำมาและหาโอกาสและคำแนะนำจาก “เพื่อน” ที่ร่วมชะตาเดียวกัน แม้ในความพยายามดังกล่าวได้ทยอยออกมาเป็นรูปธรรม แต่หากยังคงต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกันไปขององค์กรในแต่ละช่วงเวลาโดยมุ่งเน้นการสร้างความสำเร็จระหว่างพนักงานทุกระดับและร่วมกันธำรงค่านิยมที่ดีขององค์กรสืบต่อไป

ความผูกพันของเจ้าพนักงาน (ต่อองค์กร)

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์

การพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งทรัพยากร เทคโนโลยี ระบบงาน โอกาส และความสามารถในการแข่งขัน แต่ปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งคือการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งถือเป็นขุมกำลังหลักสำหรับการขับเคลื่อนองค์กร ดังนั้นหากเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร จะทำให้ทราบถึงธรรมชาติและความต้องการ ตลอดจนสนองตอบความต้องการเหล่านั้นได้ โดยแนวทางหนึ่งคือ การสร้างความพึงพอใจในการทำงานในระดับต่างๆ ที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการสร้าง ความพึงพอใจในการทำงานนั้นสัมฤทธิ์ผลได้ระดับหนึ่งเท่านั้น เพราะความพึงพอใจเป็นเพียงความรู้สึกหนึ่งที่ไม่ถาวรและแปรปรวนง่ายตามสภาพความต้องการ ทำให้ยังไม่อาจที่จะแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรได้ทั้งหมด จึงเกิดแนวคิดหนึ่งที่ว่า จะสามารถทำนายถึงประสิทธิภาพขององค์กรได้ดียิ่งกว่านั้นคือ “Staff Engagement” (ความผูกพันของเจ้าพนักงาน)

ความหมาย

Staff Engagement (ความผูกพันของเจ้าพนักงาน) เป็นความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่ดีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร ร่วมใจในการรักษาสมาชิกภาพให้อยู่ในองค์กรต่อไป มีความสัมพันธ์ผูกพันกับองค์กรอย่างเหนียวแน่น บุคคลพร้อมและเต็มใจที่จะอุทิศตัวเองเพื่อสร้างสรรค์งานปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเต็มกำลัง เพื่อองค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมีพฤติกรรม 3 ลักษณะ

- 1) การอยู่ (Stay) คือความปรารถนาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร แม้ที่อื่นจะให้ผลประโยชน์ที่ดีกว่า
- 2) การพูด (Say) คือการกล่าวถึงองค์กรในทางที่ดีให้แก่บุคคลอื่นได้ฟัง
- 3) การรับใช้ (Serve) คือ ภูมิใจในงานที่ทำว่าเป็นส่วนสนับสนุนในความสำเร็จขององค์กร

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน เช่น ลักษณะส่วนบุคคล, ค่าตอบแทน, ภาวะผู้นำ, คุณภาพชีวิต, คุณค่าและความรับผิดชอบ, ความศรัทธาในงาน, ความพึงพอใจในงาน, ความเสมอภาค, ความรู้สึกว่าหน่วยงานมีชื่อเสียง, ความปลอดภัยในองค์กร, สิ่งแวดล้อมในองค์กร,

สัมพันธภาพผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน, การยอมรับความคิดเห็น, การสื่อสาร, การไว้วางใจกัน, ความก้าวหน้าในสายอาชีพ, การเรียนรู้และพัฒนา, โอกาสที่ได้รับ, การตั้งใจจะลาออก, อุดมการณ์, สวัสดิการ, การดูแลเอาใจใส่, ความท้าทาย, ความเครียดของงาน, ความยุติธรรม, ระบบประเมินผล, การเข้าใจวิสัยทัศน์ เป้าหมายของงาน เป็นต้น

เรื่องความผูกพันของพนักงานนี้ หากองค์กรพยายามหาแนวทางเสริมสร้างให้พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวพนักงานและองค์กร กล่าวคือ พนักงานจะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน มีความสุขในการทำงาน ส่วนประโยชน์ต่อองค์กรก็จะมีมากขึ้น บริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และมั่นคง

B33 : ระบบการบริหารจัดการคนเก่ง (Talent Management)

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 3

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา มหาวิทยาลัยมหิดล
อริยา ธัญญ์พีช

Talent Management หรือ ระบบการบริหารจัดการคนเก่ง เป็นเครื่องมือทางการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างหนึ่ง ที่ในปัจจุบันองค์กรจำนวนมากกำลังให้ความสนใจกับการบริหารจัดการคนเก่งที่มีอยู่ในองค์กร หากจะกำหนดนิยามของ Talent Management ก็อาจกล่าวได้ว่า Talent Management หมายถึงกระบวนการวิเคราะห์และวางแผนที่มีความสอดคล้องกันในการหาแหล่งที่มา (Sourcing) กลั่นกรอง (Screening) การคัดเลือก (Selection) การนำไปใช้ (Deployment) การพัฒนา (Development) และการทำให้คงอยู่ (Retention) ของทรัพยากรบุคคลที่มีศักยภาพสูงและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

หากจะพิจารณาถึง “คนเก่ง” ก็อาจกล่าวได้ว่า “คนเก่ง” ที่พูดถึง ต้องเป็น “คนเก่ง” แบบที่องค์กรต้องการ ซึ่งอาจมีลักษณะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับลักษณะธุรกิจ แผนกลยุทธ์ ทิศทางความเชื่อ ค่านิยม (Value) และ/หรือ วัฒนธรรมขององค์กร (Organization Culture) ลักษณะร่วมของ “คนเก่ง” คือต้องเป็นคนที่ใฝ่รู้ ชอบคิดใหม่ทำใหม่ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล กล้าตัดสินใจ กล้าเสี่ยง กล้าคิด กล้าทำ กล้าพูด กล้าเปลี่ยนแปลง

นอกเหนือจากลักษณะของ “คนเก่ง” ที่ควรต้องตรงตามความต้องการขององค์กรแล้ว การจะประเมินว่า ใคร – เก่ง สามารถพิจารณาได้จากการทำงานโดยกระบวนการประเมินผล การปฏิบัติงาน ซึ่งต้องมีการกำหนดดัชนีชี้วัดผลการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และสามารถวัดได้ “คนเก่ง” จะต้องเป็นคนที่ High Performance และ High Potential โดยดูได้จากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

- คุณสมบัติเชิงบุคคล (Personal Characteristic) ซึ่งต้องสอดคล้องกับค่านิยม หรือ วัฒนธรรมขององค์กร
- คุณสมบัติในการบริหาร (Business Capability) ทั้งในเรื่องของงาน คน และระบบ
- คุณสมบัติในการที่สามารถเป็นผู้นำที่องค์กรอยากได้ (Leadership Capability)

“คนเก่ง” จะสร้างอย่างไร และจะบริหาร “คนเก่ง”อย่างไร

1. สร้างต้นแบบ “คนเก่ง”

ก่อนการสร้าง “คนเก่ง” องค์กรต้องกำหนดต้นแบบ “คนเก่ง” ก่อน เมื่อมีต้นแบบคนเก่งแล้ว จึงมาพิจารณาว่าจะสร้างคนเก่ง จาก “จุดเริ่มต้น” หรือจาก “บุคลากรเดิมที่มีอยู่” หากจะสร้างคนเก่งจากจุดเริ่มต้น ผู้สร้างต้องใช้จินตนาการหรือความคาดหวัง สร้างต้นแบบคนเก่งที่

จะประสบความสำเร็จในการทำงาน โดยอาศัยจากตัวอย่างขององค์กรอื่นและปรับต้นแบบที่สร้างให้สอดคล้องหรือเข้ากับค่านิยมและวัฒนธรรมขององค์กร ทั้งนี้เมื่อได้ต้นแบบ “คนเก่ง” แล้ว ต้องได้รับการรับรองหรือการยอมรับจากผู้บริหารก่อนที่จะนำต้นแบบไปใช้งานจริงได้

แต่หากจะสร้างต้นแบบ “คนเก่ง” จากบุคลากรเดิมที่มีอยู่จะต้องประเมินและกำหนดลักษณะการทำงานที่เป็น Superior Performance ของต้นแบบ “คนเก่ง” พร้อมทั้งระบุ Underlying Competency ของต้นแบบ “คนเก่ง” แทรกคุณสมบัติที่จำเป็นเพิ่มเติม และกำหนดเป็นต้นแบบ “คนเก่ง” ก่อนนำไปใช้งานจริงในองค์กร

2. ระบุ “คนเก่ง” ขององค์กร เริ่มจากการกำหนดเป้าหมายขององค์กรและหน่วยงาน ซึ่งอาจแตกต่างกันไปแต่ละช่วงเวลา นอกจากนี้องค์กรยังต้องกำหนดลักษณะที่ไม่พึงประสงค์หรือสิ่งที่องค์กรไม่ต้องการไว้ด้วย การค้นหา “คนเก่ง” ประเมินได้จากผลการปฏิบัติงาน ศักยภาพของบุคคล ซึ่งเมื่อประเมินแล้วสิ่งที่จะได้ตามมาก็คือสิ่งที่บุคลากรยังขาดเพื่อนำมาพัฒนาบุคลากรต่อไปได้

3. พัฒนาฝึกอบรม “คนเก่ง” เมื่อประเมินผลการปฏิบัติงาน พบสิ่งที่ยังขาด สิ่งที่ยังคงต้องปรับปรุงและพัฒนา เป็นหน้าที่ขององค์กรที่ต้องเติมเต็มช่องว่างของขีดความสามารถของ “คนเก่ง” เพื่อให้ “คนเก่ง” สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. การให้ค่าตอบแทนและการให้รางวัล “คนเก่ง” ควรออกแบบให้มีความแตกต่างและมีความยุติธรรมสำหรับกลุ่ม “คนเก่ง” ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญกับองค์กร และสร้างคุณค่าให้องค์กรมากกว่าบุคลากรทั่วไป การให้รางวัลควรครอบคลุมทั้งการเป็นที่ยอมรับ (Recognition) และการได้สิทธิประโยชน์ (Incentive)

5. การรักษา “คนเก่ง” ให้อยู่กับองค์กร การรักษาคนเก่งให้อยู่กับองค์กร มีความจรรงกักดีและยึดมั่นต่อองค์กร เป็นเรื่องยากยิ่งกว่าการรักษาบุคลากรทั่วไป สิ่งสำคัญที่ต้องระวัง และเข้าใจคือ อะไรคือสิ่งจูงใจให้ “คนเก่ง” อยู่กับองค์กร

อย่างไรก็ตามการที่องค์กรจะสามารถเติบโตก้าวหน้าท่ามกลางการแข่งขัน จำต้องมีกระบวนการและกลไกที่สร้าง “คนเก่ง” อย่างต่อเนื่อง และคง “คนเก่ง” ให้อยู่ในองค์กรนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ กระบวนการและกลไกต่างๆ เรียกว่า Talent Pipeline ซึ่งประกอบด้วย HR Management Activities ที่ถูกออกแบบมาเพื่อกลุ่ม “คนเก่ง”

ในระบบการบริหารจัดการ “คนเก่ง” สิ่งที่องค์กรต้องให้ความสำคัญและพึงระวัง ได้แก่

- การที่องค์กรจะสามารถดำเนินการบริหารจัดการ “คนเก่ง” (Talent Management) ได้ ผู้บริหารระดับสูงต้องเห็นความสำคัญ (Buy in) สนับสนุนและผลักดันอย่างจริงจัง

- การบริหารจัดการ “คนเก่ง” (Talent Management) เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง (Talent Pipeline) และมีการทบทวนปัจจัยต่างๆ เป็นระยะๆ
- การออกแบบ Human Resource Management Activities ของ “คนเก่ง” มักต้องพิจารณาออกแบบให้ต่างจากบุคลากรอื่น
- การออกแบบ ต้นแบบ “คนเก่ง” (Talent Block/Template) ต้องสอดคล้องกับ จุดประสงค์/เป้าหมายขององค์กร เพื่อให้ได้ “คนเก่ง” ที่องค์กรต้องการ
- การระบุและค้นหา “คนเก่ง” ต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ “คนเก่ง” ที่แท้จริง
- คุณสมบัติของ “คนเก่ง” ต้องมีการทบทวนเป็นระยะๆ เนื่องจากสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงเร็ว “คนเก่ง” จึงต้องเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแผนกลยุทธ์ที่เปลี่ยนไป
- ผู้บริหารต้องสื่อสารให้บุคลากรขององค์กร เข้าใจในหลักการบริหารจัดการ “คนเก่ง” (Talent Management) เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาระหว่าง “คนเก่ง” และบุคลากรอื่น (Talent & Non-talent)
- บุคลากรในองค์กรที่ไม่ใช่ “คนเก่ง” ต้องมีโอกาสได้รับการพัฒนาเช่นกัน เพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ถึงความสำคัญขององค์กรกับบุคลากร
- การพัฒนา “คนเก่ง” ต้องครอบคลุมมิติด้านคุณธรรมและจริยธรรม เพื่อให้เกิด “คนเก่งที่เป็นคนดี”

อย่างไรก็ตาม เมื่อองค์กรมี “คนเก่ง” ก็ต้องพยายามรักษาและบริหารจัดการ “คนเก่ง” ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพสูงสุด

B43 : การพัฒนาองค์กรที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่อง “ประสบการณ์ของรามาริบัติ”

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 3

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

บทนำ รามาริบัติ : องค์กรที่มีชีวิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นคณะแพทย์ที่ก่อตั้งเป็นลำดับ ๔ ของประเทศ มีจุดมุ่งหมายในการสร้างรากฐานความรู้ทางการแพทย์และพยาบาล (Knowledge-based medicine and care) โดยมีลักษณะพิเศษที่ผลิตบัณฑิตสาขาแพทยศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ในคณะเดียวกัน และมีการเรียนวิทยาศาสตร์พื้นฐานและปรีคลินิกที่คณะวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นแนวคิดซึ่งแตกต่างไปจากแนวคิดของโรงเรียนแพทย์เดิม

อีกทั้งในขณะนั้นมีการรับอาจารย์ที่กำลังกระตือรือร้นและความหลากหลายจากหลายสถาบันทั้งจากในและต่างประเทศ เป็นต้นทุนทางด้านทรัพยากรบุคคล ทำให้คณะฯ มีการปรับเปลี่ยนองค์กรตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วตลอดมา และเกิดนวัตกรรมทางความคิดเป็นระยะ ๆ เช่น การวางพื้นฐานด้านเวชศาสตร์ชุมชนจนศิษย์ของรามาริบัติเป็นส่วนหนึ่งของความริเริ่มปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขของประเทศ

ความพยายามจะเป็นองค์กรในกำกับของรัฐตั้งแต่ 30 ปีที่แล้ว แม้จะไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากยังไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมในขณะนั้น ก็นำมาสู่ความคิดที่จะปรับระบบราชการให้คล่องตัวยิ่งขึ้น เช่น การผลักดันระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยใช้ใบเสร็จของโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นแห่งแรกนำไปสู่การนำ DRG เข้ามาใช้พร้อมทั้งฐานข้อมูลทางการคลัง เพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การเปิดคลินิกนอกเวลาราชการเป็นแห่งแรก ริเริ่มระบบ Outsource ทางบริการทางคลินิกตั้งแต่การสลายนิ้ว การใช้ Excimer laser ของตา การบริหารจัดการ Hemodialysis Unit และ AIMC ในแนวเอกชน การใช้ Public-Privated Mix กับโรงพยาบาลพญาไท 2

ด้านการพยาบาลมีศาสตราจารย์ทางการแพทย์คนแรกที่รามาริบัติ มีนวัตกรรมทางด้านประสานความรู้กับการปฏิบัติของฝ่ายพยาบาลเกิดเป็นระบบ Advanced practice nurse สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังเป็นต้นแบบแก่สภายพยาบาล มีระบบเจ้าของไข้ของพยาบาล

มีการประดิษฐ์เครื่องมือช่วยเหลือการรักษาพยาบาลจากประสบการณ์มากมาย และมีการลดขั้นตอนการทำงานของการรักษาพยาบาล มีโครงการ short stay service เป็นแห่งแรก มีการพัฒนาโครงการ AMI fast track และ Stroke fast track จนได้รางวัลระดับชาติ

ด้านสิ่งแวดล้อม แม้พื้นที่ของโรงพยาบาลรามาริบัติจะมีจำกัดก็ยังคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างโรงกำจัดน้ำเสีย เอน้ำที่บำบัดแล้วมาใช้งานรดต้นไม้ มีการเพิ่มพื้นที่โดยการแลกเปลี่ยนที่ดินกับกรมประชาสัมพันธ์ จัดเป็นศูนย์กีฬาและนันทนาการให้มีทีมงานมืออาชีพ

เข้ามาบริหาร ทำให้บุคลากรมีการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ หลากหลาย เช่น โยคะ aerobic ไทย พุทธธรรม เดินรำ วาดภาพ ถ่ายภาพ รำวงมาตรฐาน ดนตรีไทย (มีวงดนตรีเอง)

งานวิจัยของรามาริบัตินอกจากจะเน้นเชิงลึก ยังมีการขยายผลทางด้านชี้นำสังคมอีก จำนวนมาก เช่น การณรงค์ดสูบบุหรี่ อันตรายจากภัยจราจร ความปลอดภัยในเด็ก พฤติกรรม เสี่ยงของวัยรุ่น ความรุนแรงในครอบครัว Hemophilia พิษวิทยา การปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นโครงการที่ริเริ่มจากการนำปัญหาของผู้ป่วยและประเทศ มาทำเชื่อมโยงพันธกิจการ บริการกับการวิจัยและการศึกษา เพื่อป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพและชี้นำเป็นนโยบาย ระดับชาติทั้งสิ้น

Management of Living Organization

การเกิดผลงานนวัตกรรมที่ต่อเนื่องของรามาริบัติไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ เมื่อทบทวน แล้วจะเห็นว่าเกิดจากการมีผู้นำที่ทันสมัย มีความคิดกว้างไกล ตั้งแต่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ อารี วัลยะเสวี ที่เป็นคนบดคนแรกมาจนถึงศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิณ ในปัจจุบันล้วนเป็นผู้ที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ความปลอดภัย การสร้างเสริมคุณภาพ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และวิถีคิดการบริหาร ผู้นำของรามาริบัติเป็นที่ยอมรับของสังคมทั้งทางวิชาการ ความโปร่งใส ความคิดก้าวหน้า ทำให้บุคลากรโดยรวมสามารถสร้างนวัตกรรม เกิดความเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงองค์กร ทนต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมภายนอก มีชีวิตชีวาในการทำงาน โดยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. ในเชิงนโยบาย (Approach) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ โดยบูรณาการพันธกิจทั้ง 5 ด้าน เชื่อมโยงกันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เป็นองค์ความรู้ในทุกด้าน คณะฯ กำหนดค่านิยมหรือ ลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรของรามาริบัติ คือ “มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่ คุณภาพ” เพื่อให้ นำพาคณะฯ สู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
2. ในการถ่ายทอดพันธกิจวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ (Deployment) ได้สื่อสารเป็นลำดับขั้น และกำหนดค่านิยมเป็น core competency ในการประเมินผลบุคลากร แบบ E3 Goal (Engage Every Employee) ด้วย พร้อมทั้งดำเนินการต่อไปนี้
 - สนับสนุนส่งเสริมการสร้างผลงานในทุกด้านเพื่อนำไปสู่ความภาคภูมิใจใน ภาพลักษณ์องค์กร
 - สร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วม ขณะเดียวกันให้คุณค่าใน ความแตกต่างและความหลากหลายทางความคิด จึงทำให้บุคลากรมีความคิด สร้างสรรค์และกล้าแสดงออก กล้าคิด กล้าทำ มีภาวะผู้นำและนวัตกรรมทั้งในเชิง ความคิดและสิ่งประดิษฐ์
 - ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับได้มีการพัฒนาก้าวหน้าในสายงาน และ หน้าที่การงาน

- สร้างแรงจูงใจ เพิ่มค่าตอบแทน บางสายงานเทียบเท่าเอกชน
 - ยกย่อง ชมเชย ให้รางวัลและประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นและได้รับรางวัลต่างๆ
 - สร้างระบบประเมินที่ยุติธรรม โปร่งใส เพื่อให้มีความมั่นใจและมุ่งมั่นในหน้าที่การงาน
 - มีสวัสดิการที่ดี รวมทั้งสวัสดิการการรักษาพยาบาลทั้งตนเองและครอบครัว
 - มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากร โดยมีการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี พัฒนางาน อาชีวอนามัยให้มีความปลอดภัยในการทำงาน มีศูนย์กีฬาและผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเชิงรุก มีกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมจิตอาสา
 - ส่งเสริมการออมทรัพย์ โดยมีโครงการออมทรัพย์เพิ่มพูน เกื้อกูลโดยชาวรามาริบัติกันเอง
3. การเรียนรู้และการบูรณาการ (Learning and Integration) ประเมินผลการเป็นองค์กรที่มีชีวิต โดยมีตัวชี้วัด “องค์กรเติบโตใหญ่ ผู้รับพอใจ ผู้ให้มีความสุข” ที่มีแนวโน้มดีขึ้นจนเป็นวัฒนธรรมองค์กร
- องค์กรเติบโตใหญ่ : มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น รายรับสูงขึ้น มีนวัตกรรมมากมาย รวมทั้งผลงานด้านชี้นำนโยบายระดับชาติ ผลลัพธ์มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกพันธกิจ
 - ผู้รับพอใจ : ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และนักศึกษาดีขึ้น
 - ผู้ให้มีความสุข : บุคลากรทุกระดับมีความพึงพอใจ มีอัตราการคงอยู่สูง และ turnover rate ต่ำ และที่สำคัญมีความสุขในการทำงานโดยยึดผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง

C13 : Strategic Advantage & Organizational Core Competency

14 มีนาคม 2551 เวลา 0830 - 1000 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษะพีติกุล บ.ADLI

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ 1 หมวดที่ 2.1 กล่าวถึงเรื่องความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และหมวดที่ 6.1 กล่าวถึงความถนัดขององค์กร (Core Competency) ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากมาตรฐานฉบับเดิม

หากจะแบ่งการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กรในปัจจุบัน พบว่ามีแนวคิดหลักๆ อยู่ 3 ประการ แนวคิดที่ 1 ได้แก่ การวางแผนกลยุทธ์ โดยมองจากภายนอกเข้าหาภายใน ซึ่งจะมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยรอบด้านที่ส่งผลกระทบต่อองค์กร ศึกษาคู่แข่งเพื่อค้นหาความได้เปรียบเชิงแข่งขัน นำมากำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อตอบสนอง ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลอย่างมากจาก Porter ดังจะเห็นได้จากการใช้ 5-forces Analysis เพื่อวิเคราะห์ความท้าทาย การวิเคราะห์คู่แข่งโดยใช้ Porter's Competitor Analysis เพื่อหา Competitive Advantage อย่างแพร่หลาย แนวคิดที่ 2 เน้นการวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อหาความถนัดที่ตนเองมี (Core Competency) และสร้างความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองต่อโอกาสทางธุรกิจ แนวคิดนี้เรียกว่า Resource Based View แนวคิดที่ 3 เป็นแนวคิดเรื่องการสร้างนวัตกรรมเชิงกลยุทธ์ หรือการตลาด โดยพยายามค้นหาตลาดหรือโอกาสใหม่ๆ ที่ไม่มีใครนึกถึงมาก่อน ได้แก่แนวคิดเรื่อง Blue Ocean และ Disruption

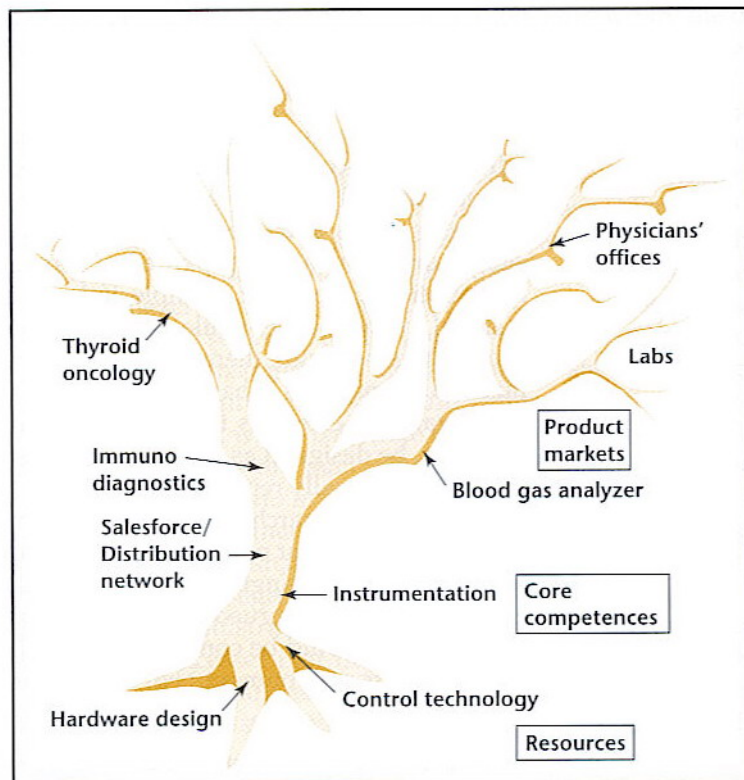
ที่มาของแนวคิดเรื่อง Resource Based View เกิดจากการที่ศึกษาพบว่าหลายองค์กร ประสบความสำเร็จ หรือบางครั้งล้มเหลว เนื่องจากพยายามขยายตัว (Diversify) เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายภายนอก หรือโอกาสใหม่ๆ ภายนอก โดยลืมนิยามทรัพยากรและความถนัดขององค์กร ทำให้แทนที่จะประสบความสำเร็จ กลับล้มเหลวในที่สุด

พื้นฐานหลักของ Resource Based View มีความคิดว่า ทรัพยากรขององค์กร (Resource) และขีดความสามารถ (Capability) เป็นรากฐานของความถนัดขององค์กร (Core Competency) และความถนัดขององค์กรนี้ หากมีความโดดเด่นมาก เป็นสิ่งที่คู่แข่งไม่มี หรือเลียนแบบยาก จะกลายเป็นความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ดังรูป



ตามแนวคิดของ Resource Based View องค์กรควรค้นหาหรือพัฒนาความถนัดของ องค์กรจากทรัพยากรและขีดความสามารถในการใช้ทรัพยากร และจัดกระบวนการของตนเองให้ สามารถใช้ความถนัดที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อส่งเสริมความสำเร็จขององค์กรในการวางกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองโอกาสทางธุรกิจหรือทะลุทะลวงเข้าสู่ตลาดต่างๆ ดังรูป

FIGURE 6.2
Core Competence Tree for Ciba-Corning Diagnostics



⁶C.K. Prahalad and Gary Hamel, "The Core Competence of the Corporation," *Harvard Business Review* 68, No. 3 (May-June 1990), pp. 79-91.

อย่างไรก็ตาม ภายใต้เกณฑ์มาตรฐาน HA ฉบับล่าสุด ซึ่งพัฒนาจากเกณฑ์รางวัล
คุณภาพแห่งชาติปี 2007 ให้ความสำคัญของการรักษาสมดุลระหว่าง

1. ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ซึ่งแน่นอนว่าองค์กรควรมีการค้นหาจุดแข็งจุดอ่อนของ
ตนเอง (SWOT) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ (PESTEL ANALYSIS) การวิเคราะห์
แรงกดดันทั้ง 5 ที่มีต่อองค์กร (5-forces Analysis) การวิเคราะห์คู่แข่งและสถานการณ์การ
แข่งขัน เป็นต้น

2. ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ซึ่งมีพื้นฐานจากความถนัดขององค์กร และเป็นสิ่งที่คู่แข่ง
ไม่มี หรือเลียนแบบได้ยาก และ

3. โอกาสทางด้านนวัตกรรม อาทิ เทคโนโลยี หรือตลาดใหม่ๆ โอกาสทางธุรกิจใหม่ๆ
 เป็นต้น

ซึ่งทั้ง 3 ประการนี้จะเป็จุดตั้งต้นของการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุประสงค์
กลยุทธ์ที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยทั้งสามด้านอย่างครบถ้วนและสมดุล เพื่อมุ่งสร้าง
ความสำเร็จที่ยั่งยืนขององค์กรนั่นเอง

C23 : Flexibility & Agility (ความยืดหยุ่นและความคล่องตัว)

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์	รพ.เสวให้
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ปิติพันธ์ เทพปติมากร	การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย
ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์

องค์การในศตวรรษที่ 21 เป็นองค์การที่ต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้รวดเร็ว ถูกต้อง สร้างความพึงพอใจและสร้างความผูกพันกับองค์การ ระบบที่ใช้การควบคุมและระบบที่มีลำดับชั้นในการตัดสินใจมากจึงเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองดังกล่าว หลายๆ องค์การจึงมีการปรับเปลี่ยนลักษณะองค์การจาก Mechanic Organization (องค์การที่เสมือนเครื่องจักร) ไปเป็น Organic (Living) Organization (องค์การที่มีชีวิต) ซึ่งองค์การที่มีชีวิตมีลักษณะดังนี้

1. งานถูกกำหนดในลักษณะภารกิจทั่วไป ไม่ต้องมีความรู้ ความชำนาญ ความสามารถเฉพาะด้านจนมากเกินไป (ทำงานทดแทนได้)
2. ลักษณะงานถูกกำหนดโดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (Participation)
3. อำนาจหน้าที่, การควบคุม และการติดต่อสื่อสารเป็นเครือข่าย (Network)
4. การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ความเชี่ยวชาญของพนักงานแต่ละคน (Empowerment)
5. การติดต่อสื่อสาร มีทั้งแนวตั้ง และแนวนอน (Communication)
6. เน้นพันธสัญญาต่อเป้าหมายขององค์การ (Commitment)
7. เน้นความหลากหลายและความคิดสร้างสรรค์ (Diversity & Creativity)

ซึ่งการปรับเปลี่ยนดังกล่าว ต้องมีพื้นฐานค่านิยมที่มีความยืดหยุ่นและมีความคล่องตัวสูง องค์การจึงมีชีวิตได้แบบดังกล่าวได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดความยืดหยุ่นและความคล่องตัว จึงต้องเข้าใจธรรมชาติของความยืดหยุ่น ความคล่องตัว ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล จนถึงการปรับเปลี่ยนองค์การให้สอดคล้องกัน

● ในระดับปัจเจกบุคคล แบ่งเป็น

ฐานกาย: ต้องฝึกฝน ออกกำลังกาย ทำทางต่างๆ จนชำนาญ ฝึกจนเข้าใจอย่างลึกซึ้งว่า กาย ทำงานอย่างไร เห็นการเชื่อมโยงระดับร่างกาย และเมื่อร่างกายแข็งแรง จะเกิดความคล่องตัวเกิดความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิต

ฐานใจ: ต้องฝึกฝนการปล่อยวาง ลดทิฐิ ให้อภัย ทำใจกลางๆ ไม่ยึดติด ทำสมาธิ การฝึกเช่นนี้จะทำให้ใจเปิดกว้าง โปร่งสบาย จนเกิดความยืดหยุ่น ความคล่องตัว

ฐานความคิด: ต้องฝึกความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง ฝึกความคิดสร้างสรรค์บ่อยๆ ไม่ยึดติด คำตอบไม่ได้มีคำตอบเดียว, วิธีการไม่ได้มีวิธีเดียว ซึ่งจะส่งผลให้เกิด “นวัตกรรม” (Innovation) ต่างๆ มากมาย

- ในระดับองค์กร แบ่งเป็น

โครงสร้างองค์กร: Flat Organization เพื่อลดลำดับในการทำงาน

ภาวะผู้นำ: ปรับเปลี่ยนท่าทีที่เป็น Flexibility > Control

ระบบการบริหารงาน: เน้นการกระจายอำนาจ, การมีส่วนร่วม, การสื่อสาร 2 ทาง, เน้นเป้าหมายมากกว่าวิธีการ (ไม่ยึดติด)

จากการปรับเปลี่ยนใน 2 ระดับ ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร จะส่งผลให้เกิดความยืดหยุ่น และความคล่องตัวในองค์กร

นพ.สมยศ ศรีจารัญญ

การบริหารองค์กรให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวเป็นบทบาทหนึ่ง que ผู้บริหารควรรให้ ความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรที่มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวสูง จะสามารถรับมือกับการ เปลี่ยนแปลงของโลกภายนอกได้อย่างรวดเร็ว และบุคลากรภายในองค์กรสามารถทำงานได้ อย่างราบรื่น ไม่ติดกับกฎระเบียบหรือโครงสร้างที่ซ้ำซ้อน ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรมีการกระจาย อำนาจในการขับเคลื่อนองค์กรให้กับบุคลากรในระดับต่างๆ เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยย่อย โดยให้เขาร่วมเป็นทีม นำองค์กรให้ก้าวไปข้างหน้าด้วยกัน หัวหน้าฝ่ายทำ หน้าที่เสมือนผู้ช่วยผู้อำนวยการ ไม่ได้ดูแลเฉพาะฝ่ายของตน แต่คอยแนะนำช่วยเหลือ ประสานการทำงานข้ามฝ่าย หัวหน้างานทำหน้าที่เสมือนหัวหน้าฝ่าย เจ้าหน้าที่ในแต่ละแผนก ก็ต้องทำหน้าที่เสมือนหัวหน้าในงานที่ตนเองรับผิดชอบ ทำการตัดสินใจ ปรับปรุงงาน และ พัฒนางานของตนเอง

นอกจากนี้ผู้บริหารควรจัดองค์กรที่เน้นงานมากกว่าโครงสร้างทางราชการที่แบ่งเป็น กลุ่มงานหรือฝ่าย เน้นความร่วมมือในแบบสหวิชาชีพเพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนงานต่างๆ ของ องค์กร ดังเช่น การจัดตั้งชมรมเพื่อให้ผู้ที่มีความสนใจ ความถนัดที่เหมือนกันมาทำงานร่วมกัน ฝึกการทำงานเป็นทีม และฝึกการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ในด้านบุคลากรที่มีอยู่อย่าง จำกัดก็ควรดึงเอาศักยภาพที่ทุกคนมีอยู่ออกมาใช้ ทำให้ทุกเรื่องเป็นเรื่องของทุกคน เลือกลงาน ให้เหมาะสมกับความสามารถหรือความถนัดของเขา ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาจะทำให้องค์กร สามารถพัฒนาไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ปิดิพันธ์ เทพปติมากร (ปตท.)

กว่า 30 ปี ที่ผ่านมา

บนเส้นทางของการดำเนินธุรกิจจากการรวมตัวกันขององค์การก๊าซธรรมชาติแห่งประเทศไทย (อกรท.) องค์การเชื้อเพลิง (อชพ.) เข้าด้วยกันเป็น “การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย” จวบจนทุกวันนี้กับการเป็นบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ที่มุ่งสู่การเป็นบริษัทของคนไทยที่ดำเนินธุรกิจข้ามชาติ (The Premier Thai Multinational Company) เราผ่านพ้นอะไรมาบ้าง

แรกมี ปตท.

เพราะสถานการณ์บังคับ เกิดภาวะน้ำมันขาดแคลน Oil Crisis ครั้งที่ 2 (ครั้งแรกปี 2520) ซึ่งรัฐเป็นเจ้าของและรัฐบาลอย่างรุนแรง แนวคิดการตั้งบริษัทน้ำมันแห่งชาติที่มีบทบาทในการจัดหา ป้องกันการขาดแคลน รักษาเสถียรภาพ และสร้างความมั่นคงด้านพลังงานภายในประเทศ จึงเกิดขึ้นทั่วโลก การเกิดวิกฤติพลังงานครั้งนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการก่อตั้ง “การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย” บนพื้นฐานการเป็นเครื่องมือแก้ปัญหาด้านพลังงานให้รัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. แก้ไขปัญหาในยามที่มีภาวะขาดแคลน
2. จัดสร้างความมั่นคงและจัดหา Supply ให้ประเทศในระยะยาว
3. สร้างบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในธุรกิจน้ำมัน

เมื่อเวลาผ่านไป....

องค์กรน้ำมันแห่งชาติในโลก เช่น กลุ่ม OPEC มีบทบาทสำคัญในการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์น้ำมัน โดยผู้ผลิตน้ำมันมีความร่วมมือกัน Supply น้ำมันเข้าสู่ระบบต่างๆ ราคา น้ำมันก็จะลดลง หรือหากสถานการณ์การเมืองของผู้ผลิตตะวันออกกลางเรียบร้อยดี ราคา น้ำมันก็ลดลง ราคาน้ำมันมีผลโดยตรงต่อเศรษฐกิจไทย ทุกครั้งที่มีการขึ้นราคาน้ำมัน รัฐบาลมักจะยื่นมือเข้ามาดูแลกำกับ โดยการควบคุมราคาที่ขายให้กับประชาชน ปตท. ในขณะนั้นก็ทำหน้าที่เป็นกลไกที่สำคัญของรัฐบาลในบทบาทดังกล่าว เพื่อให้ ปตท. สามารถมีบทบาทมากขึ้น ปตท. จึงต้องพัฒนาตนเอง ให้สามารถเป็นผู้นำตลาดการค้าน้ำมันในประเทศได้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการปรับปรุง ประสิทธิภาพองค์กรขนานใหญ่ ทั้งด้าน ระบบ กระบวนการทำงาน และ บุคคล ซึ่งทำให้ ปตท. สามารถขึ้นมาเป็นผู้นำทางการตลาด ตั้งแต่นั้นมา (16 ปีที่ผ่านมา) บทบาทที่สำคัญในฐานะบริษัท พลังงานของประเทศ อีกด้านหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบท่อส่ง ก๊าซธรรมชาติ และโรงแยกก๊าซ ที่จังหวัดระยอง เพื่อนำก๊าซธรรมชาติมาผลิตเป็นก๊าซหุงต้มและเป็นเชื้อเพลิงในการผลิตไฟฟ้าเพื่อทดแทนการใช้ น้ำมัน โดยที่ประชาชนทั่วไปในขณะนั้นอาจไม่มีความรู้ในเรื่องเหล่านี้เลยก็ตาม และหลังจากที่การพัฒนาในระยะแรก ประสบผลสำเร็จทำ

ให้เกิดความมั่นใจกับเอกชน จึงทำให้เกิดการลงทุนในธุรกิจปิโตรเคมีซึ่งใช้วัตถุดิบที่ได้จากโรง
แยกก๊าซ ไปผลิตเป็นสินค้าต่างๆ มากมายตามมา

เมื่อมีการลงทุนอย่างมหาศาล ประกอบกับประเทศไทยต้องประสบกับภาวะเศรษฐกิจ
ถดถอยในช่วงปี 2540 รัฐบาลในขณะนั้นจึงมีนโยบายที่จะลดภาระหนี้และการลงทุนในภาครัฐลง
จึงเป็นต้นเหตุของการเกิดนโยบายแปรรูปรัฐวิสาหกิจ ซึ่ง ปตท. ก็เป็นรัฐวิสาหกิจแรกที่เข้าสู่
กระบวนการดังกล่าว แปรรูปเป็นบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) และ นำบริษัทเข้าสู่ตลาด
หลักทรัพย์แห่งประเทศไทยตั้งแต่นั้นมา (ปี 2544) ผลของการแปรรูปฯ ทำให้ ปตท. สามารถ
ระดมทุนเพื่อใช้ในการลงทุนและขยายกิจการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้วยปัจจัยความ
คล่องตัวในการดำเนินธุรกิจ ทำให้ ปตท. สามารถขยายการดำเนินงาน โดยการเข้าซื้อกิจการ
ควบรวมกิจการ และขยายการลงทุนในส่วนที่ดำเนินการอยู่เดิมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลสะท้อน
ของการดำเนินงานจะสามารถสะท้อนจากผลการดำเนินงานของบริษัทฯ ในแต่ละปีจนถึงปัจจุบัน

ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรแห่งนี้เป็นกลไก
สำคัญที่ผลักดันให้การดำเนินงานต่างๆ ประสบผลสำเร็จ ปตท. มีพื้นฐานการปรับปรุง
ประสิทธิภาพองค์กรมาตั้งแต่ การเป็นรัฐวิสาหกิจชั้นดี นั่นคือพื้นฐานสำคัญ ที่ทำให้ พนักงาน
ใน ปตท. รู้จักและสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
ไปได้

อย่างไรก็ดีในปัจจุบัน แม้ว่า ปตท. จะมีแนวทางดำเนินธุรกิจที่เน้นผลการดำเนินงาน
เยี่ยมเอกชน แต่ในความเป็นจริง ปตท.ยังคงมีรัฐบาล เป็นผู้ถือหุ้นรายใหญ่ที่สุด โดยมีสัดส่วน
การถือหุ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมประมาณ 70% ซึ่งทำให้ ปตท. มีสถานะเป็นบริษัทพลังงาน
ของ ประเทศไทย และเป็นแกนนำในการดำเนินธุรกิจด้านพลังงานต่างๆ พร้อมกับเป็นกลไก ที่
จะสร้างความมั่นคงทางด้านพลังงาน และ สร้างความสมดุลในด้านธุรกิจ การค้า ที่เกี่ยวกับ
พลังงานของประเทศ ให้เกิดความสมดุลมากที่สุด

วันนี้...และ ก้าวต่อไป....

บนความผันผวนของปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินธุรกิจ ประกอบกับการแข่งขันที่รุนแรง
เพิ่มมากขึ้นไม่ใช่แต่เพียงในประเทศเท่านั้น การแข่งขันกันระหว่างประเทศเกิดขึ้นรุนแรงมาก
ขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พรหมแดนระหว่างกันดูเหมือนหายไป เพราะการแข่งขันจากภายนอก
ประเทศเข้ามาเยือนถึงเรือนชานโดยมักหอบความได้เปรียบในการแข่งขันจากบ้านของเค้ามา
ด้วย ไม่ว่าจะเป็นอาวุธทางปัญญา หรือความพร้อมของกระแสเงิน จึงทำให้โลกเศรษฐกิจทั่ว
โลกหันมาสร้าง Network และ Synergy ด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างความได้เปรียบในการ
แข่งขัน และเพื่อการอยู่รอด เช่นเดียวกับ ปตท. วันนี้ที่เข้าสู่ยุคการบริหารแบบ Group เน้น
สร้างความร่วมมือระหว่างบริษัทในกลุ่ม และความร่วมมือในรูปแบบของ Partner เพื่อให้เกิด
พลังร่วม และบนความต้องการใช้พลังงานที่เพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจประเทศ

ก้าวต่อไปเราจำเป็นต้องก้าวเท้าออกจากบ้าน เพื่อขยายธุรกิจให้มีกำลังพอที่จะดำเนินการหาแหล่งพลังงานสำรองให้พอใช้ในประเทศโดยเฉพาะด้านความมั่นคงของประเทศ

การเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน ...

เกือบทุกครั้งที่สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แล้วเราเริ่มรับรู้ถึงผลกระทบที่มาถึงตัวสิ่งๆ ที่พวกเราส่วนใหญ่คิดก็คือ อยู่กับมันได้ไหม ถ้าไม่ไหว ไม่ได้ แล้วเราจะจัดการอย่างไร ถ้าปรับสิ่งที่เข้ามากระทบไม่ได้ เราก็ต้องมาปรับตนเอง เพื่อให้อยู่รอดในแต่ละช่วงของสถานการณ์ เหมือนวิวัฒนาการของมนุษย์.... จากลิง....คน จากการเดิน 4 ขา.....2 ขา คำถาม ... ทำไมต้องปรับ ?

สำหรับเรา...ในช่วงเวลาที่ผ่านมา การปรับเปลี่ยนเกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้นำที่มองเห็นความจำเป็นในการเตรียมองค์กรสู่อนาคต ซึ่งข้อเท็จจริงก็คือเรามีการปรับเปลี่ยนภายในไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างองค์กร กระบวนการ เครื่องมือ เทคโนโลยีต่างๆ และนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในการบริหารจัดการเป็นระยะ อาจเรียกได้ว่าเป็นเสมือนเวทีในการเตรียมความพร้อมให้องค์กรค่อยๆ คืบคลาน และเรียนรู้การบริหารจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

ประสบการณ์ที่ผ่านมา...

ปตท. เราเชื่อว่า การปรับเปลี่ยนองค์กร (Change Management) ให้มีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่สำคัญคือ คน กระบวนการ และเทคโนโลยี แต่ “คน” เป็นหัวใจของความสำเร็จในการบริหารการเปลี่ยนแปลง

เพราะ “คน” คือผู้ที่ “สร้างสรรค์แนวคิด” และ “คน” เป็นผู้ลงมือทำแนวคิดให้เป็นจริง คนในที่นี้ ไม่ใช่คนใด คนหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของความร่วมมือโดยรวมของทุกคน

....แล้วทำอย่างไร ในองค์กร Change เพื่อ Shift mindset ตนเอง ทำตนเองให้เป็น Change agent ...แล้วช่วยกัน Change คนรอบข้างให้เป็น Change Agent แทนเราเพื่อขยายผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนสู่กว้างทั้งองค์กร แบบวงจรต่อเนื่อง ที่เกิดขึ้นอย่าง Automatic

ดังนั้น นอกเหนือจากกลยุทธ์ของการดำเนินธุรกิจ (Business Strategy) แล้วการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินธุรกิจในอนาคตจึงเป็นกลยุทธ์ (HR Strategy) ที่สำคัญอีกหนึ่ง

องค์กรปรับโครงสร้าง ปรับกระบวนการ ระบบ และเครื่องมือ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนในการทำงาน

การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรมีความสามารถ (Can do) มีความรู้สึกผูกพันกับองค์กร (Will do) ผลิตผลงานที่ดีและพร้อมที่จะก้าวไปพร้อมๆ กับองค์กรในทุกสถานการณ์ ส่งผลต่อผลการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งถ้าเราสามารถนำผลที่ได้กลับมา Reward ได้ถูกที่ ถูกทาง (คนดี คนเก่ง ทำงานอย่างมืออาชีพ และประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง) ซึ่งในระยะยาวจะพัฒนาเป็นวัฒนธรรมขององค์กร....

ซึ่งการดำเนินการในสิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการออกแรงที่สำคัญจาก Management ทุกระดับในองค์กรทั้ง Line Managers และ Supervisors

เราเชื่อว่า Management เป็น Magic เพราะไม่มีสูตรสำเร็จที่ถาวรที่ใช้ได้ในทุกที่ ทุกเวลา ทุกสถานการณ์ ภาคทฤษฎีตามตำราที่มีอยู่ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง.... แต่การนำมาใช้จริงในองค์กร อาจจำเป็นต้องนำมาปรับใช้เกินกว่าครึ่ง หรืออาจต้องผสมผสานหลายตำรา หลายค่าความรู้ หลายวิธีการ หลายเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความลงตัวในแต่ละสถานการณ์ สามารถนำมาใช้งานให้เกิดผลได้จริงตามเป้าหมาย.... ความถูกต้องเหมาะสม ไม่ถาวร อาจเหมาะสมถูกต้อง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เท่านั้น จึงต้องมีความยืดหยุ่น และไวต่อการปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์

C33 : Succession Plan

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 3

นพ.ชาติรี ดวงเนตร ศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ

ห้อง Meeting Room 4

Research & Quality

เชิญชวนรับฟังแนวทางที่จะทำให้ท่านเป็นนักวิจัยมืออาชีพ
รับรู้ประสบการณ์การทำงานวิจัยสหสถาบัน
และการมุ่งไปสู่ Outcome Research

วันที่ 12 มีนาคม 2551

ทำอย่างไรให้มีงานวิจัยในโรงพยาบาลคุณภาพ
รพ.เล็กใหญ่ วิจัยร่วมกัน ลัดสู่คุณภาพ
ประเด็นสำคัญในการทำวิจัยร่วมหลายโรงพยาบาล

วันที่ 13 มีนาคม 2551

เริ่มต้นตั้งคำถามและออกแบบงานวิจัยให้ได้คุณภาพ
นักวิจัยคุณภาพตามหลักสากล
หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ (DMU) ช่วยให้ท่านหายห่วง
วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา

วันที่ 14 มีนาคม 2551

วิจัยคุณภาพชีวิตโรคเรื้อรัง ผลงานระดับชาติ
Multiple cross-sectional cohort study กับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว
ประโยชน์กำลังสามของงานวิจัย : คนไข้ คนทำ และ รพ.

A24 : ทำอย่างไรให้มีงานวิจัยในโรงพยาบาลคุณภาพ

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-1200 น. ห้อง Meeting Room 4

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข	สวรส.
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	พรพ.
นพ.วิทยา ดันสุวรรณนนท์	สปสช.
ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวินิจฉัย	CRCN

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพของประเทศยังต้องการองค์ความรู้ต่างๆ เพิ่มเติมอีกมาก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเท่าเทียม การพัฒนากับการวิจัยเป็นของที่ควบคู่กัน การพัฒนาควรอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้จากการวิจัย ขณะเดียวกันการวิจัยก็ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบภายในสถาบันที่เข้าร่วมวิจัย ทำให้มีมาตรฐาน เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ

ประเด็นขององค์ความรู้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสนใจอย่างมากในระยะนี้ ได้แก่ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

- ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่เหมาะสม
- แนวทางการบริหารจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- การพัฒนาระบบยาของโรงพยาบาล
- การประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์
- แนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเครือข่ายการให้บริการภายใต้บริบทของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน
- การสร้างมาตรฐานของระบบข้อมูลทางการแพทย์

ประเด็นดังกล่าวข้างต้นเป็นประเด็นงานวิจัยเร่งด่วนที่ต้องการคำตอบเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้รัฐบาลและประชาชนผู้เสียภาษีมั่นใจได้ว่า การใช้งบประมาณในการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม สามารถดูแลให้ประชาชนเกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นได้

การสร้างกลไกการสนับสนุนงานวิจัยในโรงพยาบาลคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

ประการแรกคือการให้งบประมาณอย่างเพียงพอเพื่อสนับสนุนการวิจัยในประเด็นที่มีความสำคัญ ประการต่อมาคือการสนับสนุนให้โรงพยาบาลเป็นหน่วยวิจัยที่เข้มแข็งโดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถทำงานประจำให้เกิดเป็นงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วโลก

อีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนการทำงานวิจัยในลักษณะสหสถาบัน เนื่องจากการทำงานวิจัยร่วมกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย โดยสรุปจะต้องสร้างเสริมกลไกให้โรงพยาบาลคุณภาพมีการวิจัยที่มีคุณภาพร่วมไปด้วย

การจะทำให้เกิดงานวิจัยและชุมชนนักวิจัยในโรงพยาบาลคุณภาพได้ ควรส่งเสริมให้ทีมงานต่าง ๆ มีนิสัยในการตั้งข้อสังเกต ตั้งข้อสงสัย ตั้งคำถาม กับทุกเรื่องที่น่าสนใจในระหว่าง การปฏิบัติงาน และนำข้อสังเกต ข้อสงสัย ข้อคำถามดังกล่าว มาจัดรวมกันเป็นแหล่งโอกาส พัฒนา โอกาสทำศึกษาวิจัย และโอกาสสร้างนวัตกรรม

A34 : รพ.เล็กใหญ่ วิจัยร่วมกัน ทางลัดสู่คุณภาพ

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 4

Professor Johan Karlberg	University of Hong Kong
นพ.พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.นพ.ปิยะตม์ ทัศนาวินัย	CRCN
รศ.นพ.ภาสกร ศรีทิพย์สุโข	CRCN

เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ได้ดำเนินงานพัฒนาการทำวิจัยคลินิกแบบสหสถาบัน (multicenter study) มาเป็นเวลากว่า 5 ปีผ่านโครงการวิจัยต่างๆ ยังผลให้เกิดเครือข่ายระหว่างกลุ่มสถาบัน กลุ่มวิชาชีพและโรงพยาบาลที่เข้าร่วม เกิดการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ภายในกลุ่มนักวิจัย ได้เรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาการอย่างมากในการบริหารจัดการดำเนินการวิจัยและระบบการจัดการข้อมูล ทำให้การวิจัยขนาดใหญ่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบรองรับการวิจัยคลินิกแบบสหสถาบันที่ถาวรและครอบคลุมทั่วประเทศ

ในปีนี้มีการพัฒนาอีกขั้นหนึ่งที่สำคัญของการทำวิจัยคลินิกแบบสหสถาบันคือ การสร้างระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลเล็กใหญ่ (Cluster of Research Hospital) เพื่อรองรับงานวิจัยคลินิกสหสถาบันอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ในรูปแบบเครือข่ายเดียวกันที่ตอบปัญหาด้านการแพทย์ของประเทศขึ้นในประเทศไทย โดยความร่วมมือของคณะกรรมการประสานงานรองคณบดีวิจัยของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยกับเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน ซึ่งเป็นงานที่ท้าทาย ต้องการความเอาใจจริงเอาใจและความร่วมมืออย่างดียิ่งของทุกสถาบัน แต่จะยังประโยชน์อย่างมหาศาลต่อประเทศ ตั้งแต่ระบบการตั้งคำถามการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในระดับชาติร่วมกันอย่างตรงจุดและตรงประเด็น จนกระทั่งการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์กลับไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งเป็นวงจรคุณภาพที่เป็นระบบอย่างไม่รู้จบ ทั้งยังเป็นการพัฒนากลุ่มนักวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในโรงพยาบาลทั้งเล็กใหญ่ทั่วประเทศให้เป็นมืออาชีพด้วย แพทย์ซึ่งมีภารกิจด้านการรักษาพยาบาลมากจนไม่มีเวลาสำหรับการวิจัยเพื่อแก้ปัญหา การมีระบบและบุคลากรวิจัยสนับสนุนรองรับจะช่วยให้แพทย์เหล่านี้ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยที่มีประโยชน์ระดับประเทศได้

ผู้ฟังจะได้มุมมอง ประเด็นที่น่าสนใจ จากท่านวิทยากรทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งทำงานคลุกคลีกับการก่อตั้งศูนย์วิจัยโรงพยาบาล ระบบเครือข่ายวิจัยระหว่างโรงพยาบาล และการบริหารโครงการวิจัยคลินิกผ่านเครือข่าย มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเครือข่ายของโรงพยาบาลเล็กใหญ่ แลกเปลี่ยนกลยุทธ์ในการทำให้ระบบเครือข่ายวิจัยคลินิกระหว่างโรงพยาบาลเกิดได้จริงในประเทศไทย กลยุทธ์ในการบริหารเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล เพื่อรองรับงานวิจัยคลินิกสหสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ

Cluster of Research Hospital: How to build the collaboration and create a short-cut to quality

Professor Johan Karlberg

For more than five years of Clinical Research Collaboration Network (CRCN) experiences, the organization has created many clinical research networks among institutions, hospitals and clinical professional organizations. Multicenter clinical investigators have enjoyed sharing research works and clinical databases produced from collaboration networks. More importantly, CRCN has gained immensely the experiences of project, data management as well as collaborative experiences, which have then made us to create more large, simple with quality and shorter conduction-time clinical research successfully. As the public demand health care problems is huge, to lessen or solve the problems, efficient and sustainable multicenter clinical research system is in critical need in Thailand.

This year, aiming to cope with the rapid increasing number of national important medical problems using multicenter clinical study, CRCN, in collaboration with the Consortium of Thai Medical Schools, has established a clinical research center network of all medical schools. Having the network as an essential infrastructure of multi-center clinical research, the network will eventually expand to affiliated hospitals of each medical school to form several research hospital clusters. This is certainly a challenging goal which requires the intensity of collaborative relationship, to greatly benefit both local and global health care. While the research network and cluster will be used primarily to solve health care problems in local hospital systems, they also will serve as the ground for research capacity building and strengthening using research projects as learning through action strategy. This will improve clinical researchers and associates to be more capable in conducting multicenter clinical research professionally and increase the opportunity of the medical doctors to be part of the clinical research at national as well as global level.

Attendees will gain several perspectives and interesting issues from both national and international speakers who have been involved in establishing clinical trial/research center and successful experiences in management of multicenter clinical research in hospital networks. They will share their management experiences to be relevant in our new clinical research center network and clustering of research hospitals system, with the aims of improving our hospital care quality through effectively and efficiently managed multicenter clinical research.

A44 : ประเด็นสำคัญในการทำวิจัยร่วมหลายโรงพยาบาล

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 4

รศ.อรุณ จิรวัดณ์กุล	CRCN
ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์	CRCN
ศ.นพ.เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์	CRCN
นพ.ดร.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล	CRCN

การทำวิจัยในหลายโรงพยาบาลหรือการทำวิจัยแบบสหสถาบัน (multicenter study) ช่วยทำให้งานวิจัยดำเนินการได้รวดเร็วเนื่องจากได้ขนาดตัวอย่างจากหลายโรงพยาบาลและเห็นความหลากหลายของระบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจสัมพันธ์กับผลการรักษาทางคลินิก การวิจัยนี้ในประเทศไทยในระยะแรก ๆ ได้รับองค์ความรู้มาจากต่างประเทศโดยผ่านโครงการวิจัยยา ซึ่งนักวิจัยไทยมักได้รับบทบาทเป็นสถาบันร่วมมากกว่าการเป็นผู้จัดทำโครงการเอง ประเทศจึงยังต้องการความรู้ของการดำเนินงานด้านนี้ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาเวชภัณฑ์หรือสมุนไพรของไทยทางเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) เห็นความสำคัญด้านนี้จึงได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้โดยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศและมีการเรียนรู้จากการส่งเสริมการวิจัยจริงจนเกิดผลงานทั้งตัวเนื้อหาและระบบการสนับสนุน

การทำวิจัยระหว่างโรงพยาบาลมีประเด็นที่ต้องคำนึงได้แก่

ประการแรกการจัดโครงสร้างองค์กรของทีมนักวิจัย (organization and coordination) ที่นักวิจัยจากทุกโรงพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบทางวิชาการอย่างเท่าเทียมกันโดยมีองค์กรสูงสุด (steering committee) ที่จะตัดสินใจในทุกกรณี มีคณะทำงานและประสานงาน (coordinating team) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวโดยได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่ายและดูแลรับผิดชอบงานที่เป็นทำโดยส่วนกลาง (centralized tasks) เช่น การอบรมการกรอกข้อมูล การผลิตแบบเก็บข้อมูล รวมถึงประสานกับฝ่ายต่าง ๆ เช่น หน่วยจัดการข้อมูล (data management unit)* ซึ่งหน่วยนี้มีรายละเอียดในการดำเนินงานมาก การมีผู้เชี่ยวชาญช่วยดำเนินงานจะช่วยลดภาระที่คาดไม่ถึงลงได้อย่างมาก

ประการที่สอง การควบคุมคุณภาพ (quality control) ของการวิจัยและข้อมูลซึ่งใช้หลักการของการป้องกันความผิดพลาด (prevention) การตรวจสอบ (detection) และการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (correction) โดยมีกิจกรรมหลักได้แก่ การอบรมความรู้เรื่องหลักการที่ดีของการวิจัยคลินิก(ICH-GCP)** ซึ่งเป็นหลักสากลที่นักวิจัยควรปฏิบัติเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับ การวิจัย นอกจากนี้ยังมี การติดตาม (monitoring) และตรวจสอบ (audit) โดยแหล่งทุนเพื่อให้มั่นใจว่าโครงการได้ดำเนินไปด้วยมาตรฐานที่ดี

ประการต่อมาคือการแบ่งปันผลงานในการเผยแพร่ (publication policy) และการเข้าถึงข้อมูล (accessing data) ซึ่งโดยหลักการแล้วจะต้องมีการพูดคุย ตกลง ทำความเข้าใจถึงประเด็นเหล่านี้ไว้ล่วงหน้าก่อนดำเนินงานเพื่อป้องกันความขัดแย้ง ประกอบด้วยแนวทางการเผยแพร่ตีพิมพ์ (publication policy) การเป็นผู้นิพนธ์และผู้นิพนธ์ร่วม (authorship guideline) และการขอใช้ข้อมูล

ผู้ฟังจะได้รับทราบเนื้อหาเหล่านี้ในรายละเอียดที่เป็นประสบการณ์ของเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ที่ได้ดำเนินงานพัฒนาในเรื่องนี้มากกว่า 5 ปีในประเทศไทยและที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศในโครงการของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ HIV-NAT ซึ่งหัวข้อนี้จะเพิ่มเติมโดยประสบการณ์ตรงของนักวิจัยในโครงการซึ่งมีในการสัมมนา^{**}

หมายเหตุ: สามารถรับฟังหัวข้อที่อ้างอิงในการประชุมนี้คือ

* หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ (DMU) ช่วยให้เราหายห่วง

** นักวิจัยคุณภาพตามหลักสากล (ICH-GCP)

*** วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา

B14 : เริ่มต้นตั้งคำถามและออกแบบงานวิจัยให้ได้คุณภาพ

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 4

Dr. Baishaki Banerjee-Taylor	University of North Carolina, USA
พ.อ.ผศ.นพ.ดร.ราม รังสินธุ์	CRCN
รศ.นพ. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข	CRCN
ดร.ภญ.กนกรัตน์ ลีอวศิริกุล	CRCN

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันการทำงานวิจัยเริ่มเป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย จึงทำให้มีผู้ที่สนใจที่อยากจะทำวิจัยมากยิ่งขึ้น แต่ปัญหาที่มักจะพบก็คือ นักวิจัยหลายท่านไม่รู้ว่าจะต้องเริ่มอย่างไร และจะต้องทำอย่างไรจึงจะทำให้วิจัยให้ได้คุณภาพที่จะสามารถตอบปัญหาหรือแก้ปัญหาที่ต้องการได้ ดังนั้นเพื่อที่จะได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ นักวิจัยจะต้องคำนึงและใส่ใจในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง **คำถามวิจัย, รูปแบบงานวิจัย และ การเก็บข้อมูลการวิจัย**

ขอบเขตของเนื้อหา

เป็นการผสมผสานระหว่างการบรรยายและการอภิปรายถึงสามขั้นตอนที่สำคัญในการทำวิจัยที่มีคุณภาพได้แก่ การตั้งคำถามวิจัย, การออกแบบ และการเก็บข้อมูลการวิจัย ในแง่ของสิ่งที่ต้องพิจารณา และข้อที่ต้องพึงระวัง โดยอาศัยประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้สนใจที่จะทำงานวิจัยได้รับความรู้และแนวทางการทำวิจัยให้มีคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำวิจัย
2. เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมและ วิทยากรได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่เกิดจากการวิจัย

หมายเหตุ:

หัวข้อเรื่องนี้จะเชื่อมโยงกับหัวข้อเรื่อง **นักวิจัยคุณภาพตามหลักสากล (ICH-GCP), หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ (DMU) ช่วยที่ท่านหายห่วง และ วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา**

B24 : ศึกษาคูณภาพตามหลักสากล

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 4

รศ.ภญ.โสภิต ธรรมอารี	JREC
นพ.ประวิทย์ ตัญญาสิทธิสุนทร	PReMA
ดร. เอี่ยมพร ศรีภักษณพล	PReMA
ทาริกา สมอ	CRCN

ปัจจุบันมีการทำการวิจัยทางคลินิกจำนวนมากในประเทศไทย เนื่องจากมีโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพสูงในการดำเนินการวิจัยทางคลินิกอย่างได้คุณภาพเป็นที่น่าเชื่อถือ และได้เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของกระบวนการพัฒนาการรักษาและเวชภัณฑ์ยาใหม่ของแหล่งทุนสากลและบริษัทยาชั้นนำทั่วไป ซึ่งยังทำให้มีการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นด้วย

การศึกษาวิจัยทางคลินิกในประเทศไทยได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่ดีของ International Conference on Harmonisation (ICH) / WHO Good Clinical Practice standards หรือ ICH/WHO-GCP ที่เป็นมาตรฐานที่ทั่วโลกยอมรับ ว่าเป็นมาตรฐานสากลทางด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ สำหรับการวางรูปแบบ การดำเนินงาน การบันทึกข้อมูล และการเขียนรายงานการศึกษาวิจัย ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับประกันต่อสาธารณชนว่า สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครได้รับการคุ้มครอง ตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และผลการวิจัยทางคลินิกเชื่อถือได้

ทางเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ได้เห็นความสำคัญด้านนี้จึงมีการพัฒนาและสนับสนุน ด้านการอบรม ให้นักวิจัยของประเทศไทยดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกแบบสหสถาบันอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวปฏิบัติของ ICH-GCP เพื่อให้ผลงานวิจัยที่ได้นำไปใช้ในวงกว้าง และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล

การเป็นนักวิจัยคุณภาพตามมาตรฐานสากล แบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ก่อนการศึกษาวิจัย โครงร่างวิจัย (protocol) ต้องได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมในคนก่อน โครงร่างการวิจัย (protocol) ประกอบด้วยเอกสารข้อมูลการวิจัย, คำชี้แจง เอกสารการให้ความยินยอม, และขั้นตอนต่างๆของการวิจัย, รวมทั้งขั้นตอนการให้รายละเอียดต่างๆ ข้อมูลของยาที่จะนำมาวิจัย investigator brochure (IB), และแบบบันทึกข้อมูลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน (case report form)
2. ขณะทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่คัดเลือกและรับอาสาสมัคร (screening) เข้าร่วมในโครงการวิจัย มีการเซ็นเอกสารให้ความยินยอม มีการตรวจตราให้การวิจัยดำเนินไปตาม

protocol, มีการดูแลอาสาสมัครเมื่อเจ็บป่วย, มีการรายงานความปลอดภัย, และการดูแลเรื่องการเก็บและการแจกจ่ายยาที่ใช้ในการวิจัย

3. เมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยต้องตรวจตราการลงข้อมูล, ดูแลเรื่องความปลอดภัยถ้ามีปัญหา, ดูแลเรื่องบัญชีรับจ่ายยา, คินยาที่เหลือจากการวิจัย, รายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมว่าการวิจัยสิ้นสุดแล้ว

ซึ่งรายละเอียดดังกล่าว ท่านจะได้รับฟังโดยตรงจากวิทยากร ซึ่งทำงานคลุกคลีกับการวิจัยทางคลินิกและมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยทางคลินิกตามแนวปฏิบัติของ ICH-GCP

B34 : หน่วยจัดการข้อมูลและสถิติ ช่วยให้ท่านหายห่วง

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 4

รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ CRCN

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล CRCN

การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ มีการลงทุนสูง เนื่องจากเป็นงานที่หนัก และต้องใส่ใจในคุณภาพด้วยการลงไปในรายละเอียดอย่างมาก ถึงกระนั้นมูลค่าแฝงอันเกิดขึ้นจากข้อมูลที่ไม่มีความหมายก็ยิ่งสูงกว่าหลายเท่าตัว แม้เพียงเกิดข้อสงสัยในคุณภาพข้อมูล มาตรการที่ทำเพียงเพื่อให้รู้ว่าข้อมูลที่ได้มาแล้วมีคุณภาพหรือไม่นั้น ก็อาจยากกว่าการเริ่มจัดการข้อมูลใหม่ทั้งหมด แม้จะทำเช่นนั้นได้ ความสูญเสียอันเป็นผลจากความล่าช้าของผลวิจัย การสูญเสียโอกาสที่พึงได้รับเช่นทุนทำวิจัยต่อเนื่องและความน่าเชื่อถืออันสูงค่ายิ่งกว่างบประมาณที่ใช้มากมายนัก

สำหรับการวิจัยคลินิกตามมาตรฐานระดับสากลนั้น มีมาตรการประกันคุณภาพ ที่มุ่งลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัย นับตั้งแต่การได้มาซึ่งข้อมูลกระทั่งข้อมูลนั้นเข้าสู่กระบวนการจัดการข้อมูล

พัฒนาการด้านระบบจัดการข้อมูลสำหรับงานวิจัยคลินิก ได้ก้าวตามพัฒนาการเทคโนโลยีสารสนเทศ กระแส Electronic Data Capture หรือ EDC สำหรับงานวิจัยคลินิกได้รับการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาหลายประการที่มีอาจทดแทนกระดาษและลายมือได้ ดังนั้นส่วนมากจึงยังคงใช้ระบบดั้งเดิมคือบันทึกข้อมูลลงกระดาษ (paper-based) จากนั้นนำข้อมูลเข้าสู่คอมพิวเตอร์ ซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่ง

ขั้นตอนนำเข้าข้อมูลนี้ มีเพียงสองทางเลือก คือคีย์ด้วยมือซึ่งทำกันมาช้านาน และการนำเข้าด้วยเครื่องสแกน ไม่ว่าจะระบบใด การได้รับปัญหาเร็วและแก้ไขได้ง่ายและรวดเร็วคือหัวใจของความสำเร็จ นอกจากนี้ยังต้องเป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานสากลว่าด้วยการดำเนินงานด้านนี้ ซึ่งได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการประกันคุณภาพข้อมูล การรักษาความลับผู้ป่วย และความปลอดภัยของข้อมูล ในการดังกล่าวจำต้องทำเอกสารที่จำเป็นต่าง ๆ หลายสิบรายการ หนึ่งในนั้นคือเอกสารรายงานผลการทดสอบระบบจัดการข้อมูล ซึ่งต้องดำเนินการทดสอบโดยละเอียดและต้องแสดงให้เห็นว่าระบบไร้ซึ่งข้อผิดพลาดกับงานวิจัยที่จะทำเสียก่อน จึงสามารถเริ่มใช้งานได้

ข้อกำหนดที่กล่าวข้างต้น ทำให้ระบบคีย์ด้วยมือไม่ใช่ทางเลือกที่ดีนัก ในขณะที่การใช้เทคโนโลยีอ่านรู้จำลายมือจากภาพสแกน มีจุดเด่นกว่าหลายด้าน จึงมีการใช้งานสแกนนำเข้าข้อมูลมากขึ้น ระยะเวลาต้องใช้เวลาแพร่จากต่างประเทศ กระทั่งระบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศและประสบผลสำเร็จเรื่อยมา ต่อมาได้นำมาประยุกต์เป็นเครื่องมือสำหรับเครือข่ายวิจัยสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network หรือ CRCN) โดยใช้ชื่อระบบว่า CRCN Tools เป็นระบบที่ไม่เพียงโดดเด่นที่ใช้การสแกนนำเข้าข้อมูล แต่ยังมี

เครื่องมือให้สามารถดำเนินการตามมาตรฐานสากลไว้อย่างครบครัน เฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยสหสถาบัน

อย่างไรก็ตาม CRCN Tools ยังไม่กระจายให้ใช้งานอย่างแพร่หลาย ด้วยความซับซ้อนของภาระงานตามข้อกำหนดที่เข้มงวดของมาตรฐานการดำเนินงานด้านนี้ที่กล่าวข้างต้น ซึ่งต้องการบุคลากรที่มีทั้งความรู้และทักษะในวิจัย การจัดการข้อมูล และสถิติ จึงกล่าวได้ว่า CRCN Tools นั้นสำหรับหน่วยจัดการข้อมูลเท่านั้น กระทั่งต้นปี พ.ศ. 2551 คณะผู้พัฒนาเทคโนโลยีนี้ ได้ประสบความสำเร็จในการทำให้ระบบดังกล่าวจัดการได้อย่างง่ายดายผ่านทางเว็บ ซึ่งขณะนี้รอต้อนรับท่านให้เข้าใช้งานได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ที่ <http://www.dmbn.net> สำหรับผู้ลงทะเบียนในการประชุมครั้งนี้ สามารถขอรับ Username และ Password พร้อมคู่มือใช้งานได้ที่โต๊ะหน้าห้องบรรยายหัวข้อนี้

B44 : วิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลให้มีชีวิตชีวา

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 4

รศ.พญ.สายบัว ชี้อริณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.เพชร รอดอารี	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
นพ.สรรวัช อัครเรืองชัย	พรพ.
นิลทิศา ศรีไพบุลย์กิจ	CRCN
นพ.ดร.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล	CRCN

การทำวิจัยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลทำให้ได้ข้อมูลจำนวนมากในเวลาที่ยรวดเร็วและยังเห็นความหลากหลายของข้อมูลซึ่งทำให้เห็นประเด็นในการพัฒนาอันเกิดจากผลลัพธ์ที่เกิดจากความหลากหลายนี้ได้ ซึ่งการดำเนินการวิจัยในรูปแบบนี้มีหลักการที่สำคัญบางประการที่สำคัญ ต้องการทั้งศาสตร์และศิลปะในการดำเนินการซึ่งต้องอาศัยการเล่าเรื่องจากผู้ที่ผ่านประสบการณ์ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย

เนื้อหาของการบรรยายประกอบด้วยประสบการณ์ของนักวิจัย 3 ท่านที่อยู่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคและที่ทำวิจัยใน รพ. มหาวิทยาลัยและ รพ.ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เริ่มคิดทำโครงการ การก่อตั้งทีมงาน การสร้างคำถามวิจัย ไปจนถึงการเก็บข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องใช้ศิลปะของการประสานงาน การติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลที่ร่วมเก็บข้อมูล หน่วยจัดการข้อมูลและผู้ที่ทำวิจัย อีกทั้งต้องรู้จักการแบ่งปันและรักษาผลประโยชน์ของทีมนักวิจัยเพื่อให้นักวิจัยมีคุณภาพไว้ตลอดการวิจัย ซึ่งหากมีการจัดการที่ดีก็จะเกิดบรรยากาศการวิจัยร่วมกันที่มีชีวิตชีวาและยังคงความร่วมมือต่อไป

การนำเสนอครั้งนี้เป็นประสบการณ์จากโครงการวิจัยโรคมะเร็งปากมดลูก โครงการวิจัยติดตามภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และโครงการวิจัยการใช้ Trigger Tools นอกจากนี้จะได้นำเสนอประสบการณ์ของผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จคือผู้ประสานงานโครงการวิจัย (research coordinator) ซึ่งช่วยเหลือโครงการวิจัยโรคมะเร็งในเด็กมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง เป็นผู้ช่วยให้นักวิจัยที่มีเวลาอันจำกัดสามารถดำเนินงานให้สำเร็จลงได้

คุณสมบัติที่ช่วยคือทักษะการประสานงาน ความเข้าใจในโครงการ และรู้จักนักวิจัยที่ร่วมงานแต่ละท่านหน้าที่ของผู้ประสานงานโครงการวิจัยอาจทำหน้าที่ตั้งแต่เพียงเป็นธุรการของโครงการไปจนถึงช่วยเหลือจัดการข้อมูลให้ด้วยขึ้นอยู่กับบริบทของโครงการ ซึ่งประเทศไทยยังต้องการผู้ประสานงานโครงการวิจัยที่มีความสามารถและมีการพัฒนาเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน นอกจากนี้จะมีการบรรยายถึงบทบาทหน้าที่ที่ทำและสิ่งที่ได้รับจากการทำงาน

ประสบการณ์เหล่านี้ไม่มีอยู่ในตำราและตำราต่างประเทศบางครั้งก็ไม่สามารถอธิบายได้ เช่น ทีมนักวิจัยในประเทศไทยอาจต้องมีนักวิจัยอาวุโสที่เป็นที่เคารพนับถือของทีมงานร่วมเป็นที่ปรึกษาเพื่อช่วยให้คำแนะนำกรณีที่ไม่สามารถสรุปความเห็นร่วมได้ หรือการติดต่อสื่อสารด้วย

สื่อที่ประหยัดเช่นอีเมลอาจใช้ไม่ได้ผลกับนักวิจัยในทีมที่มีความหลากหลายตามความชอบของนักวิจัยและการเอื้ออำนวยของเทคโนโลยี หรือแม้แต่การจัดสรรค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลในแต่ละหน่วยงานก็มีความหลากหลายว่าจะจ่ายที่ตัวบุคคลโดยตรงหรือจ่ายให้หน่วยงาน หรือสิทธิการได้ผลประโยชน์จากการวิจัยจะขึ้นกับจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาหรือทุกโรงพยาบาลมีสิทธิเท่ากันหมด และยังมีประเด็นอื่น ๆ อีก ที่แตกต่างกันในแต่ละโครงการ

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือแต่ละโครงการมีวิธีการจัดการกับประเด็นเหล่านี้อย่างไรไม่ให้เกิดเป็นปัญหาต่อโครงการในภาพรวม เหล่านี้คือหลังจากที่นักวิจัยไม่มีโอกาสได้นำเสนอในการตีพิมพ์ จึงเป็นโอกาสที่นักวิจัยหน้าใหม่ที่ต้องการจะทำวิจัยในหลาย ๆ โรงพยาบาลและผู้สนใจได้รับทราบเคล็ดลับเหล่านี้โดยตรง

C14 : วิจัยคุณภาพชีวิตโรคเรื้อรัง ผลงานระดับชาติ

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 4

ผศ.นพ. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รศ.นพ. กิตติ ต่อจรัส	รพ.พระมงกุฎเกล้า
รศ.พญ. สายบัว ชีเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.อ.ผศ.นพ.ดร.ราม รังสินธุ์	CRCN

การให้บริการการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นย่อมต้องมีการติดตามผลของการให้การรักษารักษาของสถานพยาบาลต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป ประเด็นหลักในการติดตามข้อมูลดังกล่าวได้แก่การติดตามผลลัพธ์สุดท้ายของการให้บริการทางสุขภาพหรือการรักษา (end results) โดยผลลัพธ์สุดท้ายดังกล่าวนั้นเป็นที่ต้องการของแพทย์และผู้บริหารในการตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เน้นการพิจารณาผลลัพธ์ไปที่การเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษา โดยอาจรวมไปถึงผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยให้ความสนใจอื่นๆ เช่น ศักยภาพของตนเองในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ การศึกษาดังกล่าวจึงนับเป็นกลไกสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็ข้อมูลสำคัญสำหรับผู้ป่วย แพทย์ หน่วยบริการทางการแพทย์ และผู้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข

การจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาซึ่งรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมักจะเริ่มจากข้อมูลพื้นฐานของการวินิจฉัยโรคที่โรงพยาบาลได้จัดเก็บตามปกติอยู่แล้ว ซึ่งน่าจะเป็นการวิจัยที่เริ่มต้นได้ง่ายและสามารถตอบคำถามในการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ได้ในหน่วยบริการต่างๆ

CRCN ได้สนับสนุนโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงผลลัพธ์สุดท้ายทางด้านคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่หลายโครงการ ในการบรรยายทางวิชาการในช่วงนี้จะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาและแนวความคิดในการใช้ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาพัฒนาการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง CRCN หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยทางด้านผลลัพธ์ของการรักษาจะเป็นที่น่าสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจที่จะนำข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต่างๆ ได้จัดเก็บอยู่แล้วมาพัฒนาให้เป็นงานวิจัยและตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางต่อไป

C24 : Multiple cross-sectional cohort study กับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 4

ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร	รพ.เซนต์หลุยส์
พ.อ.นพ. สามารถ นิธินันท์	รพ.พระมงกุฎเกล้า
รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล	CRCN

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นพันธกิจหลักของทุกโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ดีมีคุณภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลผลการบริการทางด้านคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้สำหรับการประเมินและวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะต้องมีการติดตามผู้ป่วยระยะยาว ข้อมูลที่สำคัญคือ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผลจากการบริการตามช่วงเวลา การศึกษาที่มีการติดตามผู้ป่วยระยะยาวเป็นงานที่ต้องใช้เวลาและงบประมาณในการดำเนินการ เพื่อเป็นการลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน Multiple cross-sectional cohort study จะช่วยพัฒนางานส่วนนี้ได้อย่างไร

ในการบรรยายวิทยากรจะนำเสนอวิธีการออกแบบการศึกษาแบบ Multiple cross-sectional cohort study การใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาในการแสดงการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การแสดงลักษณะและทัศนคติของผู้ป่วยตามช่วงเวลาต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของกลุ่มย่อย เช่น

- One or more system
- One or more plans or providers
- One or more age group
- One or more diagnostic group

จากประสบการณ์ของคณะวิทยากรจะช่วยให้ผู้ฟังเข้าใจวิธีการศึกษาแบบ Multiple cross-sectional cohort study และจากตัวอย่างที่นำเสนอจะช่วยให้เกิดแนวคิดในการนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของโรงพยาบาล หรือ กลุ่มโรงพยาบาล

C 34 : ประโยชน์กำลังสามของงานวิจัย: คนไข้ คนทำ และ รพ.

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 4

พ.อ.หญิง ประไพพิมพ์ ชีรคุปต์	รพ.พระมงกุฎเกล้า
นพ.เพชร รอดอารีย์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
พล.อ.นพ.ประวิทย์ ดันประเสริฐ	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ
รศ.พญ.วสี ตุลวรรธนะ	CRCN

หลักการและเหตุผล

การวิจัยทางการแพทย์นั้นทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมถึงการเผยแพร่ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพงานวิจัยที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันการแพทย์หลายแห่งนั้นนอกจากจะได้ผลงานวิจัยที่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยจำนวนมากของประเทศแล้วยังเป็นการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม นักวิจัยอีกด้วยการนำผลงานวิจัยที่มีประโยชน์มากเหล่านี้มาเปิดสู่สาธารณะสามารถทำได้หลายวิธีและแต่ละวิธีอาจมีจุดเด่นและจุดด้อยที่ต่าง ๆ กันออกไป

ขอบเขตของเนื้อหา

ในการประชุมในครั้งนี้ จะได้มีการกล่าวถึงวิธีต่างๆในการเผยแพร่เพื่อให้ส่วนรวมได้ประโยชน์ เช่น การให้ความรู้กับประชาชนเพื่อให้มีความตระหนักถึงโรค ความเข้าใจโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น ส่วนการนำผลงานวิจัยไปตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นเป็นการเผยแพร่ผลงานวิจัยออกไปในวงการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขในวงกว้างและถาวร

นักวิจัยได้มีโอกาสใช้ผลงานเหล่านี้เป็นผลงานทางวิชาการผู้ป่วยจะได้ประโยชน์ทางอ้อมเมื่อผู้ที่ให้การดูแลทางสุขภาพนำผลงานนั้นๆมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและสุดท้ายการทำวิจัยสหสถาบัน เป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในหลายๆด้าน โดยเริ่มต้นจากปัญหาที่พบเป็นประจำในชีวิตประจำวัน มาเป็นคำถามของงานวิจัยแล้วพยายามที่ตอบคำถามเหล่านั้นด้วยงานวิจัยในระดับโรงพยาบาลเดี่ยวจนถึงระดับหลายๆสถาบันด้วยความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ที่สุด โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และยังเกิดประโยชน์จากการทำงานเป็นกลุ่มเพื่อความมุ่งมั่นสู่จุดหมายเดียวกัน ทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนองค์กรให้มุ่งไปข้างหน้าอย่างเป็นรูปธรรมวิธีหนึ่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ฟังจะได้รับประโยชน์จากการกล่าวถึงหลักการและวิธีการในการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยรวมถึงข้อดีข้อด้อยของวิธีการเผยแพร่ผลงานนอกจากนี้ยังได้ทราบถึงเคล็ดลับของความสำเร็จรวมถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ผลงานเหล่านั้นโดยจะมีการยกตัวอย่างสิ่งที่

เกิดขึ้นจริงจากโครงการวิจัยต่างๆ ที่เสร็จสิ้นไปแล้วหลายโครงการจากนักวิจัยที่เป็นผู้มี
ประสบการณ์ตรงหลายท่าน

ห้อง Meeting Room 5

Field Experience

เชิญชวนรับฟังประสบการณ์จากพื้นที่
เรื่องราวที่จุดประกายความคิดจากบริบทที่หลากหลาย
และเรื่องราวที่ผ่านการคัดสรรจาก HACC ทั้ง 5 แห่ง

วันที่ 12 มีนาคม 2551

BUPA Clinical Excellence	ตัวอย่างดี ๆ ที่ได้รับรางวัล
Quality Walk & Talk	วิธีทำให้คุณภาพอยู่ในงานประจำ
Moving Theater	การเปิดเวทีให้กล้าเล่าเรื่องดี ๆ สู้กันฟัง

วันที่ 13 มีนาคม 2551

Prevention of IV Complications	
ขับเคลื่อนไปด้วยพลังใจที่ยิ่งใหญ่	เรื่องเล่าจาก HACC โคราช
เรื่องเล่า หมู่เฮาชาวอีสาน	เรื่องเล่าจาก HACC ขอนแก่น
แกงโห้ะ...ครบเครื่องเรื่องคุณภาพ	เรื่องเล่าจาก HACC เชียงใหม่

วันที่ 14 มีนาคม 2551

สื่อสาร สร้างเสริม เต็มเต็ม	เรื่องเล่าจาก HACC ม.นครสวรรค์
จากใจชาวใต้ให้คุณภาพชีวิต	เรื่องเล่าจาก HACC ภาคใต้
IT เพียงพอ อย. ปลอดภัย	นำ IT มาใช้กับระบบยา

A25 : BUPA Clinical Excellence

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.เกรียงศักดิ์ พิมพ์ดา รพ.อุดรธานี
รศ.นพ.ประชา นันทน์ฤมิตร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
บุญเรียม จุติวิโรจน์ รพ.สงขลานครินทร์
ศ.พญ. ชนิกา ตูจินดา

การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี

นพ.เกรียงศักดิ์ พิมพ์ดา

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 806 เตียง รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดใกล้เคียงได้แก่ หนองคาย หนองบัวลำภู สกลนคร ครอบคลุมประชากรประมาณ 4 ล้านคน ให้การดูแลรักษาประชากรในเขตอำเภอเมือง 27 สถานีอนามัย 4 PCU ครอบคลุมประชากร 316,972 คน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีสถิติการนอนรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีสูงสุดในหลายปีที่ผ่านมา และมีสถิติการมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรอง คือ กลุ่มประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปและผู้มีความเสี่ยง มีจำนวน 79,279 คน ขึ้นทะเบียนรักษา 9,103 คน รับบริการดูแลรักษาที่ สอ./PCU 3,549 คน และที่คลินิกเบาหวาน 5,554 คน

เป้าหมาย
ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทุกคนมีชีวิตยืนยาวใกล้เคียงกับคนปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
แนวคิดและกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย
ค้นหา คัดกรอง และ ลงทะเบียนรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด
สร้างเสริมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง
พัฒนาจุดบริการทุกจุด (สอ./PCU,คลินิกเบาหวาน,ER,IPD) ให้มีคุณภาพมาตรฐาน
เชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างจุดบริการให้มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมองค์รวม

กลุ่มเป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม
กลุ่มปกติ ประชาชนทั่วไป	สร้างองค์ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพ	ปลูกกระแสและให้ความรู้ผ่านสื่อ /รณรงค์ตามวาระ ชมรมออกกำลังกาย นโยบายสาธารณะ

กลุ่มเสี่ยง	เพิ่ม การคัดกรอง การลงทะเบียน	การคัดกรอง/ลงทะเบียน การให้ความรู้รายบุคคล/กลุ่ม ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ค่ายพิชิตอ้วน-พิชิตพุง
กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป	จัดระบบบริการให้ได้ มาตรฐาน ส่งเสริมการดูแลตนเอง	พัฒนาระบบการลงทะเบียน การรักษาตามแนวทางที่กำหนด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ รายบุคคล, รายกลุ่ม, ค่าย - ค่าย one day - ค่ายค้างแรม ส่งเสริมป้องกันภาวะที่เกี่ยวข้อง
ชั้นซ้อน	เชื่อมโยงการดูแลรักษา	การเตรียมจำหน่าย พัฒนาระบบการส่งต่อ พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน ระบบ Consultation การสร้างเครือข่ายในชุมชน

เข็มมุ่งการพัฒนาปี 2550

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง: โครงการบริการที่ดีเริ่มที่ผู้ให้บริการสุขภาพดี

ตรวจคัดกรองค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและผู้เป็นโรคอ้วนลงพุงในกลุ่มเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลอุดรธานีประมาณ 1,387 คนพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและเป็นโรค 503 คน เลือกผู้ที่สมัคร
ใจ 142 คนเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยจัดแบบค้างคืนนอกสถานที่ ใช้หลัก 3 อ. โดยมี
วิทยากรผู้เชี่ยวชาญทางด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์จากส่วนกลางร่วมกับ
วิทยากรและพี่เลี้ยงภายใน

ติดตามผลทุก 1,3,6 เดือน ดูการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รอบเอว และผลเลือด
ต่างๆ

ผลสำเร็จ เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ลด 10%) น้ำหนักและรอบเอวลด 57.58% การควบคุม
น้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือดดีขึ้น 60%

การขยายผล ได้ขยายผลกิจกรรมไปยังหน่วยงานอื่นในจังหวัด โดยทีมออกตรวจคัด
กรองและให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนลงพุงไปกว่า 4,000 คน จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีก 3 รุ่น
ผู้เข้าอบรมรวมประมาณ 500 คน

2. โครงการค่ายครอบครัวเบาหวาน

ทีมส่งแกนนำสหสาขาวิชาชีพอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ทำค่ายเบาหวานที่ส่วนกลาง และนำความรู้มาจัดอบรมภายในเพื่อเตรียมวิทยากรพี่เลี้ยงกลุ่มคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่มีความสนใจสมัครใจเข้าค่ายเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวนผู้ป่วย 99 คน ผู้ดูแล 51 คน แบ่งเป็น 3 รุ่น 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยจัดเป็นค่ายแบบค้างคืนนอกสถานที่ ใช้หลัก 3อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเรียนรู้เรื่องโรค เป้าหมายการควบคุม ยารักษาเบาหวานทุกชนิด การดูแลตนเอง การตรวจเลือดปลายนิ้วด้วยตนเอง การฝึกฉีดยาด้วยตนเอง การดูแลเท้า โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและฐานการเรียนรู้ วิทยากรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของเราเอง และมีทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่มคอยดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นกันเอง

ติดตาม 3 เดือน ดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องอาหารและการออกกำลังกายต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงของค่าน้ำตาลในเลือดและ HbA1c

ผลสำเร็จ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองดีขึ้นมาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะเรื่องอาหารได้เป็นอย่างดี ก่อนเข้าค่าย HbA1c <7% มีเพียง 36.73% 3 เดือนหลังเข้าค่าย HbA1c <7% เพิ่มขึ้นเป็น 63.27%

การขยายผล ตอนนี้ได้ขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนหลายอำเภอ โดยทีมเราได้จัดอบรมวิทยากรพี่เลี้ยง (Train the trainer) ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัด เพื่อให้สามารถไปจัดค่ายเบาหวานในระดับอำเภอของตนเองต่อไป จัดโครงการค่ายครอบครัวเบาหวานแบบเดิมอีก 2 รุ่น ผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมประมาณ 150 คน วางแผนนำแนวทางการเรียนรู้แบบฐานการเรียนรู้จากค่ายเบาหวานมาจัดกิจกรรมที่คลินิกเบาหวานลักษณะ One day camp เดือนละ 1 วัน

3.การตรวจเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

ปรับแนวทางการตรวจเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่คลินิกเบาหวานโดยเน้นการตรวจ Microalbuminuria การตรวจไขมันในเลือด การตรวจตา สอนการดูแลและการตรวจเท้าทุกคนอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

บริการเชิงรุกครบวงจรที่สถานีอนามัยและ PCU โดยตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อนครบทุกด้าน คือ ถ่ายภาพจอประสาทตา ไต (Cr, microalbuminuria) ไขมันในเลือด และตรวจเท้าด้วยmonofilament

แจ้งผลการตรวจและให้คำปรึกษาทุกรายในวันนั้นโดยทีมแพทย์ พยาบาล และส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติไปพบแพทย์เฉพาะทาง (ตา ไต) ต่อไป

แผนการพัฒนาปรับปรุงต่อเนื่อง

ขยายเครือข่ายทีมดูแลเบาหวานระดับจังหวัด ตั้งศูนย์การจัดการการพัฒนาการดูแล และรักษาผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาล การขยายและพัฒนางานเชื่อมโยงการดูแลตนเองสู่ชุมชน

ความภาคภูมิใจ / นวัตกรรม

- ทีมเข้มแข็ง ตอนนี้ได้ขยายเครือข่ายเป็นระดับจังหวัดไปแล้ว
- นวัตกรรม DM Hospital to home care pathway
- โครงการบริการดีเริ่มที่ผู้ให้บริการสุขภาพดี
- โครงการค่ายครอบครัวเบาหวาน
- การบูรณาการโครงการจากทุกกลุ่มฝ่าย และใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า
- การขยายเครือข่ายการดูแลสู่ทีมระดับจังหวัด

โครงการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง

รศ.นพ.ประชา นันทน์นฤมิตร

หลักการและเหตุผล

ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะน้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต และโรคหรือภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่รุนแรง เมื่อติดตามทารกกลุ่มนี้ไปในระยะยาว มีผลการศึกษาที่ชี้ชัดเจนว่า ทารกเหล่านี้มีความบกพร่องผิดปกติในด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ทั้งด้านระดับสติปัญญา ภาษา การเข้าสังคม อารมณ์ ต้องการความช่วยเหลือและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

หน่วยทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดทั้งที่เกิดในโรงพยาบาลรามาธิบดี และรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น ในแต่ละปีจะมีทารกเกิดก่อนกำหนดมาก น้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัม (very low birth weight infant, VLBW) ปีละ 50-60 ราย แม้จะมีแนวโน้มว่าจำนวนมารดาคลอดลดลงในแต่ละปี แต่จำนวนทารก VLBW กลับไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีจำนวนทารกที่รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับการรักษาในระดับตติยภูมิ เมื่อพิจารณาอัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม พบว่าอัตราการรอดชีวิตโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 80-85 ซึ่งเทียบได้กับอัตราการรอดชีวิตทารกกลุ่มเดียวกันในประเทศสหรัฐอเมริกา

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะโรคปอดเรื้อรัง (chronic lung disease) โรคลำไส้สั้น จอประสาทตาพิการที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity) ภาวะติดเชื้อ และยังมีความเสี่ยงในระยะยาว เช่น สมองพิการ (cerebral palsy) ปัญญาอ่อน พัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น ความผิดปกติในด้านสายตาและการได้ยิน เป็นต้น ภาวะดังกล่าวจำเป็นต้อง

ได้รับการดูแลโดยแพทย์ และทีมบริการสุขภาพจากหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ หน่วยโภชนาการเด็ก หน่วยพัฒนาการ หน่วยระบบประสาท และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น ด้วยเหตุที่ต้องติดตามโดยแพทย์จากหลายสาขา ทารกเหล่านี้จำเป็นต้องนัดมาตรวจรักษาจากหลายหน่วย หลายคลินิก ซึ่งเป็นความยากลำบาก และเป็นภาวะทั้งการเดินทางและค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัวอย่างมาก ผลที่เกิดตามมาคือ ทารกหลายรายขาดการรักษาและไม่มาตามนัด ข้อมูลก่อนเริ่มโครงการพบว่า ทารกที่นัดมาติดตามที่คลินิกทารกแรกเกิด รพ.รามาริบัติ มีเพียงประมาณไม่ถึงร้อยละ 50 ที่มาติดตามต่อเนื่องหลังอายุ 1 ปี สาเหตุอีกประการที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาคือ การขาดผู้ประสานงานหลักในคลินิก ที่จะติดตามผู้ป่วยและติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ยิ่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความซับซ้อนและมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก หากผู้ป่วยที่พลาดนัดไปแล้ว โอกาสจะกลับมาในระบบยิ่งยากมากขึ้น

ด้วยสภาพดังกล่าวข้างต้น หน่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาริบัติ จึงจัดตั้งโครงการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดมาก (VLBW infant) อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง จนกว่าทารกจะมีอายุอย่างน้อย 3 ปี โดยทีมสหสาขาวิชา ในลักษณะ one-stop service

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม อย่างต่อเนื่อง จนกว่าทารกจะมีอายุอย่างน้อย 3 ปี ที่คลินิกทารกเกิดก่อนกำหนด (VLBW)
2. เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในลักษณะ one-stop service
3. เพื่อให้ทารกทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน การมองเห็น และตรวจคัดกรองทางพัฒนาการ เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม (early intervention)
4. พัฒนาให้เป็นต้นแบบการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเป็นแหล่งการเรียนรู้ในด้านการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน

รูปแบบการดำเนินการโครงการ

โครงการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและครบวงจร เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี พ.ศ.2547 แบ่งระยะการดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะการเตรียมการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2547
2. ระยะเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548-ปัจจุบัน

3. ระยะติดตามและประเมินผล เริ่มหลังจากโครงการดำเนินการได้ประมาณ 6 เดือน และมีการประเมินผลเป็นระยะจนถึงปัจจุบัน

ทีมสหสาขา

ประกอบด้วย กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด กุมารแพทย์สาขาโภชนาการ กุมารแพทย์สาขาพัฒนาการ กุมารแพทย์สาขาโรกระบบประสาท แพทย์หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา พยาบาลหน่วย ambulatory และพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อกำหนดการมีส่วนร่วม กำหนดความรับผิดชอบและทำความเข้าใจถึงบทบาท และวิธีการประสานงานในแต่ละหน่วย โดยกำหนดผู้ประสานงานหลักของคลินิก (coordinator) และผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยย่อย

ผลการดำเนินการ

จำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดในโครงการ ตั้งแต่ 8 ธันวาคม 2547 ถึง กรกฎาคม 2550 มีทั้งสิ้น 123 ราย มีจำนวนครั้งการตรวจในคลินิก 182 ครั้งในปี พ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็น 290 ครั้งในปี พ.ศ.2549 ในครึ่งปีแรกของปี พ.ศ.2550 (มกราคม-มิถุนายน) มีจำนวนครั้งการตรวจแล้วทั้งสิ้น 183 ครั้ง มีทารกไม่มาตรวจตามนัดหรือขาดการติดตาม หรือย้ายไปต่างจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 16 ราย (ร้อยละ 13) ไม่มีผู้ป่วยทารกอายุโตเสียชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาล

ทารกที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องการดูแลจากทีมสหสาขา มีจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 23) แบ่งตามหน่วยที่ต้องดูแลเป็นดังนี้

หน่วยโภชนาการ (ทารกเลี้ยงไม่โต)	จำนวน 19 ราย
หน่วยโรกระบบทางเดินหายใจ	จำนวน 7 ราย
หน่วยพัฒนาการเด็ก	จำนวน 6 ราย
หน่วยกายภาพบำบัด เวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวน 5 ราย

ในจำนวนดังกล่าวข้างต้น มีทารกที่ต้องร่วมดูแลโดย 2 หน่วย จำนวน 6 ราย และร่วมดูแลโดย 3 หน่วย จำนวน 3 ราย

ทารกที่มีปัญหาจอประสาทตาพิการ และการได้ยินบกพร่องทุกรายได้รับการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องโดยจักษุแพทย์ และโดยแพทย์หู คอ จมูก

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ตัวชี้วัด	ก่อนมีโครงการ	หลังมีโครงการ
1. อัตราการมาตามนัดที่ OPD ในทารกน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม	<50%	87%
2. อัตราการตรวจคัดกรองการได้ยิน การมองเห็น และติดตามต่อเนื่องในรายที่ผิดปกติ	ไม่มีข้อมูล	
3. อัตราการได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยนักจิตวิทยา	ไม่เคยทำมาก่อน	100%
4. อัตราการให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา โดยทีมสหสาขาในราย	ไม่เคยทำมาก่อน	100%

ที่มี ปัญหาซับซ้อน		
5. อัตราได้รับบริการแบบ one stop service โดยมีพยาบาลประจำ คลินิกเป็นผู้ประสานงาน	ไม่เคยมีมาก่อน	100%
6. อัตราการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาต้องการการรักษาที่บ้าน เช่น Home oxygen หรือมีปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ	ทำเป็นบางราย, ไม่มีข้อมูล	100% และติดตามต่อเนื่อง โดยพยาบาลเยี่ยม บ้าน

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

บุญเรียม จุติวิโรจน์

1. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีแนวโน้มการเกิดและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากโรคนี้มีผลกระทบที่ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเสียไป ผู้ป่วยอาจช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นนับเป็นภาระอันหนักหน่วงของผู้ดูแลและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อน และกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำอีก ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งอาสาสมัครในชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่กลับมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 2.3 พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3. วิธีดำเนินการ

1. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ตั้ง Patient Care Team (PCT) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เช่น Nursing Practice Guideline, Home Care Pathway
- กำหนดแนวทางการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีม

- ประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆในการจัดหาเตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ ให้ผู้ป่วยยากไร้
 - เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ของเทศบาลตำบลคอหงส์
 - พัฒนาความรู้เรื่องโรค การทำหัตถการที่บ้าน และทักษะในการสอนให้กับพยาบาล เยี่ยมบ้าน
- 2. พัฒนาศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วย ญาติ และบริบทของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**
- จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะญาติ
 - จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ
 - จัดทำ CD และเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วย แจกจ่ายให้ผู้ดูแล
 - รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น ผู้จำหน่าย ราคา
- 3. สร้างชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างอาสาสมัครที่ทำงานด้วยความปิติของหัวใจอาสา**
- จัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชนคอหงส์
 - อาสาสมัครฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยและให้คำแนะนำญาติผู้ป่วย
 - จัดบันทึกการดูแลผู้ป่วยลงในสมุดบันทึกความดีของอาสาสมัคร
 - ก่อตั้งชมรม อสมอ.ร่วมใจ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
 - อาสาสมัครร่วมเป็นสมาชิกของ PCT
 - จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และเรื่องเล่าจากอาสาสมัคร
- 4. การขยายแนวคิดไปยังพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้**
- อบรม อาสาสมัครรุ่นที่ 2 ให้แก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจาก 4 อำเภอ ในจังหวัดปัตตานี
 - เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจาก อ. กระพ้อ จ.ปัตตานีได้นำแนวคิดไปใช้ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อดูแลในชุมชน
 - วางแผนจัดอบรมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจากจังหวัดยะลาและนราธิวาสในรุ่นที่ 3 และ 4 ต่อไป

4. ผลลัพธ์

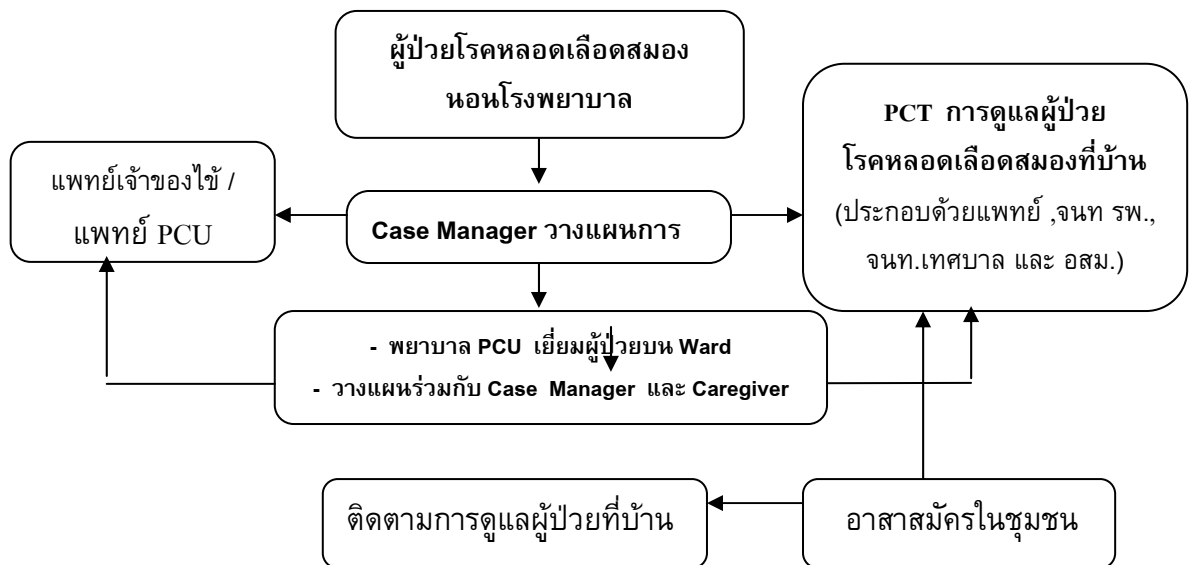
ตัวชี้วัด	ก่อนมีโครงการ (5 ราย)	หลังดำเนินการ 6 เดือน (14 ราย)	หลังดำเนินการ 18 เดือน (25 ราย)
1.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านตามเกณฑ์ของ Home Care Pathway (%)	-	92.9	100
2.จำนวนญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง	40	50	100

ภายหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 2 เดือน (%)			
3. อัตราการเกิด	- แผลกดทับ	80	21.4
	- ข้อติดแข็ง	20	21.4
	- Pneumonia	40	14.3
	- UTI	20	14.3
4. อัตรา Unplanned readmission ภายใน 30 วัน		60	14.3
			0 %

5. ผลกระทบ

จากการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านบวกหลายประการ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายของรัฐและผู้ป่วยรวมเป็นเงิน 1,471,495 บาท (คิดจากผู้ป่วย 10 ราย)

Flow Chart การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์



A35 : Quality Walk & Talk

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

วิไลพร บุญฤทธิ์	รพ.ศิริราช
หทัยนุช ภูเพ็ง	รพ.กงบไกรลาศ
จินตา เกียรติศักดิ์โสภณ	รพ.ปัตตานี
ภก.ลือรัตน์ อนุรักษ์พานิช	3M

Siriraj Quality Walk & Talk

วิไลพร บุญฤทธิ์

ความเป็นมา

การนำเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการขับเคลื่อนองค์กรให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนด การที่ผู้นำระดับสูงลงเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ เพื่อพบปะ พูดคุย กับผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่น จริงจัง และจริงใจของผู้นำในการนำองค์กรไปสู่ การพัฒนาที่ยั่งยืน การเยี่ยมหน่วยงานผู้นำต้องการที่จะเรียนรู้ประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับข้อดี ข้อด้อย ที่เกิดขึ้นในองค์กร เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้นำ เป็นการ ให้กำลังใจ แก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ เป็นการกระตุ้น และเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติงาน ให้ สามารถปฏิบัติงานอย่างมีชีวิตชีวา

Quality Walk & Talk นอกจากจะเป็นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสารสำหรับ องค์กรขนาดใหญ่แล้ว ยังเป็นการสร้างภาวะผู้นำ (Leadership) สร้างอิทธิพลด้านจิตใจให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เป็นการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่น ความจริงใจของผู้บริหารระดับสูงในการให้ ความช่วยเหลือ ส่งเสริม ผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ
2. ผู้บริหารระดับสูงรับฟังข้อเสนอแนะ และปัญหาต่างๆ ของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง และนำมา เป็นข้อมูลในการพิจารณาระบบ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

กลยุทธ์ที่ใช้

1. การนำผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้เสนอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานได้อย่างอิสระก่อให้เกิดคุณค่าทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความ ภาคภูมิใจในงานที่ทำ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อระบบบริหาร และกระบวนการดูแลผู้ป่วย
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริหาร โดยกำหนดบทสนทนาในการเยี่ยม หน่วยงาน รับฟังข้อเสนอแนะ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ให้ความช่วยเหลือ และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

ประสบการณ์ที่ยากเล่า

จากประสบการณ์ Quality Walk & Talk พบว่าผู้ปฏิบัติงานเห็นความมุ่งมั่น การอุทิศตนของผู้บริหารในการนำองค์กรมุ่งสู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายที่กำหนด

การนำผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่มีชีวิตชีวา การใส่ใจของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานยินดีที่จะบอกถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างตรงไปตรงมา เพื่อนำไปสู่การแก้ไข และปรับระบบอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

การตรวจสอบ การจับผิด การตั้งปัญหาพนักงาน หรือการใช้พฤติกรรมกรรมการประเมิน จะส่งผลให้เกิด Negative Environment

บทสรุปและกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

ได้เรียนรู้ว่าภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนให้องค์กรมุ่งสู่ “องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)”

บริการพยาบาล รพ.กงไกรลาศ

หทัยนุช ภูเพ็ง

งานบริการพยาบาลเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อนต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการปฏิบัติงานผนวกกับการทำงานด้วยใจ มีกลยุทธ์อย่างไรที่จะทำให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุขและด้วยหัวใจที่อยากให้บริการพยาบาล ที่เต็มไปด้วยศักยภาพความรู้ความสามารถ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อย่างหนึ่งของหัวหน้าพยาบาล ที่จะพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นติดตาม ให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ และ empowerment ในการปฏิบัติงานและขับเคลื่อนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน เพื่อสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยใช้

- เวชเบียนและผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกัน
- หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้สร้างบรรยากาศและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโดยการให้
 - เห็นศักยภาพ คุณค่าของตนเอง (พยาบาล)
 - Empowerment
 - การเรียนรู้ที่เรียบง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อนจับต้องยาก ไม่เน้นเอกสารแต่ใช้กรอบการเรียนรู้คือ C3THER และ Nursing Process มาบูรณาการให้ง่ายต่อการเข้าใจและเข้าถึง
 - สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยเป็นกันเอง
 - การยอมรับให้เกียรติ
 - สร้างขวัญกำลังใจ
- การสื่อสารระหว่างหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลเข้าใจตรงกัน ไม่ใช่การจับผิด

นิเทศหน้างาน รพ.ปัตตานี

จินตา เกียรติศักดิ์โสภณ

ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพสามารถตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวมและมีความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเป้าหมายที่สำคัญของบริหารการพยาบาล

การพัฒนาบริการพยาบาลให้มีคุณภาพด้วยอัตรากำลังพยาบาลที่ขาดแคลน และยังคงเครียดจากความไม่ปลอดภัยของชีวิตทั้งของตนเองครอบครัว คนใกล้ชิดผู้ร่วมงาน และเครียดมากขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียกับเพื่อนพ้องญาติพี่น้อง

แม้จะเหนื่อย จะเครียดอย่างไรพวกเราก็มุ่งมั่นที่จะพัฒนางานการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย โดยควรพัฒนาด้วยวิธีที่ง่าย ไม่ใช่สิ่งใหม่ ไม่เสียเวลาส่วนตัวมาประชุมเพิ่มความเสี่ยงในการเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่ทิ้งงานประจำ ไม่เครียด ไม่เร่งรัดจนเหนื่อย ในที่สุดก็หยุดทำ หากพิจารณางานที่พยาบาลทำอยู่ประจำตั้งแต่เช้า ตั้งแต่การรับ-ส่งเวร คือพยาบาลเวรตึกส่งข้อมูลของผู้ป่วยพยาบาล ให้เวรเช้า จากนั้นบางหน่วยงานมีการ conference ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยพยาบาลเจ้าของไข้

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ 12 กิจกรรมทบทวน พยาบาลจินตา เกียรติศักดิ์โสภณ หัวหน้าพยาบาล เสนอแนะว่าการทำงานของพยาบาลเองก็มีการทบทวนคือการรับ-ส่งเวร จะมีการส่งต่อข้อมูลปัญหา ความต้องการ การพยาบาล และประเมินผล จึงเสนอปรับการรับส่ง-เวรให้เป็นการทบทวนที่เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยประยุกต์เทคนิคการนิเทศและสุนทรียสนทนา เรียกว่าการนิเทศหน้างาน

การนิเทศหน้างานในขณะที่พยาบาลทำงานหนัก มีภาวะเครียด และกลัวการถูกตรวจสอบจากผู้บริหารการพยาบาล ต้องเริ่มด้วยการสานสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึก และพยาบาล เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ โดยการประชุม NSO สัมพันธ์ทุกเดือนมีการแจ้งข่าวสาร การดำเนินงานในแต่ละเดือนและเน้นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สนุกสนาน สร้างความสัมพันธ์ รับฟังความคิดเห็น ดังความคิดเห็นของพยาบาลท่านหนึ่งที่ว่า "ชอบการประชุมแบบนี้ เดิมมีแต่การประชุมวิชาการ พูดแต่ปัญหา ฟังแล้วเครียดไม่สบายใจ พวกเราก็เครียดๆ กันอยู่แล้ว"

"ดีที่จะได้รู้จักกัน เดียวนี้ไม่ค่อยรู้จักกัน เวลาติดต่อกันกันคุยทางโทรศัพท์จะได้เห็นหน้าออก" ซึ่งทีมบริหารการพยาบาลมีหน้าที่ดูแลความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน หากเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่ดีย่อมร่วมกันทำงานได้ดีด้วย และต่อมามี luncheon conference ทุกวันเพื่อทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยเสียชีวิต และที่มีอาการทรุดลง พยาบาลจากหลายหน่วยงานต่างๆ มารับประทานอาหารที่ยังร่วมกัน และทบทวนการพยาบาลทุกวัน

ประมาณวันละ15คนต่อวัน พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกล่าวว่า” ดีค่ะพวกเราได้สานสัมพันธ์กันคุยกันเรื่องงาน แต่เดิมพวกเราไม่ค่อยพบกัน พูดคุยกัน ไม่เข้าใจกัน”

การนิเทศหน้างานโดยหัวหน้าพยาบาลและทีมคุณภาพซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าตึกพยาบาลระดับปฏิบัติในกลุ่มหอผู้ป่วยที่นิเทศ การนิเทศแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้อาศัยความสัมพันธ์แบบพี่น้องไม่ใช่หัวหน้ากับลูกน้อง การรับฟัง การใช้คำพูดทางบวกไม่ใช่หัวหน้ากับลูกน้องจะเติมเต็มให้แก่กันในเรื่องความรู้ การพยาบาล ไม่ใช่การตรวจสอบ ชื่นชมการทำงานดี การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ที่สำคัญได้แสดงการรับรู้ความรู้สึกรักของพยาบาลที่ได้ใช้แรงกายแรงใจดูแลผู้ป่วยในภาวะที่จำกัดและเครียดเช่นนี้

การนิเทศโดยการรับส่งเวรที่ช่างเตียงผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และทีมทักทายผู้ป่วย พยาบาลเวรตึกก่อนบันทึกการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาเช่นการพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนการตรวจรักษาของแพทย์

ปัญหาความต้องการ การพยาบาล การให้ยา การค้นหา ป้องกัน เฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกและทั่วไป การป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ ในรอบวันที่ผ่านมา พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินอาการ รับฟังความรู้สึกความคิดเห็นของผู้ป่วย ชื่นชมผู้ป่วยและญาติที่ดูแลสุขภาพของตนเอง วางแผนการพยาบาลพร้อมบันทึกในบันทึกการพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องที่สนใจ และการเพิ่มคุณค่าการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

การนิเทศโดยหัวหน้าพยาบาล ทีมคุณภาพนิเทศหน่วยงานละ 3 วันติดต่อกันเพื่อจะได้นิเทศ พบปะทำความเข้าใจกับพยาบาลเกือบทุกคนในหน่วยงาน เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความดีอยู่ในตัว พร้อมทั้งจะทำความดี พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงหากมีความเข้าใจในสิ่งที่จะปฏิบัติ ทีมบริหารการพยาบาลจะต้องใส่ปุ๋ย พรุนดินให้ ความดีก็จะงอกงาม ส่วนหัวหน้าตึก/งานนิเทศหน้างานทุกวัน และบันทึกการนิเทศ ส่งทีมพัฒนาคุณภาพ ทุกวันจันทร์บ่ายมีการนำประเด็นที่ได้จากการนิเทศงานนำมาแก้ปัญหาในเชิงระบบทั้งในกลุ่มการพยาบาลและหากเป็นเรื่องที่ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นจะเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาปรึกษานำไปสู่การวางระบบการทำงานได้เป็นอย่างดี บางส่วนนำไปประสานกับทีมนำทางคลินิกหรือทีมประสาน

การอ่านบันทึกการพยาบาลในการรับ-ส่งเวร เป็นการใช้ประโยชน์จากการบันทึกและเป็นการทบทวนการบันทึก ส่งผลให้พยาบาลเห็นคุณค่าของการบันทึก ต่างจากเดิมที่เกือบจะไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ ทำให้บันทึกการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

การนิเทศหน้างานยังมีการค้นหาความเสี่ยงด้านการพยาบาลแบบเชิงรุก จากรายงานอุบัติการณ์ที่มีจำนวนน้อย ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ กล่าวรายงานจึงได้ค้นหาความเสี่ยงจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตและมีอาการทรุดลงโดย luncheon conference มีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ย 2 รายต่อวัน ผู้ร่วมทบทวนเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติ ทีมคุณภาพประมาณ 12 คนต่อวัน ในระยะเริ่มแรกผู้ร่วมทบทวนรู้สึกไม่สบายใจ กลัวถูกตำหนิถูก ลงโทษ

ต่างคนต่างทบทวนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ต่อมาเมื่อผู้ทบทวนรับรู้ว่าการทบทวนมุ่งหา จุดอ่อนข้อบกพร่องการพยาบาล ไม่ได้ระบุตัวบุคคล จึงมีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นทั้งภายใน กลุ่มและระหว่างกลุ่มเกิดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขึ้นตามธรรมชาติ สอดแทรกการสอนการให้ ความรัก ความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีการบันทึกการทบทวนเพื่อนำไปวางระบบป้องกันการ เกิดความเสี่ยงขึ้นอีก ทุกวันจันทร์

การนิเทศหน่วยงานทำให้ทีมบริหารได้พบปะพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ได้รับความรู้สึก เหนื่อยยากของพยาบาลการเผชิญกับข้อจำกัด ข้อขัดข้องต่างๆ ในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ พยาบาลทุกหน่วยงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในด้านวิชาการพยาบาลและการเคารพในความ เป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจ การพยาบาลที่ละเอียดอ่อน และการเคารพในความ เป็นมนุษย์ของผู้ป่วย เป็นการสะสมความรู้ สะสมคุณภาพอย่างเป็นระบบ เป็นการฝังระบบ คุณภาพในงานประจำที่ทำทุกวัน จะส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การสร้างความรักผูกพันของพนักงาน เพื่อสร้างองค์กรที่มีชีวิต

ภก. ลีอรัตน์ อนุรัตน์พานิช

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแข่งขันเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และสังคม องค์กรจะต้องมีการจัดการทางกลยุทธ์ และ ยุทธศาสตร์ รวมทั้งการพัฒนา ระบบต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว จะต้องใช้ วิธีการ องค์กรประกอบ และความ พยายามแบบทั่วทั้งองค์กร ไม่ว่าจะเป็น การใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เกณฑ์การพัฒนา โรงพยาบาล หรือ เครื่องมือทางคุณภาพต่างๆ เช่น TQM, QCC, Six Sigma, RCA เป็นต้น ซึ่ง ปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนแนวคิดจนนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมจะต้องเกิดจาก ความพยายามของบุคคล และบรรยากาศการทำงานในองค์กรว่าเอื้อต่อการปรับปรุง พัฒนา องค์กรสู่การเป็นองค์กรที่มีชีวิตเพียงใด

การเป็นองค์กรที่มีชีวิต หมายถึงการที่องค์กรสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอัน เนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม และการแข่งขัน หรือความต้องการจากลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การปรับตัวขององค์กร เปรียบประหนึ่งร่างกายของสิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวได้ จนสามารถเอา ชีวิตรอด และดำรงเผ่าพันธุ์ได้ การที่ขาดคุณสมบัติด้านการปรับตัวของสิ่งมีชีวิต หรือ ของ องค์กรจะนำมาซึ่งการไม่พัฒนา จนนำไปสู่การเสื่อมสลายในที่สุด

เราสามารถสร้างองค์กรให้มีชีวิตนั้น จะต้องเริ่มที่การสร้างความปลอดภัย และรักผูกพันต่อ องค์กรของสมาชิกในองค์กร รวมถึงการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และร่วมมือ ซึ่งผู้นำจะต้องบูรณาการเครื่องมือทางด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เครื่องมือพัฒนาองค์กร รวมทั้งเครื่องมือทางคุณภาพอื่นๆอย่างเข้มข้น เช่น ต้องมีการใช้การ บริหารเชิงกลยุทธ์ ที่ต้องถ่ายทอดเป้าหมายทางกลยุทธ์ลงสู่พนักงานทุกระดับให้พนักงานมี

เป้าหมาย หรือตัวชี้วัดระดับบุคคล จากนั้นต้องใช้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เช่น การฝึกอบรม , การสอนงาน, การมอบงานที่ทำทายมากขึ้น ,การให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นต้น

นอกจากนี้ การสร้างบรรยากาศการทำงานที่เป็นองค์กรที่มีชีวิตนั้น ต้องใช้เครื่องมือ ทางด้านการพัฒนาองค์กรเช่น การทำกิจกรรมสร้างทีมงาน walk rally การสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ ทั่วทั้งองค์กร กิจกรรมKM เป็นต้น และกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้พนักงานรัก และผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความรักและผูกพันที่พนักงานมี จะเป็นแรงผลักดันให้พนักงานสร้างผลงาน พร้อมทั้งยอมรับ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ บรรลุเป้าหมายการเป็นองค์กรที่มีชีวิต อันจะนำองค์กรสู่การเป็นเลิศเพื่อลูกค้าและสังคมในอนาคต

A45 : Moving Theater

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 5

ทพ.ญ.ดลฤดี ชมภูรัตน์	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
สุวรรณ พานแก้ว	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

Moving Theater มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการสร้างใหม่ สะสม และเก็บไว้ ของเรื่องราวความสำเร็จ ความดีงาม ใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมเป็นการทำงานจิตอาสาจากแพทย์ ทันตแพทย์ นักวิชาการ และผู้ช่วยนักวิชาการ ประมาณครั้งละ 3-7 คน เวียนไปเยี่ยมและฟัง คนปฏิบัติงานเล่าเรื่องงานที่ดี สำเร็จ และที่ภาคภูมิใจ ณ สถานที่ปฏิบัติงานครั้งละแห่ง โดยไม่ยึดติดรายละเอียด กำหนดแต่วันเวลาที่แน่นอนเท่านั้นว่า เป็น วันพฤหัสบดี หรือศุกร์ เวลา 15.00 น

การเยี่ยมเน้นให้ผู้ปฏิบัติกล้าที่จะเล่าความดี ฝึกเล่าเรื่องราวของสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น ให้เกิดบรรยากาศอบอุ่นความสุขในหน่วยงาน ในสังคมช่วยกันรดน้ำใส่ปุ๋ยความดีไม่ว่าจะเป็นงานใหญ่มีใบมีดดอกไม้ผลครบหรือกำลังเริ่มเป็นหน่ออ่อนที่เพิ่งงอกใหม่ และให้ผู้เยี่ยมฝึกฟังคนอื่น ๆ อย่างตั้งใจ หัดชื่นชมความดีที่คนอื่นทำ

ทีมเวทีส์ถูกเริ่มเยี่ยมห้องปฏิบัติการกลางเป็นแห่งแรก

หลังจากนั้นก็เวียนเยี่ยมตามที่ได้รับภาระนัดหมาย ตอนนี้เยี่ยมไปแล้ว 30 หน่วยทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยและหน่วยสนับสนุน พบว่าตอนเตรียมและตอนเริ่มเวที พื้นที่มักบอกว่าไม่ทราบจะเล่าอะไร แต่เมื่อเห็นผู้คนที่มาฟังตั้งใจ ค่อยๆ เล่า เพิ่มเรื่อยๆ แต่ละแห่งมีความดีความสำเร็จแตกต่างกันไป แต่สิ่งที่พบเสมอในเวที คือ

- ผู้ถูกเยี่ยมที่เกร็งมากในช่วงแรก จะผ่อนคลาย และค่อยเล่าเรื่องน่าประทับใจมากในช่วงหลัง บรรยากาศดีมากที่สุดในช่วงหลัง
- ผู้รับการเยี่ยมตั้งใจที่มีคนมาฟังงาน (ผมฟังแล้ว มีแรงทำงาน, ตั้งแต่ทำงานมาวันนี้ผมมีความสุขที่สุด, ภูมิใจ, รักงาน, เหนื่อยแต่ไม่ย้าย, มีความสุขดีแล้ว)
- ทั้งคนที่เล่าและคนที่ฟังมีความสุขไปพร้อมๆ กัน
- ผู้ที่เล่าได้น่าประทับใจคือ คนระดับที่ทำงานเพื่อบริการผู้อื่นด้วยใจเสียสละจริงๆ
- เจ้าหน้าที่ รพ.เชียงใหม่ทำงานเกินกำลังทุกจุดที่เยี่ยม แต่มีกำลังใจดีที่จะทำงานหนักนี้ต่อ

หลังการเยี่ยมทุกครั้ง จะทำ AAR และปรับปรุงงานเรื่อยๆ จาก อาสาสมัคร ไร้รูปแบบ ก็กลายเป็นมีรูปแบบ ชัดเจนขึ้น มีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการรายงานต่อ

กรรมการบริหาร มีการบันทึกทุกครั้งลง weblog <http://gotoknow.org/blog/mt-crh> มีวารสาร
เวทิสัญจรเพื่อเผยแพร่ข่าวดีแล้ว 3 ฉบับ และมีการสนับสนุนจากศูนย์คุณภาพ ทำให้งานเป็น
ระบบมากขึ้น

ได้คัดงานที่เป็นตัวอย่างจาก 4 หน่วยงาน ให้ไปเล่าการทำงานให้นิสิตแพทย์ปี 4 ในวิชา
เวชศาสตร์ชุมชนฟัง พบว่านิสิตแพทย์ตั้งใจฟังและชื่นชมความเสียสละ เข้าใจความลำบากของ
การทำงานของเจ้าหน้าที่ อันเป็นปฐมบทของการเป็นแพทย์ที่ดี ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อ
จะเข้าใจช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยต่อไป

B15 : Prevention of IV Infection and Other Serious Complications

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 5

ดร.กรองกาญจน์ สังกาศ
สไตส์ เกตุไฉย

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
รพ.ศิริราช

การเปิดเส้นเลือด (vascular access) เพื่อให้สารน้ำ ยา และ/หรือ การรักษาอื่น ๆ นั้น นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากในกระบวนการรักษาผู้ป่วย เพราะถ้าไม่มีเส้นเลือดที่เหมาะสมไม่สามารถเปิดเส้นเลือดได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือยาล่าช้า ไม่ทันต่อการรักษา มีผลให้มีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ จึงเห็นได้ว่าปัจจุบัน 90% ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยการใส่สายเข้าหลอดเลือดในหลายรูปแบบ เช่น 15 % ใส่สายเข้าหลอดเลือดใหญ่ (central vein) ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นการใส่สายเข้าหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral vein)

การให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดมีความสำคัญมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากแต่ก็มีภาวะเสี่ยง(risky process) ที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดผลแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ตามมา ซึ่งภาวะที่พบบ่อยก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต และเกิดการฟ้องร้องบุคลากรผู้ดูแลรักษาได้แก่ การติดเชื้อเข้ากระแสเลือด (CR-BSI) หลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) การได้รับน้ำปริมาณมากเกินไป (volume overload) และภาวะสารน้ำและยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (infiltration and extravasation)

กรณีแรกชาวไทยวัย 65 ปี ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเบาหวาน หมดสตีรับไว้ในโรงพยาบาล ต้องได้รับสารน้ำและยาเข้าหลอดเลือดดำใหญ่อย่างรีบเร่ง (venesection/ cut down) และต่อมาได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยการฟอกไต (hemodialysis) อาการดีขึ้นกลับไปบ้านได้แต่ต้องมารับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 วัน หลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยกลับมาด้วยภาวะไข้ขึ้นสูงมากมีการติดเชื้อที่ exit site ที่ทำ hemodialysis และมีการติดเชื้อในกระแสเลือด เชื้อที่พบนั้นคือต่อยาปฏิชีวนะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นอยู่โรงพยาบาลนานวัน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

กรณีที่สอง ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบพบได้บ่อยมาก ซึ่งสาเหตุเกิดจากการแทงเข็มในตำแหน่งไม่เหมาะสม ยาหรือสารละลายที่ทำให้ความเข้มข้นเกินไป และยึดตรึงเข็มไม่ถูกต้องเหมาะสม สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการเจ็บปวดและถูกแทงเข็มในตำแหน่งใหม่อีก ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจและทำให้เสียค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เพิ่มขึ้น

กรณีที่สาม คุณลุงวัย 84 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะอ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้มาหลายวัน ต้องได้รับการเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำหลังจากให้สารน้ำได้ 4 ชั่วโมง พบว่ามีการควบคุมการหยดของสารน้ำไม่ดีพอ มีปริมาณของน้ำเข้าร่างกายมากเกินไป

(volume overload) มีผลให้เกิดภาวะ pulmonary edema ต้องย้ายเข้ารักษาต่อใน ICU อีกนานหลายวัน ประกอบกับผู้ป่วยมีอายุมากสุขภาพอ่อนแอมาก ผลแทรกซ้อนตามมาในขณะที่อยู่ ICU เกิดการติดเชื้อดื้อยาและถึงแก่กรรม

กรณีสุดท้ายภาวะ infiltration และ extravasation หมายถึง ภาวะที่ปลายเข็มแทงออกนอกหลอดเลือด ทำให้มีสารน้ำ และ/หรือ ยาออกนอกหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบ ๆ ถ้าสารละลายนั้นมีความเข้มข้นเท่ากับสารในเลือดจะไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อจะพบมีแต่การบวมเรียกว่า infiltration แต่ถ้าสารละลายนั้นมีความเข้มข้นสูงเป็นสาร vesicant เช่น ยาเคมีบำบัด เมื่อมีการรั่วออกนอกเส้นเลือดจะทำลายเนื้อเยื่อรอบ ๆ เรียกว่า extravasation และถ้ามีความรุนแรงมากจะทำลายกล้ามเนื้อ เส้นประสาทบริเวณใกล้เคียง ทำให้เกิดการเจ็บปวดมากอาจกลายเป็นบาดแผลใหญ่ การทำงานของมือนั้นลดลง อาการแรกจะเจ็บปวดมาก และเป็นเรื้อรังอยู่ยาวนานเป็นเดือนเป็นปี

กรณีศึกษาที่พบผู้ป่วยหลายรายกล่าวคือ เด็กน้อยวัย 11 เดือนป่วยด้วยไข้สูงมาก ต้องได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ปรากฏว่าภายใน 3 ชั่วโมงที่ได้รับสารน้ำและได้ยา IV push เด็กน้อยร้องไห้เป็นระยะตลอดเวลา เมื่อตรวจสอบบริเวณให้สารน้ำพบว่ามีการบวมเป่งและรอยที่ให้อาการอักเสบแดง เด็กน้อยร้องไห้ด้วยความเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก และอีกกรณีที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่หลังมือ พบว่าขณะพยาบาลกำลังฉีดยาผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมากแต่ก็อดทน ต่อมาพบว่าบริเวณที่ฉีดยามีการอักเสบ มีการทำลายเนื้อเยื่อเป็นบริเวณกว้าง รวมทั้งเส้นประสาทบริเวณนั้นผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดรุนแรงมาก ทำงานไม่ได้ และต้องทำศัลยกรรมตกแต่งตามมา สาเหตุที่เกิดเนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัด และทักษะการแทงเข็มไม่ชำนาญซึ่งสาเหตุที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาบาลที่ฉีดยานั้นมีประสบการณ์น้อยไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดและขาดทักษะในการแทงเข็มอีกด้วย ดังนั้นผลตามมามีคือ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอยู่ยาวนานเป็นปี เกิดการฟ้องร้องทั้งคดีแพ่งและอาญา และถามหาจริยธรรมของผู้ดูแลรักษา ทำไมถึงต้องเพิ่มทุกข์กายทุกข์ใจให้เขาอีก

ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยที่กล่าวมานั้น สามารถป้องกันได้มากกว่า 90% โดยบุคลากรที่ดูแลทุกคน ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยสารน้ำต้องร่วมด้วยช่วยกัน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและมาตรฐานการรักษาด้วยสารน้ำ (Guideline / standard of IV therapy) อย่างเคร่งครัด แบ่งปันความรู้ ใสใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทั้งทีมผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ เราจึงควรปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำโดยเน้นวัฒนธรรมแห่งความปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้อันตราย และได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาพยาบาลด้วยยึดหลัก 4 S “Save Line, Save Life, Safety Smile and Satisfaction” หรือเป็นคำไทยว่า “รักษเส้น รักษาชีวิต กับรอยยิ้มที่อบอุ่น และประทับใจ”

B25 : ขับเคลื่อนไปด้วยพลังใจที่ยิ่งใหญ่ ในองค์กรแห่งความมีชีวิตชีวา

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 5

พลตรีบุญลือ วงษ์ท้าว	รพ.ค่ายสุรนารี
นพ.สมชัย นิจนานิช	รพ.มหาราชนครราชสีมา
พญ.นิลเนตร วีระสมบัติ	รพ.สูงเนิน
นพ.วชิระ บถพิบูลย์	รพ.ชุมพวง
นพ.วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	สสจ.นครราชสีมา

“องค์กร...มีชีวิตชีวา” แค่ฝัน...หรือร่วมกัน...สร้างได้... !!!

พลตรีบุญลือ วงษ์ท้าว

โรงพยาบาลทหารบกเป็นหน่วยงานบริการสุขภาพให้กับกำลังพลและครอบครัว ตลอดจนประชาชนทั่วไป ยังต้องมีภารกิจสนับสนุนการปฏิบัติการต่าง ๆ ของกองทัพทั้งในยามปกติและในยามฉุกเฉินได้ในทุกสถานการณ์และทุกสภาวะแวดล้อม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีภารกิจทั้งภารกิจประจำและภารกิจพิเศษต่าง ๆ อยู่แล้ว ยังต้องรับผิดชอบงานด้านพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและตึงเครียด ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ลดน้อยลง

โครงการองค์กรมีชีวิตชีวาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารจัดการในรูปแบบธรรมาภิบาลเข้าถึงสวัสดิภาพ สวัสดิการ ถึงระดับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุข สนุกกับการทำงาน พัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ร่มรื่น สวยงาม และปลอดภัย ทั้งนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานความพอเพียงและยั่งยืน

องค์กรมีชีวิตชีวา (Living Organization)

มุมมองของนักวิชาการการบริหารจัดการองค์กรยุคใหม่ นอกจากบุคคลากรหรือคนในองค์กรซึ่งมีชีวิตแล้ว ตัวองค์กรเองก็คือสิ่งมีชีวิต มีกำเนิด มีเจริญเติบโต มีเฟื่องฟู มีร่วงโรยและมีจุดจบ หมุนเวียนสลับกันไป ในวงจรชีวิต 8 – 15 ปี โดยมีระบบ IT เข้ามามีบทบาทและเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นทั้งบุคลากรและ องค์กรคือสิ่งมีชีวิตและต้องมีชีวาด้วย แล้วองค์กรที่ว่าเป็นคืออะไร ทำไมต้องมีชีวิต และจะเป็นได้อย่างไร น่าสนใจติดตาม

องค์กรมีชีวิตชีวา หลากหลายความหมาย ที่ผู้รู้ให้ไว้... “องค์กรพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานและสร้างจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม” ... “องค์กรที่มีความชอบธรรมทางสังคม

สามารถเป็นสมาชิกที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสังคม และรับผิดชอบต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร” ... “องค์กรที่ใส่ใจในชีวิตมนุษย์ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง” ... ทั้งหมดนี้

มีความหมายในเชิงให้คุณค่ากับคนทั้งในและนอกองค์กรอย่างสูงยิ่ง ไม่น่าเชื่อว่าแนวคิดเชิงการบริหารจัดการนี้ซึ่งกำลังถูกกล่าวขานถึงกันมากในบ้านเราในปัจจุบัน เกิดจากความคิดของเด็กชายชาวอเมริกันกลุ่มหนึ่งที่ขาดเรียนออกจากโรงเรียนมาประกอบธุรกิจร่วมกัน เมื่อ 70 กว่าปีมาแล้ว (Robert Carter, Joseph Burnett, 1932) โดยมีปรัชญาและแนวคิดที่ร่วมสมัยจวบจนปัจจุบัน สรุปว่าองค์กรที่มีชีวิตชีวา มีคุณลักษณะ 3 ประการ หนึ่ง มีภาพลักษณ์มีชีวิตชีวา (Living Image) สอง มีผลงานมีชีวิตชีวา (Living Products) สาม บุคคลากรมีความรักความผูกพัน (Living, Loving Personel)

มีปรมาจารย์ทางการบริหารท่านหนึ่งเสนอมุมมองหนึ่งว่า มององค์กรมีชีวิตชีวา 2 มิติ ด้านความสัมพันธ์ที่มีความสุขภายในองค์กร (Happy Relationship) และองค์กรมีวงจรชีวิต (Life Cycle) พอถึงช่วงหนึ่งของชีวิตองค์กรที่ร่วงโรย ก็สามารถสร้างให้มีชีวิตชีวาขึ้นมาใหม่ (Revitalizing Ability) เพื่อเข้าสู่วงจรใหม่ต่อไป

การนำพาสู่ความสำเร็จขององค์กร

โรงพยาบาลทหาร โดยเฉพาะโรงพยาบาลทหารบก 37 แห่งในปัจจุบัน คือองค์กรบริการสุขภาพของกองทัพ มีบริบททางภารกิจ ความรับผิดชอบ และมีปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะตัวกว่าองค์กรอื่น นอกเหนือจากบทบาทการบริการสุขภาพทั่วไปดังกล่าวแล้วข้างต้น ยังมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการตอบสนองทุกภารกิจของกองทัพ ในทุกสถานการณ์ และในทุกสภาวะแวดล้อม มีวัฒนธรรม ค่านิยมขององค์กรแบบทหาร ผู้นำองค์กรมีอำนาจเบ็ดเสร็จชนิดสั่งได้ทุกเรื่อง และในปัจจุบันแทบทุกองค์กรถูกนำเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพ ในรูปแบบต่างๆ กัน ดังนั้นบุคลากรของหน่วยงานเหล่านี้จึงต้องตกอยู่ในสภาพทั้งเต็มใจและจำยอมเพียงใดสุดจะคาดเดาได้

จึงขอเสนออีกแนวทางหนึ่งเพื่อนำพาองค์กรบริการสุขภาพ สู้สังคม บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมแห่งความมีชีวิตชีวาใน 4 บริบท หนึ่ง ด้านระบบบริหารจัดการ สอง ด้านคนและครอบครัว สาม ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย สี่ ด้านความพอเพียงและยั่งยืน

ระบบบริหารจัดการดี มีธรรมาภิบาล ระเบียบ ระบบขององค์กรที่ได้มาตรฐาน มีธรรมาภิบาล ปกครองบังคับบัญชาด้วยระบบคุณธรรม การบริหารจัดการงบประมาณและการเงินด้วยความถูกต้อง โปร่งใส เป็นธรรม เป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหารจัดการภาครัฐ

คนและครอบครัวมีความสุข สนุกกับงาน คนคือทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กร ภารกิจประจำวันของแต่ละคนในองค์กร ต้องบริหารจัดการอยู่ 3 เรื่อง คือ เรื่องที่หนึ่ง ส่วนตัว และ ครอบครัว เรื่องที่สอง งานในหน้าที่ และเรื่องที่สาม สังคมและเรื่องส่วนรวม เรื่องส่วนตัว

และ ครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุด ถ้าครอบครัวดีอบอุ่น เข้มแข็ง ย่อมส่งผลดีต่อการปฏิบัติ ภารกิจหน้าที่การงาน ส่วน สังคม ทั้งในชุมชนและหน่วยงานดี ชีวิตก็มีความสุข ทำงานก็มีความสุข ดังนั้นการดูแลสุขภาพสวัสดิภาพสวัสดิการและคุณภาพชีวิตต้องลงลึกถึงระดับครอบครัว และ ชุมชน ด้วย

สิ่งแวดล้อมสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย ร่มรื่นสดใส สวยงามและปลอดภัย ทั้งผู้ให้ และ ผู้รับบริการย่อมมีแต่ความรื่นรมย์ น่าอยู่ น่าทำงาน

ความพอเพียง ต่อเนื่อง ยั่งยืน ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ ฯ อันประกอบด้วย ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันในตัว ผสมผสาน ความรู้ ความสมดุลง คุณธรรมและความยั่งยืนสู่ เป้าหมายขององค์กร ภาพลักษณ์ที่มีชีวิตชีวา ผลงานที่มีชีวิตชีวา เห็นคุณค่าและความสำคัญของทุกชีวิตที่เกี่ยวข้อง บุคคลากรมีความรัก เอื้ออาทร ร่วมคิด ร่วมทำ มีความเสียสละ ใฝ่หาใจกัน เคารพรัก ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เคารพสิทธิและใส่ใจเพื่อนมนุษย์ทั้งในและนอกองค์กร

องค์กรมีชีวิตชีวา...แล้วใครได้รับประโยชน์

บุคคลากรมีชีวิตชีวา มีความสุข สนุกกับงาน ความสุขเป็นความปรารถนาเบื้องต้นของมวลมนุษย์ เมื่อบุคคลากรมีความสุข สนุกกับงาน ย่อมเป็นหลักประกันถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของงาน ผลงานมีชีวิตชีวา งานบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางการแพทย์ ต้องตอบสนองทุกภารกิจของหน่วยเหนือ (กรมแพทย์ทหารบกและกองทัพบก) นอกเหนือภารกิจประจำพื้นฐานของงานบริการสุขภาพ และอีกภารกิจหนึ่งที่สำคัญคือความเป็นสถาบันทางการแพทย์ นอกจากมีองค์ความรู้เทคนิคเฉพาะแล้วยังต้องมีความเป็นวิชาชีพ (Professional Practical and Academic) ภาพลักษณ์องค์กรมีชีวิตชีวา องค์กรและสังคมต้องอยู่ร่วมกัน เกื้อกูลพึ่งพากัน องค์กรมีความสุข สังคมจะสงบสุข เจริญรุ่งเรือง พอเพียงและยั่งยืนตลอดไป

**B35 : เรื่องเล่า หมู่เฮาชาวอีสาน
(ผลงานคัดเลือกผ่าน HACG ขอนแก่น)**

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

วิไล ทานาลาด	รพ.กระนวน
มนทิวา วรณพิมพ์ศรี	รพ.ศรีนครินทร์
ทัศนีย์ โพนสุวรรณ	รพ.โพธิ์ชัย
อภิวันท์ ไทงามศิลป์	รพ.ภาพสินธุ์
รศ.นพ.วิสุทธิ์ สุชีพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ.สมคิด เลิศสินอุดม	รพ.ขอนแก่น

การถอดบทเรียน “องค์กรที่มีชีวิต” กรณีอหิวาตกโรคระบาด อ.กระนวน

วิไล ทานาลาด (รพ.กระนวน)

บทนำ/ความเป็นมา

ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอกระนวนได้รับรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อเวลา 09.30 น. ของวันที่ 28 กันยายน 2550 ผู้ป่วยมาด้วยอาการอุจจาระร่วงอย่างแรง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียและ shock เป็นผู้ป่วยมาจากพื้นที่บ้านกุดจาน หมู่ 4 ตำบลน้ำอ้อม

ในวันเดียวกันได้มีผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายกันเข้ามารับการรักษาเพิ่มอีก 8 ราย ทุกรายได้รับการตรวจและทำ RSC พร้อมกับสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ทันที ผลการตรวจเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยในวันที่ 29 กันยายน 2550 ยืนยันการติดเชื้อ Vibrio cholerae Eltor Ogawa จำนวน 7 ราย จาก 8 ชุมชน

จากผลดังกล่าวทำให้ทีม SRRT ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวนจัดตั้ง “ศูนย์เฉพาะกิจเพื่อการปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรคอหิวาตกโรค” ทันทีเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2550 ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน ตลอดจนรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการดำเนินงาน ศึกษาขอบเขตของการระบาด ความรุนแรงและการกระจายของโรค เพื่อให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของทีม SRRT ที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคทั้งในและนอกสถานบริการพื้นที่

วิธีการดำเนินงาน

เริ่มจากแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงาน รวบรวม ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และสอบถามจาก ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการติดตามจากประวัติ การ ตรวจร่างกาย และสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการตรวจสอบสภาพแวดล้อมอื่น ๆ และการเฝ้าระวังติดตามผู้สัมผัสในชุมชน และการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ กับปัจจัยเสี่ยง เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค ตามมาตรการด้านระบาดวิทยา

ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรค โดยทีม SRRT ของเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอกระนวน ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนโรคสงบลงได้พอจะสรุปผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายแรกมีอาการเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2550 และพบผู้ป่วยรายสุดท้าย เมื่อ วันที่ 17 ตุลาคม 2550 ซึ่งวันที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือวันที่ 5 ตุลาคม 2550 จำนวน 32 ราย โดยมีผู้ติดเชื้อที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการทั้งสิ้น 199 ราย แยกเป็นผู้ป่วยที่มีอาการ 134 ราย (passive case = 111 ราย, active case = 23 ราย) ผู้สัมผัสที่ไม่แสดงอาการจำนวน 65 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต

ผู้ติดเชื้อทั้งหมดเป็นการติดเชื้อ *Vibrio cholera* Eltor Ogawa ผู้ป่วยกระจายอยู่ใน พื้นที่ 45 หมู่บ้าน ของ 8 ตำบล โดยตำบลที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุดคือตำบลหนองโก (81 ราย) รองลงมาคือตำบลหนองกุงใหญ่ (37 ราย) และตำบลห้วยโจด (24 ราย) ตามลำดับ พบว่าตำบล หนองโนเป็นเพียงตำบลเดียวที่ไม่พบการติดเชื้อของการระบาดในครั้งนี้

กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 30-49 ปี ในการดำเนินการควบคุมและ ป้องกันโรคโดยทีม SRRTของเครือข่าย ได้ดำเนินการค้นหาผู้สัมผัสและพาหะตลอดจนแหล่ง โรคในพื้นที่และปัจจัยเสี่ยงด้วยการทำ RSC ทั้งสิ้น 4,083 ราย (ผู้ป่วย:RSC = 1: 38.78 ราย)

การเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจจำนวน 251 ตัวอย่าง พบเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุ 1 ตัวอย่าง คือหอยแครงจากตลาดสดในพื้นที่ อีกทั้งได้ตรวจค้นหาผู้สัมผัสอาหารที่เป็นพาหะ/ แหล่งรังโรค พบว่าผู้สัมผัส/จำหน่ายอาหารพบผู้เป็นพาหะจำนวน 8 ราย จากการตรวจ 416 ราย ซึ่งทีม SRRT ได้ดำเนินการควบคุมตามมาตรการจนโรคสงบลงได้ภายใน 3 สัปดาห์ และ เฝ้าระวังโรคอย่างเข้มข้นจนพ้นระยะเฝ้าระวัง ยังไม่พบการระบาดเพิ่มเติมอีกแต่อย่างไร

สรุปวิจารณ์

การระบาดของอหิวาตกโรคในพื้นที่อำเภอกระนวนในครั้งนี้เกิดจากเชื้อ *Vibrio cholera* Eltor Ogawa โดยมีแหล่งโรคที่เป็นสาเหตุ คือ “ หอยแครง ” ซึ่งการระบาดในครั้งนี้เป็นการ ระบาดที่ไม่น้อยกว่า generation ที่ 2 เนื่องจากมีการกระจายจากหลายแหล่งโดยผ่าน “ผู้สัมผัส อาหาร”

ในการควบคุมเกิดการระบาดของอหิวาตกโรคที่เกิดขึ้นใน generation ที่ไม่น้อยกว่า 2 ให้สงบลงอย่างรวดเร็วนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ไม่ถนัดนักหากไม่ได้ “ใจ” ของคณะทำงานทั้งองค์กร

ใน “เครือข่ายบริการ (CUP)” ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ โดยเป้าหมายหลักร่วมกันคือ “การควบคุมโรคให้สงบลงโดยเร็ว” ดังนั้นทุกส่วนที่เกี่ยวข้องจึงได้ทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ ปฏิบัติงานอย่างจริงจังจนทำให้โรคสงบลงได้ซึ่งความเป็นเป้าหมายเดียวกัน ทำให้องค์กรฝ่าวิกฤตได้ นั่น เหมือนหนึ่ง “องค์กรที่มีชีวิต” ที่ทุกส่วนต่างก็มีบทบาทของตนเอง แต่เมื่อรวมกันเป็นหนึ่งแล้วทำให้องค์กรบรรลุสู่เป้าหมายรวมกันได้

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการใดๆ ก็ตามควรมีการส่งเสริมให้เกิดความรักต่อองค์กร ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร องค์กรอยู่รอดทุกคนมีงานทำ แต่หากองค์กรอยู่ไม่ได้จะพากันตายทั้งทีม

ถอดหมอนุ่นใจคลายปวด

มนทิวา วรรณพิมพ์ศรี (รพ.ศรีนครินทร์)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องเผชิญกับความปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกยาวตลอดแนวกระดูกอก หลังผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลหะจะทำให้ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจึงปวดแผลมากขึ้น การให้ผู้ป่วยใช้หมอนหนุนหรือผ้าห่มที่มีใช้ในโรงพยาบาลประคองแผลเวลาดูแลหะ ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลน้อยกว่าการไม่มีอุปกรณ์ประคองแผล แต่ผู้ป่วยได้ให้ข้อคิดเห็นว่าหมอนที่ใช้ประคองแผลแข็งเกินไป ขนาดไม่พอดีกับทรวงอก ไม่แนบกระชับกับทรวงอก และผ้าห่มมีน้ำหนักมากเกินไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้มีการออกแบบและตัดเย็บหมอนเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประคองแผลโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นหมอนที่ความนุ่ม น้ำหนักเหมาะสม และแนบกระชับกับทรวงอก คณะผู้ดำเนินโครงการได้จัดหาหมอนที่มีลักษณะเหมือนกับที่นักศึกษาได้ออกแบบไว้มาใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประคองแผลเวลาดูแลหะ แต่ก็ยังเป็นที่ยังสงสัยว่าการใช้หมอนประคองแผลสามารถลดความปวดที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลหะได้มากน้อยแค่ไหน จึงได้ทำการศึกษาผลของการใช้หมอนประคองแผลต่อความปวดที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลหะ ดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบความปวดของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลหะระหว่างการไม่ใช้หมอนกับการใช้หมอนประคองแผล กลุ่มละ 15 ราย โดยประเมินความปวดของผู้ป่วยก่อนดูแลหะและขณะดูแลหะ ด้วยเครื่องมือวัดความปวดแบบ Numeric Rating Scale พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช้หมอนประคองแผล ความปวดเพิ่มขึ้น 2-8 คะแนน (เฉลี่ย 3.9 คะแนน) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้หมอนประคองแผลความปวดเพิ่มขึ้น 0-2 คะแนน (เฉลี่ย 1.2 คะแนน)
2. 2) ศึกษาความปวดของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลหะเพิ่มเติม และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้หมอนประคองแผล จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยปวดแผลเพิ่มขึ้น 1-3 คะแนน (เฉลี่ย 1.6 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกับการเก็บข้อมูลในครั้งแรก และ

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้หมอนประคองแผลในระดับมากที่สุดและมากจรร้อยละ 90 นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายยังต้องการใช้หมอนประคองแผลทุกครั้งที่มีการการดูดเสมหะ

จากผลการดำเนินโครงการนี้ทำให้เห็นผลว่าการใช้หมอนประคองแผลขณะดูดเสมหะมีผลทำให้ความปวดที่เพิ่มขึ้นจากการดูดเสมหะน้อยลง หน่วยงานจึงได้มีการนำหมอนดังกล่าวไปให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายใช้ประคองแผลทุกครั้งที่ได้ดูดเสมหะ จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีการใช้หมอนประคองแผลไว้แม้ไม่ได้มีการดูดเสมหะ และบางรายใช้หมอนวางไว้บนอกเฉยๆ ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าการทำดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงหรือไม่ แต่ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอุ่นใจที่ได้กอดหมอน”

กลุ่มเพื่อสุขภาพ

ทัศนีย์ โพนสุวรรณ (รพ.โพธิ์ชัย)

เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งพยาบาลส่งเสริมให้รวมตัวกัน

ข้าพเจ้าเฝ้าดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ามาหาในระบบบริการ..ถ้าเขาปฏิบัติตัวได้ดี..สนใจ ใส่ใจดูแลรักษาสุขภาพ มีคนดูแลใส่ใจในครอบครัว..ครอบครัวอบอุ่น..กำลังใจดีเขาจะอายุยืนยาว.....ถ้ารายใด มีปัญหาครอบครัว ไม่มีใครสนใจ ไม่ใส่ใจสุขภาพตนเอง ชีวิตเขาจะสั้น ..กำลังใจจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ข้าพเจ้าจึงมุ่งส่งเสริมให้กำลังใจ...แนะนำให้รู้จักเพื่อนโรคเดียวกันหัวอกเดียวกัน..เยียวยาจิตใจกันส่งเสริมทางเลือกสมุนไพรรักษา..แนวทางปฏิบัติทางจิตที่สงบ...ความเรียบง่าย...อาหารพื้นบ้านธรรมชาติที่ปลอดภัย ..การทำสมาธิ..การแลกเปลี่ยนประสบการณ์..การเรียนรู้..จากสมาชิกด้วยกัน..ร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น..เสวนาถกเถียงกัน..ช่วยกันแก้ปัญหา..นัดกันมาพบกัน..รวมตัวเป็นกลุ่ม ข้าพเจ้าประสานให้วันศุกร์สุดท้ายของเดือน..พบกลุ่มประจำเดือน..ต่อมาสมาชิกเพิ่มจำนวนมากขึ้น...จำเป็นต้องมีประธานกลุ่ม มีคณะกรรมการมาเป็นแกนนำช่วยเหลือสมาชิกและประสานงาน..รุ่นพี่ๆ ที่มีสุขภาพดีแล้วความกระตือรือร้นที่ช่วยเหลือเมื่อมีรายใหม่ที่เข้ามาในระบบดูแล ยกตัวอย่างคนที่สุขภาพดี..เป็นแบบอย่างเพื่อนๆได้...มีจิตใจมุ่งมั่นที่จะช่วยเพื่อนด้านทานโรคร้ายนั้น...ต้องการทำงานด้วยจิตและวิญญาณ..เพราะไม่มีค่าตอบแทน...เอางานเป็นตัวตั้ง... ครอบครัวให้ความร่วมมือ.ในช่วงแรกประธานกลุ่มมีปัญหาสุขภาพ..เสียชีวิต..ไปก่อนหน้านั้น..ยังไม่ทันได้กินยา. เสียชีวิตไป..ก็เลือกกันใหม่.. ปัจจุบัน ..น้องจู้ เป็นประธานกลุ่ม คนที่ 4 เขาสุขภาพดีขึ้นเหมือนได้ชีวิตใหม่..การศึกษา จบชั้น ป. 6 แต่เขาสามารถทำได้..ด้วยการมีน้ำใจ จิตใจอยากช่วยเพื่อน..โดยไม่หวังเงินค่าตอบแทน.. ช่วงแรก...เข้ามาช่วยเราตามประสาคุ้นเคยโดยไม่มีระบบระเบียบอะไร มาช่วยงานในคลินิก ช่วยงานจัดนิทรรศการ ช่วยให้คำแนะนำรายใหม่ที่เข้ามาในคลินิก..ออกเยี่ยมกันตามประสาเพื่อนๆ ที่ห่วงใยกัน

พอปี พ.ศ. 2548 จึงมีงบประมาณออกเยี่ยมบ้านจากกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อผู้ป่วย เอ็ดส์เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ มีการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำลงไปช่วย เพื่อน ให้คำปรึกษา ความรู้การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว การกินยาต้านไวรัส การออกเยี่ยม เยียนสมาชิกด้วยกัน มีกระบวนการปรึกษาหารือก่อนและหลังออกเยี่ยม..น้องเขามีความตั้งใจ.. เหมือนว่า วีระบุรุษมาช่วยแบ่งเบาภาระงานเรา มองเห็นแนวทาง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา ร่วมปรึกษาหารือ...คือหัวใจสำคัญ..และ. ปัจจุบัน มี การดำเนินงานไปได้ด้วยดี มีความภาคภูมิใจ..มีทีมงานแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์ นาม กลุ่มเพื่อสุขภาพ มีทีมงาน คณะทำงานเอ็ดส์ ร่วมกันคิด ร่วมกันสร้างร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา ร่วมพัฒนา และที่สำคัญ ผู้บริหารเข้าใจ ..สนับสนุน.

ณ. วันนี้.. กลุ่มเพื่อสุขภาพ เต็บโต เข้มแข็งมาจากผู้ที่ย่อแอทั้งร่างกายและจิตใจ มา ยืนหยัดสู้ปัญหา และยังสามารถช่วยเหลือ เพื่อนมนุษย์คนอื่นๆ อีก.. ที่คลีนิดบริการน้องเขา ช่วยงานบริการได้หลายอย่าง ชั่งนน. สัมภาษณ์ สอบถามปัญหา ตรวจเช็คการกินยา เม็ดยา เหลือ ร่วมให้คำปรึกษา ดูแลและบริการเป็นเพื่อน ติดตามเช็คสมาชิกที่ต้องตรวจเลือด การ ติดตาม และการนัดหมายประชุมกลุ่ม ดูแลสมาชิกการรับยากรณีทำงานต่างจังหวัด ผู้ ประสานงานระหว่างสมาชิกและพี่เลี้ยง ใครมีปัญหาจะออกติดตามเยี่ยมทันที..ช่วยเหลือใน เบื้องต้น ร่วมกิจกรรมรณรงค์ จัดนิทรรศการ งานอบรมร่วมเป็นวิทยากรด้วยกันมาเรื่อยๆ หลายปี กิจกรรมงานเอ็ดส์ทุกอย่างสนับสนุนให้น้องเขามามีส่วนร่วม..เขาจะเกิดความภาคภูมิใจ ..อืมบุญ..อืมใจ...มีพลังที่จะสานงานต่อไป..

มักมีคำถามซ้ำๆกันว่า..ใช้การจูงใจอย่างไร..จึงจะได้ใจแกนนำกลุ่ม.. “เราต้องมีเมตตา. จริงใจ มุ่งมั่น.ให้กำลังใจ ใช้หลักถ้อยที่ถ้อยอาศัย น้ำพึ่งเรือเสือพึ่งป่า”

.. “เฮตเอาบุญ.สร้างกุศล...ชาตินี้เรามีกรรมมากแล้ว ให้มันหยุดพอแค่นี้ ต่อจากนี้ไปเรา ทำบุญสร้างกุศล ผลบุญจะส่งถึงทั้งชาตินี้และชาติหน้า”

ยึดหลักคำสอนขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า เชื้อกฏแห่งกรรม ทำดีได้ดี เฮตดีก็ต้อง ได้กรรมดี แสดงออกด้วยความจริงใจ ..เป็นห่วงเป็นใย..เอาใจเขามาใส่ใจเรา..

สิ่งที่มุ่งหวังของพี่เลี้ยง คือ..อยากให้เป็นแกนนำกลุ่มที่อาสาด้วยน้ำใจ ด้วยจิตวิญญาณ ด้วย ความเอื้ออาทร ช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆได้อย่างต่อเนื่อง..เป็นเครือข่าย...ตลอดไป

รถเข็นฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย “AE One”

อภิวันท์ ไทงามศิลป์ (รพ.ภาพสินธุ์)

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องจากภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ส่วนใหญ่จะขยับตัวลุกจากเตียงภายหลัง 24 ชม.หลังผ่าตัดไปแล้ว ไม่สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ในระยะเวลาที่ควรจะเป็น

เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดชนิดเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีท่อระบายหรือสายยางต่างๆ ทำให้ยุ่งยากต่อการลุกเดิน

การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยช่วยลดอาการท้องอืด ระบบต่างๆ ของร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล กระตุ้นประสาทสัมผัสต่างๆ ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจ้าหน้าที่ในตึกคัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแนวความคิดร่วมกันที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องท้องได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย เพื่อให้ฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น จึงได้จัดทำโครงการประดิษฐ์รถเข็นที่จะช่วยพาผู้ป่วยเดิน ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองลุกขึ้นเดินไปมาได้โดยสะดวก

ทีมหาแนวทางการพัฒนาโดยยึดกรอบแนวคิดตามปรัชญาความพอเพียง ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสังเกต และข้อมูลสถิติต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ แนวทางแก้ปัญหา

จากการสังเกตความพยายามในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และจากคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่บอกว่า “ต้องใช้รถเข็นนั่งช่วยพยุงเดิน เพราะอยากลุกเดินได้เร็ว รอญาติมากก็ลำบาก ถ้าไม่มีรถเข็นก็ไปเองลำบาก สายโน่นสายนี่ เกะกะไปหมด” ทีมงานจึงนำมาต่อยอดความคิดเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยโดยมีมติในการคิดประดิษฐ์อุปกรณ์ที่จะช่วยพยุงให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกายได้ด้วยตัวเอง มีความปลอดภัยและ สะดวกสำหรับแขนงน้ำเกลือ ใส่อุปกรณ์ สายยาง ท่อระบายต่างๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย ขึ้น

ทีมสืบค้นข้อมูลประกอบการประดิษฐ์รถเข็นจาก Internet พบว่ามีลักษณะของการใช้งานรถเข็นและอุปกรณ์ช่วยเดินสำหรับผู้ป่วย 3 ลักษณะคือ รถเข็นนั่งสำหรับผู้ป่วยทั่วไป, รถเข็นเดินสำหรับผู้สูงอายุ, อุปกรณ์พยุงเดินสำหรับผู้ป่วยพิการหัดเดิน

ทีมออกแบบรถเข็นเพื่อช่วยพาผู้ป่วยเดิน โดยนำข้อมูลต่างๆ มาประกอบการดำเนินการเพื่อให้สามารถใช้งานได้จริง และปลอดภัย รวมทั้งปรึกษาแพทย์ และนักกายภาพบำบัด เพื่อปรับการใช้งานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทดลองใช้และเปรียบเทียบ ต้นทุน คุณภาพการใช้งานระหว่าง รถเข็นเพื่อสุขภาพ AE One กับ รถเข็นต้นแบบที่ใช้ในผู้สูงอายุ

รถเข็น AE One มีลักษณะดังนี้ ราคาถูก (1,500-1,700 บาท/คัน), มีเสื่อสำหรับแขนงน้ำเกลือ, มีตะแกรงแบ่งเป็น 2 ระดับ คือบนและล่าง สำหรับใช้ใส่สายยาง ท่อระบาย หรือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย, ขนาดของรถเหมาะสมที่จะเข็นเข้า-ออกระหว่างเตียงได้สะดวก, ไม่สามารถพับเก็บได้, มีเบรคมือ ช่วยหยุด และยัง ในการเคลื่อนไหว, มีน้ำหนักถ่วงเหมาะสม และฐานของรถที่กว้างพอ ที่จะไม่ทำให้รถเสียการทรงตัว

การป้องกันการสำลักน้ำลายเพื่อลด VAP

รศ.นพ.วิสิทธิ์ สุชีไพศาลเจริญ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

โรคปอดอักเสบที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital acquired pneumonia) และโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia) มีสาเหตุจากการสำลักน้ำลายจำนวนน้อย (microaspiration) หลายๆ ครั้ง หรือสำลักมากๆ ครั้งเดียว การสำลักน้ำลายมักเกิดขึ้นในรายที่มีการควบคุมการกลืนฯ ผิดปกติไป ทัวไปแล้วพบได้ในผู้ป่วยหมดสติ หรือมีโรคในระบบประสาทเกี่ยวกับการกลืน ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (สอดใส่ท่อหายใจ) ผู้ป่วยหลังกัซซิป (cardiac arrest) และผู้ป่วยป่วยหนักหมดกำลัง (debilitated patient) การดำเนินการป้องกันที่มีอยู่คือ การนอนตะแคงขวา การนอนยกหัวสูง เป็นต้น และการใช้การดูดน้ำลายออกเป็นระยะๆ ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อครั้งจากท่อช่วยหายใจพิเศษ Hi-Lo evac tube ท่อช่วยหายใจ Hi-Lo evac tube นี้ ราคาสูงมาก ไม่มีการนำเข้ามาใช้ในประเทศไทย และใช้ได้ในกรณีเดียวคือ ป้องกันโรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia) เท่านั้น ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากเหตุอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว

วิธีการดำเนินงาน

วางสายดูดน้ำลายอยู่เหนือหลอดลม ประมาณ 1 ซม. แล้วทำการดูดน้ำลายที่ไหลผ่านมาในลำคอตลอดเวลา (supraglottic continuous suction) ก็จะลดปริมาณน้ำลายที่ไปเข้ามาในลำคอ (pharynx) ได้จำนวนมาก ทำให้ปริมาณน้ำลายที่ไหลผ่านลดน้อยลงมาก จึงลดโอกาสที่จะกลืนน้ำลายลงสู่หลอดลมได้มาก ผลลัพธ์เยี่ยงนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมีภาวะการกลืนผิดปกติ และไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะพอที่กลืนน้ำลายด้วยตัวเองได้โดยไม่เกิดการสำลักเข้าหลอดลม เพราะน้ำลายจำนวนน้อย ถ้าน้ำลายมีจำนวนมากก็จะเกิดการสำลัก สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การวางท่อช่วยหายใจ (endotracheal or tracheostomy tube) แรงตึงผิว (surface tension) จะทำให้น้ำลายไหลผิดทางเข้าสู่หลอดลมได้ง่ายขึ้น น้ำลายจำนวนมากนี้ จะไปกองอยู่เหนือถุงลม (tracheal cuff) ของท่อช่วยหายใจ และค่อยๆ ไหลซึมอ้อมผ่านลงสู่หลอดลม ตามลำดับ น้ำลายส่วนนี้จะถูกพยาบาลดูดออกเป็นระยะๆ ตามมาตรการดูแลปกติ น้ำลายจำนวนมากนี้ ทำให้พยาบาลเสียเวลาในการดูดถี่มากขึ้นกว่าปกติ 2 – 3 เท่า แต่แต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 200 บาท ในการแก้ปัญหานี้ ถ้าน้ำลายถูกดูดออกจนมีปริมาณลดน้อยลงมาก จะเหลือน้ำลายใต้ลิ้นไก่ (subglottic fluid) ระหว่าง glottis และ tracheal cuff ลดลงมาก อัตราการไหลผ่านเข้าสู่หลอดลม จะลดลงมากด้วย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูด และช่วยลดอุบัติการณ์เกิดโรคปอดอักเสบได้อีกด้วย

ความโดดเด่น

1. เป็นแนวคิดใหม่ยังไม่มีใครทำมาก่อน (โดยวิธีการดูดน้ำลายเหนือหลอดลม ของเดิมเป็นการดูดน้ำลายที่เข้าไปในหลอดลมแล้ว subglottic suction)
2. มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่ามาก ผลิตได้ในประเทศไทย
3. ไม่เพิ่มผลแทรกซ้อน (ผลแทรกซ้อนเดิม มาจากโพรงจมูกอักเสบจากการวางสายให้อาหาร)
4. ประสิทธิภาพสูงพอที่จะนำมาใช้ได้ดี
5. มีประสิทธิผลลดจำนวนน้ำลายที่ไหลลงหลอดลมทุกราย

6. สำหรับประสิทธิผลที่ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์
7. ประสิทธิภาพการป้องกันปอดอักเสบ ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์
8. ประสิทธิภาพในการรักษาปอดอักเสบ (รวมกับการใช้ยาปฏิชีวนะ) ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์

สำหรับข้อมูลในข้อ 6 – 8 เป็นการรวบรวมโดยการนำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในหอผู้ป่วยแล้ว กล่าวคือ มีปัญหาที่พิสูจน์ได้ว่าการสำลักน้ำลายแล้ว แล้วรวบรวมนับผลเอา ยังไม่เป็นการทดลองตามกระบวนการทางสถิติ

B45 : แกงโฮ๊ะ...ครบเครื่องเรื่องคุณภาพ (ผลงานคัดเลือกผ่าน HACG เชียงใหม่)

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 5

พัชรี คำธิตา	รพ.แม่ทา
นพ.อุทัย เจษฎาพร	รพ.แมคคอร์มิค
ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ.อภิชนา ไชวินทะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาภรณ์ ชัยรัต	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

บิณฑบาตความทุกข์

พัชรี คำธิตา (รพ.แม่ทา)

จากการเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรมทำให้เกิดการดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก มีการอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ เกิดภาวะการแข่งขัน แกร่งแย่งชิงดีโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว จิตใจคนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มั่นคง วิดกกังวล ก่อให้เกิดความเครียด ผิดหวังและเศร้า ผู้คนมุ่งแต่จะหาเงิน ใช้เงินอย่างฟุ่มเฟือย เพื่อหาความสุขความสำราญ เป็นกระแสวัตถุนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ จนขาดคุณธรรมและน้ำใจโอบอ้อมอารี สังคมยิ่งเปลี่ยนแปลงเร็วมากขึ้นเท่าไร จิตใจคนก็ยิ่งเสื่อมถอยมากขึ้นเป็นทวีคูณ ปัญหาอาชญากรรมมากขึ้น ยาเสพติดแพร่หลาย อาชีพการงานไม่มั่นคง รายได้ไม่แน่นอน ผู้คนต่างคนต่างอยู่ เหมือนไม่รู้จักกัน ความสัมพันธ์กับคนอื่นก็ไม่ราบรื่น สภาพครอบครัวมีความรุนแรงภายใน เกิดความขัดแย้ง เสียความรู้สึก หมดพลังอำนาจ รู้สึกสิ้นหวัง ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ มีอุปสรรค รู้สึกจนหนทาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ท้อถอย ท้อแท้ สุดท่ายขาดสติ คิดทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งเหตุแห่งการขาดสตินี้เองที่ทำให้การฆ่าตัวตาย กลายเป็นปัญหาสังคมจนถึงทุกวันนี้

จากความเชื่อที่ว่า เรื่องจิตใจมีผลต่อสุขภาพมาก ตั้งแต่ความเชื่อ กำลังใจ ไปจนถึงการเจริญสติเจริญสมาธิ ซึ่งจะก่อให้เกิดจิตที่สงบ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “สติมา ปัญญาเกิด”

ดิฉันและทีมงานได้พูดคุยถึงปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ถึงแม้ว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตาย จะลดลงด้วย กลยุทธ์ที่หลากหลายรูปแบบ และด้วยวิธีคิดที่เป็นระบบ แต่ทีมงานของเรายังมีความรู้สึกที่ “ยังเข้าไม่ถึง” และไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะ “การเข้าถึงจิตวิญญาณ” เมื่อเป็นเช่นนี้ดิฉันจึงได้มองหาภาคีเครือข่ายที่จะช่วยเติมเต็มและเกื้อกูลต่อภารกิจขององค์กรโดยอาศัยหลักมิติรูปภาพ และความมุ่งมั่น ในการเข้าถึง

ความดี ความงาม และความจริงของชีวิต ดิฉันจึงได้นำข้อมูล และปัญหาการฆ่าตัวตาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรสงฆ์ และได้มีโอกาสเปิดเวทีสัมมนาขึ้น ดิฉันได้ถวายองค์ความรู้ ให้กับองค์กรสงฆ์ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าคณะอำเภอ เจ้าอาวาสวัดจำนวน 34 วัด 6 อาราม รวมทั้ง 41 รูป ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายในการสอนพระสงฆ์ เพื่อให้เกิดแนวคิดในการสรรค์สร้างสิ่งที่ดี และวิธีการใหม่ ๆ ที่จะมาเติมเต็มระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง

โครงการบิณฑบาตความทุกข์ เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากองค์กรสงฆ์ ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทุกวัด ในอำเภอแม่ทา โดย กำหนดให้มีการจัดตั้ง “บาตร” เพื่อรับความทุกข์ไว้ในบริเวณวัดทุกวัด และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชน เชิญชวนพี่น้องประชาชน ที่มีความทุกข์ เขียนความทุกข์ใส่บาตร โดยเจ้าอาวาสจะเป็นผู้นำความทุกข์มาพิจารณา เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ ทุกข์ใบใดที่ลงชื่อไว้ พระสงฆ์จะเชิญมาพบที่วัด หรือพระสงฆ์จะออกไปเยี่ยมที่บ้านแล้วแต่โอกาส แต่หากทุกข์ใบใดไม่ได้ลงชื่อไว้พระสงฆ์จะเทศนาธรรมในทุกๆ วันพระ และเวลารับกิจนิมนต์ หากแต่เป็นทุกข์ด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากทุกข์ทางใจ คณะสงฆ์ก็จะประสานการส่งต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะถือว่าเป็นช่องทางด่วนในการช่วยเหลือต่อไป

จากความมุ่งมั่นที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริงทำให้ดิฉันและทีมงานได้รับรู้ถึงการเข้าถึงความดี ความงาม อย่างแท้จริง และกระบวนการสรรค์สร้างความดี ที่เกิดขึ้นทำให้การอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ลดลงเกือบร้อยละ 50 และสามารถควบคุมอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด (33.5 ต่อแสนประชากร) และนอกจากนี้ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ

ดี แต่ ก่อ เป็นหม (ที่แท้ก็แพ้นม)

นพ.อุทัย เจษฎาพร (รพ.แมคคอร์มิค)

ชายไทยคู่อายุ 80 ปี รับไว้รักษา ณ ไอซียู รพ.แมคคอร์มิค ตั้งแต่ 12 สิงหาคม – 17 กันยายน 2550 ด้วยเรื่องอ่อนเพลียและหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยเป็น Adenocarcinoma of Prostate Grand ได้ทำการผ่าตัด Orchiectomy ไปแล้วก่อนหน้าการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตลอดการรักษาผู้ป่วยได้ใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด แต่สามารถติดต่อกับทีมการรักษาด้วยการเขียนหนังสือ ผู้ป่วยมีปัญหา hypoalbuminemia เนื่องจากเป็น chronic illness แพทย์ได้สั่งการรักษาโดยใช้ enteral feeding ด้วย high protein diet ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาท้องร่วงอย่างรุนแรง

ทีมการรักษาซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์โรคไต พยาบาล นักโภชนาการ และญาติๆ ของผู้ป่วยได้มีการปรึกษารื้อกันทุกๆ วันติดต่อกันประมาณ 2-3 วัน ก็สามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ระยะเวลาของการอยู่ไอซียู ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลง ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม แต่เนื่องจากพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นคนชอบฟังดนตรี ทีมงานจึงได้

ปรึกษาอาจารย์มหาวิทยาลัยพายัพผู้ที่เคยเป็น music therapist ให้มาให้การบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอย่างมาก จนอาการดีขึ้นเป็นลำดับสามารถย้ายไปทำการรักษา ณ โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิประกันสังคมกับโรงพยาบาลแห่งนั้น

ตลอดการรักษาที่มงานต้องทำงานอย่างหนักเนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีการศึกษาสูง มีคำถามและข้อความแนะนำการรักษาซึ่งได้จาก internet มาตลอดเวลา แต่ที่มงานก็สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นไปด้วยดี ที่มงานรู้สึกมีความสุขและไม่เหนื่อยเนื่องจากเห็นคุณภาพชีวิตที่ดี และญาติๆ มีความพึงพอใจ เมื่อผู้ป่วยย้ายไปอยู่โรงพยาบาลอื่น ญาติผู้ป่วยและพยาบาลไอซียู ยังมีการโทรศัพท์สอบถามกันอยู่อย่างสม่ำเสมอ

โครงการ Multidisciplinary Round ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รับผู้ป่วยบาดเจ็บทุกระบบ ไม่จำกัดเพศ และอายุ ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมตกแต่ง และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ และนักกายภาพบำบัด เกสซิกเกอร์ และนักโภชนาการ เป้าหมายเพื่อค้นหาปัญหาและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้อย่างครอบคลุมทุกด้านและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจึงได้ร่วมกับศูนย์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกวันพฤหัสบดี ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550

ผลของโครงการพบว่าภาวะเสี่ยงทางคลินิกได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย มีนวัตกรรมแบบบันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องอาศัยมุมมองของสหวิชาชีพพร้อมกันในการค้นหาปัญหาและการแก้ไขปัญหา เพื่อสื่อสารภายในทีม และบุคลากรในทีมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในการร่วมโครงการนี้

จากผลของโครงการนี้สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม

Healing Environment

รศ.พญ.อภิชนา ไหมวินทะ (ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

Heal เป็นคำกริยา แปลว่า (แผล) หาย รักษา เยียวยา บำบัด ไกล่เกลี่ย สมาน ส่วนคำว่า Healing มักใช้ประกอบคำว่า wound เป็น healing wound แปลว่า แผลกำลังจะหาย กำลังสมาน ส่วนคำว่า Healthy, healthful เป็นคำคุณศัพท์ แปลว่าถูกอนามัย สดชื่น น่าสบาย สบาย ผ่องใส เปล่งปลั่ง บริสุทธิ์ สมบูรณ์ และ Health เป็นคำนาม คือความสุขสบายกาย สุขภาพ และความสมบูรณ์

ดังนั้น เมื่อนำคำว่า Healing มาประกอบกับ Environment จึงน่าจะหมายถึง สิ่งแวดล้อมที่บริสุทธิ์ ที่ช่วยบำบัดให้โรคหาย ที่ถูกอนามัย ถูกสุขลักษณะ ที่ทำให้รู้สึกสดชื่น น่าสบาย ทำให้รู้สึกสบายกายสบายใจ หรือสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเยียวยา รักษาร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

องค์ประกอบหรือคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีอะไรบ้างนั้น องค์การอนามัยโลก ได้เน้นใน International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ การทำงานและโครงสร้างของร่างกาย ความสามารถและการมีส่วนร่วมของบุคคล และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และทัศนคติ ซึ่งบุคคลดำรงชีพและดำเนินชีวิตอยู่ มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคคลในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม และมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลนั้น ปัจจัยแวดล้อมระดับปัจเจกบุคคล หมายถึง สิ่งแวดล้อมใกล้ตัว ประกอบด้วย สถานที่ เช่น บ้าน ที่ทำงาน และ โรงเรียน สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและวัตถุที่บุคคลต้องเผชิญโดยตรง รวมทั้งการติดต่อกันโดยตรงกับผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว คนรู้จัก เพื่อน คนแปลกหน้า เป็นต้น ส่วนปัจจัยแวดล้อมระดับสภาวะแห่งสังคมหมายถึงโครงสร้างทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การบริการและแนวคิดต่าง ๆ หรือระบบในชุมชนหรือสังคมที่มีผลกระทบต่อตัวปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย องค์กรและการบริการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กิจกรรมของชุมชน หน่วยงานของรัฐบาล การติดต่อสื่อสาร การขนส่ง และเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในสังคม เช่น กฎหมาย กฎเกณฑ์ กฎต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้ง ทัศนคติและคตินิยม

ปัจจัยแวดล้อมมีทั้งสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งประเด็นหลังนี้เราสามารถสร้างขึ้นได้ให้เกิดความสงบ ความอบอุ่น ความสวยงาม ความเป็นมิตร สัมพันธภาพ และความช่วยเหลือ ที่เราสามารถหยิบยื่นให้กับคนรอบตัวเราได้ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ทำให้เขารู้สึกสดชื่น สบายกาย สบายใจ รักษาร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณให้เป็นสุข

อยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต

นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

C15 : สื่อสาร สร้างเสริม เต็มเต็ม (ผลงานคัดเลือกผ่าน HACCC ม.นเรศวร)

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 5

ภญ.พรชนก แดงสมบูรณ์	รพ.พุทธชินราช
พญ.น้ำทิพย์ อินทับ	รพ.พุทธชินราช
ชัยโย แก้วอ่ำ	รพ.หล่มสัก
นิลศรี ฐิติโกคา	รพ.อุตรดิตถ์
ชัยวัฒน์ เป้าเฮงผล	รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
แสงทอง ประสุวรรณ์	คณะแพทยศาสตร์ ม.นเรศวร

Motto card สื่อรัก...แพทย์ลิขิตยา

ภญ.พรชนก แดงสมบูรณ์ (รพ.พุทธชินราช)

อุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งระหว่างวิชาชีพทางการแพทย์นั้นคือเรื่องของการสื่อสาร แม้ว่าสิ่งนี้คือหัวใจหลักของการทำงานร่วมกันเป็นทีม แต่ด้วยความเกรงใจ และให้เกียรติในวิชาชีพระหว่างกัน การจะทวนหรือสอบถามเพื่อความกระจ่างในคำสั่งใช้ยานั้นกลับกลายเป็นเรื่องที่สร้างความยุ่งยากลำบากใจ จนบางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อกันตามมาหากเกิดความผิดพลาดขึ้น

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จัดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่สำคัญแห่งหนึ่งของภาคเหนือตอนล่าง และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานสำหรับนิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้านจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ จึงมีแพทย์ฝึกหัดหมุนเวียนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตลอดทั้งปี การที่มีแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ หรืออาจารย์แพทย์จบใหม่ที่หมุนเวียนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวนมากนั้น โดยเฉพาะความหลากหลายเฉพาะตัวของแพทย์ และที่ไม่คุ้นเคยกัน จึงเป็นช่องว่างในเรื่องการสื่อสาร ดังนั้นการแปลคำสั่งใช้ยา จึงต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะตัวทั้งพยาบาล และเภสัชกรในการอ่านลายมือ หรือแปลความหมายของคำสั่งนั้น ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการอนุมานที่คิดว่าใช่ หรือความเข้าใจผิดจึงเกิดขึ้นอยู่เสมอ จนส่งผลกระทบต่อคนไข้ตามมา

การเขียนคำสั่งใช้ยาเป็นขั้นตอนหลังจากที่แพทย์ได้ตัดสินใจแล้วว่า จะเลือกใช้ยาอะไร รูปแบบใด ความแรงเท่าไร ขนาดยา ความถี่ในการให้ยา และระยะเวลาในการให้ยาเป็นเท่าใด แล้วจึงเขียนลงในใบคำสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนนี้เป็นความคลาดเคลื่อนของการเขียนคำสั่งใช้ยาซึ่งเกิดจากลายมือที่อ่านไม่ออก การใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล หรือการเขียนคำสั่งยาไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ระบุความแรง และการเขียนคำสั่งใช้ยาที่ไม่ชัดเจน เขียนคำสั่งใช้ยาผิด

เป็นต้น การเขียนคำสั่งใช้ยาที่คลาดเคลื่อนเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องในการฟ้องร้องตามกฎหมาย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 คณะกรรมการระบบยาและคณะกรรมการที่มำทางคลินิกของโรงพยาบาลได้เน้นเรื่องของการชื้อยา และตัวย่อ โดยประกาศรายการยาที่ให้แพทย์สั่งใช้เป็นชื่อสามัญทางยา เนื่องจากยานี้มีความพร้อมรูป พ้องเสียงกับยาอื่น ๆ จำนวน 30 ชื่อ และรายการตัวย่อ รูปแบบ สัญลักษณ์ที่ห้ามสั่งใช้ 10 รายการ เพื่อป้องกันการแปลคำสั่งใช้ยาผิดพลาด อย่างไรก็ตามพบว่าคำประกาศดังกล่าว ยังเข้าไม่ถึงแพทย์ เพราะยังมีการสั่งใช้ และมีกรณีความคลาดเคลื่อนจากการแปลคำสั่งใช้ยาถึงผู้ป่วยอยู่เสมอ จากปัจจัยต่าง ๆ คือ ความไม่สนใจหรือไม่เข้าใจเจตนารมณ์ของคำประกาศดังกล่าว ภาระงานด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยต่อวันมีจำนวนมาก การขาดประสบการณ์ของแพทย์จบใหม่ และความไม่เคยชินในวิธีสั่งใช้ยา

ภายหลังจากที่คณะเยี่ยมสำรวจจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ให้การรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) ในปี 2549 คณะกรรมการระบบยาก็ไม่ได้ตั้งใจนอนใจในการพัฒนาระบบยา โดยเฉพาะการสั่งใช้ยาของแพทย์ จึงได้ขอความร่วมมือกลุ่มงานเภสัชกรรมให้เป็นแกนหลักในการรณรงค์เรื่องดังกล่าว โดยเชิญแพทย์ และพยาบาล ร่วมกันเป็นคณะทำงานรณรงค์เรื่องระบบยา ช่วยกันคิดค้นรูปแบบ และแก้ปัญหาเรื่องที่ทำทายนั้น

สร้างสุขภาพอย่างไรให้มันส์กันทั้งโรง

พญ.น้ำทิพย์ อินทับ (รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก)

เมื่อโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ของเราผ่านการรับรองคุณภาพ HA จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพในวันที่ 10 มีนาคม 2549 ผู้บริหารและคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลชุดต่าง ๆ รู้สึกภูมิใจที่สามารถจับมือกันนำพาองค์กรและเจ้าหน้าที่ร่วมสองพันชีวิตฝ่าฟันอุปสรรคนานัปการเพื่อมอบคุณภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้สำเร็จ บุคลากรทุกคนมีความสุขสามารถพูดกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้อย่างเต็มปากเต็มคำด้วยความภูมิใจสุดๆ ว่า “โรงพยาบาลเราผ่าน HA แล้วนะ” แต่อย่างที่มีคนเคยกล่าวไว้ “เมื่อไหร่ก็ตามที่เรากำลังมีความสุขสุดๆ เมื่อนั้นปีศาจแห่งความทุกข์กำลังจ้องเข้ามาเยี่ยมเยือน” ก็เป็นเช่นนั้นจริงๆ ความสุขกับการผ่าน HA อยู่กับเราไม่นาน ทุกคนขอใช้เวลาพัก 1 เดือน แล้วก็กลายเป็นสอง สามและกำลังจะกลายเป็น สี่ ห้า หก เดือน ที่เราขออยู่หนึ่งๆ คุณภาพที่เคยฟูฟองตอนเราผ่าน HA กลับไม่ได้อยู่นิ่งตาม คุณภาพกำลังเริ่มถดถอย ทีมเริ่มมองเห็นปัญหาแล้ว เราในฐานะศูนย์คุณภาพจะทำอย่างไรดี

สำหรับเรื่องการพัฒนาคุณภาพ เราเชื่อผู้รู้ที่สุดคืออาจารย์จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ต้องขออนุญาตยกย่องอาจารย์เรวัติ ศิรินคร เป็น “กูรู” ตัวจริง ท่านเสนอแนะถึงการต่อยอดคุณภาพโดยการทำให้ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ HPH” เมื่อศูนย์

คุณภาพได้ใจหทัยข้อใหญ่ที่มีคุณค่าว่าสามารถต่อยอดงาน HA ได้ ทีมศูนย์คุณภาพ (ทีม NODE) เริ่มศึกษาข้อมูลทันทีที่แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ Ottawa charter Bangkok charter มาตรฐาน 7 องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีนักวิชาการด้านสุขภาพศึกษาของโรงพยาบาลเป็นคุณครูช่วยตีพิมพ์ และเลยเถิดไปจนถึงบังอาจแจกบทเรียนดังกล่าวให้แก่คณะกรรมการที่นำคุณภาพนำไปศึกษาและขอความร่วมมือส่งการบ้านสรุปแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพออกมาในรูปของเข็มมุ่งและ ค่านิยมเพื่อสื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาล

ทีมนำช่างใจง่ายนักโดยเฉพาะท่านผู้อำนวยการ (ท่านผอ.นพ.วิจิต บุญญวรรธนะ) การประชุมอีก 2 อาทิตย์ต่อมาทุกท่านก็มีโพยคำตอบอยู่ในมือเป็นที่เรียบร้อย ท่านผอ.นำการประชุมอย่างมีชีวิตชีวาโดยให้กรรมการทุกท่านส่งการบ้านทางวาจาและท่านขอสรุปแนวคิดเป็นท่านสุดท้าย “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือการใช้โรงพยาบาลเป็นฐานพื้นที่ในการทำกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ” ส่วนค่านิยมหลักของการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ประชุมสรุปได้ว่ามี 3 ประการคือ การมีส่วนร่วม, การเรียนรู้, การสร้างพลังอำนาจ ในเรื่องของการสร้างพลังอำนาจ ต้องทำความเข้าใจกันอย่างถ่องแท้ โชคดีที่ทีมนำทำการบ้านกันมาก่อน ท่าน ผอ.อีกเช่นเคยขอพี่น้องอธิบายให้กระจ่าง “การสร้างพลังอำนาจหมายถึงการทำให้คนมีความสามารถในการตัดสินใจ ทำเรื่องต่างๆด้านสุขภาพด้วยตนเอง” เรื่องสุดท้ายหลังจากที่ทีมนำเข้าใจแนวคิดอย่างกระจ่าง จะสื่อสารลงสู่บุคลากรที่รักกว่า 2000 ชีวิตโดย **เข็มมุ่ง** ซึ่ง ศูนย์คุณภาพได้ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 7 องค์ประกอบอย่างละเอียด จึงเสนอเข็มมุ่งเป็นกิจกรรมง่ายๆ สั้นๆ จับต้องได้และครอบคลุมมาตรฐาน แบบชนิดว่าถ้าบุคลากรทำตามแล้วจะแทบไม่รู้ตัวว่าได้หลงกลทำตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 7 องค์ประกอบไปแล้วโดยสิ้นเชิง **เข็มมุ่งคือ “3 ส. ขอสร้างเสริมสุขภาพ”** ส.ที่หนึ่ง คือการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร ส.ที่สอง คือ การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ส.ที่สามคือ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการและประชาชน

เข็มมุ่งคลอดออกมาจากทีมนำแล้ว ทีมที่ตึกที่สุดเห็นจะเป็นทีม NODE เพราะเราทำหน้าที่เป็นม้าเร็ว กระตุ้น สื่อสาร ผสานความร่วมมือร่วมแรงของคนทั้งองค์กรต่อการบรรลุกิจกรรมเข็มมุ่ง งานแรกที่เรียกแรงคึกขงคนทั้งองค์กรคือ “เวที เสวนา คูย คู้ย คู้ย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” เราเชิญชวนทั้งแพทย์ พยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หน่วยงานบุคลากรประมาณ 300 คนมาร่วมฟังเสวนาแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมและตัวชีวิตตามเข็มมุ่งในแต่ละส.ที่ทุกหน่วยต้องนำไปปฏิบัติ ชมวิดีโอเรื่องของการลดน้ำหนักโดยนางฟ้าตัวน้อย(ใช้ทีมถ่ายทำและตัวแสดงเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเราทั้งหมด) และทุกคนที่เข้าร่วมหลงกลฝึกทำกิจกรรม empowerment โดยการร่วมฝึกเต้นแอโรบิกเรียกน้ำย่อยโดยครูผู้ฝึกเป็นนักกายภาพของเราเองที่ทั้งนำรักร้างเพรียวมีประวัติว่าเคยน้ำหนักอ้วนมาก่อนการเต้นจนกลายเป็นครู

เมื่อจบเวทีเสวนา บรรยากาศการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มกระจายไปทั่วทั้งโรงพยาบาล ทีม Node เราไม่รอช้า สร้างกระแส HPH ต่อไปทุกหย่อมหญ้า โดยกิจกรรม “วันปักธง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” เสียงกลองแต่ก็ยืมมาจากโรงเรียนลูก 6 ใบโดยการบรรเลงจากรปภ.ของเราก้องกังวานไปทั่วโรงพยาบาลพร้อมขบวนที่เลี้ยวส่งเสริมสุขภาพที่เดินไปทุกหน่วยงาน ธงสีฟ้าตัวอักษร HPH ถูกส่งมือต่อมือจากผู้บริหารสู่บุคลากรทุกหน่วยงานเพื่อเป็นสัญลักษณ์การเข้าร่วมอย่างเป็นทางการ หลังจากนั้นทุกคนร่วมลงนามแสดงพันธะสัญญาต่อกันในใบประกาศิตที่หน้าหน่วยงานว่า เราจะทำกิจกรรม 3 ส. นับจากวันนี้เป็นต้นไป ณ เวลาที่ไม่มีใครในโรงพยาบาลที่ไม่รู้ว่าพวกเรากำลังทำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตอนนี้มี NODE เข้ากระแซะทีมนำทางคลินิกและทีมนำสนับสนุนต่อทันทีเพื่อสร้างเวทีสื่อสารรายละเอียดกิจกรรมและตัวชี้วัดที่หน่วยงานต้องเดินเพื่อบรรลุกิจกรรม 3 ส. สรุปว่าใช้การประชุม CLT พบหัวหน้าหน่วยงานทางคลินิกทุกวันศุกร์และ SLT พบหัวหน้าหน่วยงานสนับสนุนทุกวันอังคาร เป็นช่องทางสื่อสาร ตอนนี้อยู่ทุกคนในโรงพยาบาลพุทธ รู้แล้วว่าต้องทำกิจกรรมอะไรบ้างในแต่ละส.

ส.ที่หนึ่ง การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร เรามีการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรอยู่แล้วทุกปี ปีนี้พิเศษ พี่เลี้ยงสุขภาพประจำหน่วยงานเพิ่มการชั่งน้ำหนักและสอนการคำนวณ BMI ติดตามค่าทุกเดือน รวมทั้งกระตุ้นให้คนในหน่วยงานช่วยกันคิดกิจกรรมสร้างสุขภาพหรือกิจกรรมลดน้ำหนัก “อยากออกกำลังกายร่วมกับพี่ๆเพื่อนๆในเวลาทำงาน ทำยังไงดี หัวหน้าและรองแพทย์ไม่ยอมแน่เลย” บ้างก็ว่า “ออกกำลังกายนะ อยากทำ แต่ไม่มีเวลา เลิกงานก็ต้องรีบไปรับลูก ช่วยหาเวลาให้หน่อยสิ” ทีม NODE รับนำเรื่องไปปรึกษาทีมนำ และแล้วก็มีนโยบายทางวาจาว่า “อนุญาตให้ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันได้ในเวลาตั้งแต่ 15.30-16.30น. โดยต้องไม่มีผู้รับบริการเหลือค้างและ อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้า” แค่นี้ก็ชื่นใจสำหรับบุคลากร ทีม NODE เริ่มชอกแซกออกตะเวน พบความตื่นตัวเรื่องสุขภาพทั่วทุกหย่อมหญ้า บ้างก็แอร์บิกตามVCD บ้างก็ขนเครื่องออกกำลังกายที่เป็นเสมือนราวตากผ้าที่บ้านมารวมกันไว้ที่หน่วยงานและมาออกกำลังกายร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาล บ้างก็จัดปั่นโดสุขภาพมือเทียง หรือซัวโมงข้าวกล้อง เวลาเย็นเดินไปตรงไหนก็เห็นแต่บุคลากรออกกำลังกาย เรื่องตลบอบอวลหรือเราก็ไม่ทิ้ง คณะกรรมการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้กระจายติดป้าย เขตปลอดบุหรี่ไปทั่วทั้งโรง แถมกิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของงานสุขศึกษาแก่บุคลากรก็ทำไปได้สวย ผลการตรวจสุขภาพพบบุคลากรเป็นเบาหวานประมาณ 3-4% เรื่องนี้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางต่อมไร้ท่อ “เราต้องดูแลบุคลากรที่เป็นเบาหวานของเราให้ดี ถ้าแค่บุคลากรเรายังดูได้ไม่ดี ก็อย่าไปหวังเลยว่าเราจะดูแลคนไข้เบาหวานของเราได้ดี” และนี่คือที่มาของการทำ ชมรมเบาหวานในเจ้าหน้าที่ ซึ่งนับจากที่ทำมาถึงตอนนี้ก็ปีกว่า ผล HbA 1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เรื่องสำคัญอีกเรื่องสำหรับสุขภาพสตรีคือการตรวจมะเร็งเต้านม เรามีทีมรักษามะเร็งเต้านมที่เข้มแข็งที่แผนกศัลยกรรมและทีมคัดกรองที่พร้อมลุยทำงานปฐมภูมิแค่นี้ก็ติดต่อก็ได้รับคำตอบว่า “บอกมาเถอะ ว่าอยากให้เราช่วยสอนวิธีตรวจเต้านม นัดเจ้าหน้าที่ทั้งโรงฯมาเลย เรื่องหาวิทยากรมาสอน

เดี่ยวจัดการให้เอง” และนี่เองที่ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสูงถึงเกือบ90% ทั้งหมดนี้ก็เรียกความคึกคักในเรื่องส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรเป็นต้นแบบด้านสุขภาพได้ตลอดปี

ส.ที่สอง สร้างเสริมสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของทั้งบุคลากรและผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลพุทธฯ เรื่องนี้เราตื่นตัวกันมาหลายปี ต้องยกความดีให้กับคณะกรรมการ 5 ส. ทำเกณฑ์ที่ชัดเจน ลงเยี่ยมและให้ใบว์รางวัลกันทุกปี ดังนั้นเรื่องการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยไม่น่ามีปัญหา เรื่องแสงเรื่องเสียงก็อยู่ในข่ายที่ต้องดูแลเพื่อให้เจ้าหน้าที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย งานเวชกรรมสังคมทำการตรวจทุกปีแต่บุคลากรไม่ค่อยรู้ว่าแสงสว่างบริเวณจุดทำงานเพียงพอหรือไม่ เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องยากสำหรับทีม NODE แค่ขอความร่วมมือทุกหน่วยรอชี้จุดที่ต้องการตรวจวัดแสง เจ้าหน้าที่เวชกรรมพร้อมออกปฏิบัติการวัดแสงให้ เมื่อได้ค่าความเข้มแสงแล้วก็เทียบตามเกณฑ์ และทำการปรับปรุงเองก่อน ช่วงนี้จึงเป็นการถือโอกาสย้ายโต๊ะ จัดสถานที่ให้บริการใหม่ให้ได้แสงสว่างมากขึ้น ส่วนที่ปรับย้ายไม่ได้จริงๆทีมนำก็พร้อมอนุมัติงบฯทำการแก้ไข เรียกว่าจริงจังทั้งหน่วยงานและจริงจังทั้งเบื้องบน การบาดเจ็บจากการทำงานก็เป็นส่วนหนึ่งที่เราคำนึงถึงและพยายามหาทางป้องกัน “นั่งพับผ้าทั้งวัน ปวดเมื่อยหลังมากเลย” เป็นสิ่งที่ได้ยินบ่อยๆเวลาลงเยี่ยมหน่วยซักฟอกและพับผ้า เรื่องนี้งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูไม่หนึ่งนอนใจ จัดโครงการสอนบุคลากรซักฟอกทำการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยมีนักกายภาพของเราเป็นพี่เลี้ยง พอทำได้ก็ปล่อยให้เขาทำเองและลงไปประเมินซ้ำ ทีงระยะไป 3 เดือนผลลัพธ์น่าตื่นเต้นเป็นที่สุด งานซักฟอกจัดเวลาพักงานในช่วง coffee break เช้า-บ่าย เปล่า..ไม่ได้เอาเวลามาพักกินน้ำชา กาแฟหรืออก แต่เอาเวลามาทำกลุ่มยืดเหยียดกล้ามเนื้อแทน ซึ่งกลายเป็นที่มาของโครงการ เบรกซักนิต พิซิตปวดหลัง “ตอนนี้มีความสุขในการพับผ้ามากขึ้น อาการปวดต้นคอและหลัง เบาลงมาก” แค่นี้ก็เรียกความชื่นใจให้แก่พวกเราคนทำงานแล้ว

ส.ที่สาม สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการและประชาชน เรื่องนี้เป็นหัวใจของการต่อยอดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ฉมังนัก ทีมนำทางคลินิกขอให้ทุก PCT นำ Clinical tracer เดิมที่เคยพัฒนาตอนรับการประเมินHA(โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง) มาวิเคราะห์หา วิถีชีวิต (lifestyle) ที่เป็นปัจจัยต่อการทำให้โรคเรื้อรัง ไม่หาย เป็นซ้ำหรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วกำหนดเป็นข้อตกลงว่าถ้าพบผู้ป่วยโรคนี้ต้องซักถามวิถีชีวิตเหล่านี้ แล้วนำผู้ป่วยและญาติมาเข้าร่วมกิจกรรมสร้างพลังอำนาจ โดยคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ต้องบันทึกสิ่งที่ทำลงในNurse note หรือ Progress note ด้วยทุกครั้ง หมายความว่าถ้าเปิดแฟ้มประวัติผู้ป่วยเราจะมองเห็นงานสร้างเสริมสุขภาพคู่ขนานไปกับการรักษาที่มีคุณภาพด้วยเสมอ ทีมNode พบว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำได้กับผู้ป่วยทุก PCT เช่น การช่วยเหลือพ่อ แม่เด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เป็นวัยรุ่นไม่ให้ทอดทิ้งเด็กและสามารถดูแลเด็กที่โรงพยาบาลจนพร้อมที่จะรับเด็กกลับไปดูแลเอง การฝึกพูดโดยใช้ลมจากหลอดอาหารในผู้ป่วยไร้กล่องเสียง การป้องกันข้อไหล่ยึด

ติดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโดยการออกกำลังกาย การป้องกันการทิ้งไม้ค้ำยันก่อนกำหนด ในผู้ป่วยรักษากระดูกต้นขาหัก การดูแลสุขภาพช่องปากและยางรัดฟันในผู้ป่วยที่รักษากระดูก กระทบหัก การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันแผลแยกและเลือดออกใต้ตาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระจุก และอื่นๆอีกมากมาย รวมทั้งสิ้น 36 วงโรค นอกจากนี้การสร้างชุมชนเพื่อสร้างเสริม สุขภาพ บุคลากรในงานปฐมภูมิสามารถเชื่อมต่อการสร้างชุมชนเบาหวานที่เข้มแข็งในชุมชน บ้านกว้าง จนกลายเป็นชุมชนตัวอย่างในการดูแลโรคเรื้อรังระดับประเทศ

ผลที่เกิดขึ้นจากการทำ HPH สร้างความภูมิใจให้แก่บุคลากรที่ได้เป็นต้นแบบด้าน สุขภาพ มีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจแข็งแรง มีความสุขจากที่ทำงาน โรงพยาบาลมี สิ่งแวดล้อมที่สวยงาม สะอาด ปลอดภัย เป็นที่เชิดหน้าชูตา ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคลดลง ชุมชนได้รับการตรวจคัดกรองโรคเสี่ยงและรักษาโรคร้ายแรงใน ระยะเริ่มต้นและผลพลอยได้ที่เราได้รับคือโรงพยาบาลได้รับการประกาศเป็นโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำความชื่นบานมาแก่บุคลากรอย่างถ้วนหน้าจนยิ้มแก้มปริ

รถเข็นที่มีชีวิต

ชัยโย แก้วอ่ำ (รพ.หล่มสัก)

E-mail: wheelchair@hotmail.com (www.Lomsak-Hospital.com)

ผู้พิการทั่วไปในชุมชนที่ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งเรื่องทางกายคือ การเคลื่อนไหวที่ ยากลำบาก และปัญหาทางจิตใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวยากจะยอมรับ ซึ่งความพิการได้ ก่อให้เกิดการสูญเสียคุณค่าแก่ผู้ป่วยในหลายทาง เช่น การสูญเสียผลผลิตที่ผู้ป่วยได้จากการ ทำงาน การสูญเสียคุณค่าในตนเอง และการต้องตกเป็นภาระของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ นอกจากนั้นยังได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนค่อนข้างน้อย หากเราได้ช่วยให้ผู้ป่วยที่มี ปัญหาการเคลื่อนไหวเหล่านี้สามารถเคลื่อนไหวได้โดยง่ายและสะดวกขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมี การฟื้นฟูสภาวะทางกายและทางใจ ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยรวมของสังคม อาทิเช่น การ ได้เคลื่อนไหวไปไหนมาไหน และมีโอกาสพบปะผู้คนในชุมชนของผู้พิการ โดยไม่เป็นการกั บทางครอบครัวมากนักและผู้ป่วยที่มีความสามารถทางงานฝีมือก็สามารถเดินทางไปทำงานในที่ ทำงานได้สะดวกขึ้น ทั้งยังสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจให้อยู่ได้ในระดับใกล้เคียงสภาวะปกติอันไม่ เป็นภาระหรือพึ่งพาครอบครัวน้อยที่สุด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำจึงได้คิดทำนวัตกรรมโดยอาศัยทีมงานหลายฝ่าย เช่น กายภาพบำบัด ช่อมบำรุง พยาบาล และงานแปล เพื่อสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ให้กับผู้พิการ นั้น คือ รถเข็นปั่นมือสำหรับผู้พิการที่มี 3 รูปแบบ ซึ่งรูปแบบที่ 3 นี้ได้รับงบประมาณในการ สนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสร้างเป็นรถต้นแบบจำนวน 10 คัน และงบประมาณในการสร้างเป็นรถเข็นอัตโนมัติอีก 2 คัน (ซึ่งขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการ ออกแบบและการประดิษฐ์นวัตกรรม)

ถึงแม้ผู้จัดทำจะมีทีมงานจากหลายฝ่าย หลายอาชีพ ในการทำงานร่วมกัน ออกความคิดเห็นช่วยกัน แต่เรามีจิตใจที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพื่อให้เกิดนวัตกรรมที่ทำด้วยใจของทุกคน ไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของคนอีกคนหนึ่ง ถึงแม้จะไม่คุ้นเคยกันมาก่อนก็ตาม จากการทำงานชิ้นนี้ตลอดหนึ่งปีที่ผ่านมาทำให้คณะผู้นำเสนอทราบว่ารถเข็นคันนี้มีหัวใจจิตหัวใจของคนหลายคนที่ไม่ได้เข้าไปด้วย

ซึ่งการมาถึงจุดนี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการพัฒนานวัตกรรมชิ้นนี้อย่างชัดเจน รวมถึงการมีวิสัยทัศน์ของผู้บริหารที่ยอมรับและสนับสนุนในความสามารถหลายด้านของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ในการกล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่ๆ โดยผลลัพธ์จากงานที่สร้างสรรค์ขึ้นจากคนหลายคนนี้ กลับกลายมาเป็นน้ำหล่อเลี้ยงให้กับคนในองค์กรให้มีชีวิตชีวา และพร้อมที่จะขับเคลื่อนองค์กรไปข้างหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง

การนำเสนอนวัตกรรมรถเข็นปั่นมือ เพื่อเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชาสัมพันธ์

1. นำเสนองานประกวดนวัตกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ณ โรงแรมโสมจิต จัดโดยสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ วันที่ 29 มกราคม 2550 (รถเข็นปั่นมือ version 1)
2. นำเสนอผลงานในงานสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ ณ ไบเทคบางนา วันที่ 12-13 มีนาคม 2550 (รถเข็นปั่นมือ version 2)
3. นำเสนอผลงานวิชาการในงานประชุม 8th HA National Forum ณ อิมแพค เมืองทองธานี วันที่ 13-16 มีนาคม 2550
4. นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ต ปทุมธานี จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม วันที่ 25-26 เมษายน 2550
5. นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จัดโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วันที่ 28-29 มิถุนายน 2550 (รถเข็นปั่น version 3)
6. นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ ณ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในหัวข้อ Humanized Healthcare จัดโดยคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2550 : Oral Presentation เรื่อง ผู้ช่วยใหม่ใส่ใจผู้พิการ
7. กำลังดำเนินการสร้างรถเข็นแบบอัตโนมัติ เพื่อควบคุมด้วยระบบไฟฟ้า ซึ่งขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการออกแบบและการประดิษฐ์ โดยคาดว่าจะสำเร็จในช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งสามารถไปนำเสนอ ณ งาน HA National Forum 9th หากได้รับการคัดเลือกทางคณะผู้จัดทำจะพยายามจัดรูปแบบการนำเสนอให้ดีที่สุด

- รูปแบบ คือ รถเข็นนั่งอัตโนมัติที่มีการบังคับให้ขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า ซึ่งจะสร้างเพื่อใช้เป็นต้นแบบในการผลิต จำนวน 2 คัน และมอบให้กับผู้พิการที่มีความจำเป็นและเหมาะสม จำนวน 2 คัน

- รถเข็นอัตโนมัติที่เป็นต้นแบบ ผู้จัดทำจะคำนึงถึงเรื่องต้นทุนการผลิตเพื่อไม่ให้มีราคาสูง การเคลื่อนที่ของรถเข็นในระหว่างการใช้งาน และความปลอดภัยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ผู้จัดทำจะพยายามออกแบบรูปทรงของรถเข็นให้เป็นที่น่าสนใจและมีความสวยงาม

ชมรมดวงใจพ่อ-แม่ (การส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยแบบบูรณาการ)

นิลศรี จิตติโกคา (รพ.อุตรดิตถ์)

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลอุตรดิตถ์เห็นความสำคัญของการดูแลทารกและเด็กให้เจริญเติบโตสมวัย มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลาน จึงได้ร่วมกับผู้ปกครองที่บุตรหลานมารับบริการที่หอผู้ป่วยไอซียูเด็กและ High Risk Clinic (คลินิกติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง) จัดตั้ง “ชมรมดวงใจพ่อ – แม่ เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2547 ในงานคืนสู่เหย้าชาวไอซียูเด็ก โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานของชมรมฯ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมดำเนินงานด้านการสนับสนุนและประสานงานร่วมกันจัดกลุ่มกิจกรรมของชมรมฯ คือ กลุ่มนัดสัมผัสกระตุ้นพัฒนาการ กลุ่มส่งเสริมพัฒนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวัยและกลุ่มนมแม่ มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกชมรมดวงใจพ่อ – แม่ ร่วมกับศูนย์สร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลอุตรดิตถ์และกลุ่มงานกิจกรรมบำบัดในการ ให้ข้อมูลองค์ความรู้และสมาชิกชมรมฯ ยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ตรงตามวิถีธรรมชาติ ในการดูแลบุตรหลานจนสามารถขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน ชมรมดวงใจพ่อแม่แรกเริ่มมีสมาชิก 30 ครอบครัวดำเนินงานตั้งแต่ธันวาคม 2547 ถึงปัจจุบันมีสมาชิกเพิ่มขึ้น 149 ครอบครัว ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ และ 2 อำเภอของ จ.สุโขทัย

ชมรมดวงใจพ่อแม่ได้รับคัดเลือกให้ร่วมเป็นภาคีเครือข่ายหลักในโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน 7 จังหวัดต้นแบบของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ชมรมดวงใจพ่อแม่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์เป็นต้นแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยแรกคลอด ในช่วงแรกของการดำเนินงานของชมรมงบประมาณสนับสนุนได้จากการทอดผ้าป่าสามัคคี โดยได้รับความเมตตาจากองค์กรอุปถัมภ์ชมรมฯ หลวงพ่อกัณฑ์ สุชะกาโม เจ้าอาวาสวัดแพร่ธรรมาราม และในปี 2549 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ทำให้สามารถดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย อสม. ภาคเอกชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเด็กแฝดสยาม

เป็นความความภาคภูมิใจในความสำเร็จการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเด็กแฝดสยามที่เราเพิ่งมีประสบการณ์ในการดูแลเป็นครั้งแรกในชีวิตของการทำงาน

แฝดสยามคู่นี้เป็นชาวสุโขทัย แม่อายุ 19 ปี ครรภ์ที่ 2 ครรภ์แรกแท้ง ครรภ์นี้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีษะนาถ และได้ทราบขณะตั้งครรภ์ว่าเป็นลูกแฝดจากผลอัลตราซาวด์ แต่ไม่ทราบว่าเด็กจะมีอวัยวะติดกัน ฝาแฝดสยามคู่นี้เป็นเพศหญิง เกิดเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 เวลา 17.40 น. โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนกำหนดโดยมีอายุครรภ์เพียง 33 สัปดาห์ เนื่องจากมารดามีอาการปวดท้องคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิด 3,180 กรัม หลังคลอดเด็กทั้ง 2 คนเขียว ไม่หายใจ มีเพียงหัวใจที่เต้นช้าๆ แพทย์ได้ทำการกู้ชีพและใส่ท่อช่วยหายใจและรับเด็กไว้ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ทางโรงพยาบาลได้จัดทีมแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ เด็กแฝดต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตลอด เนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด ปอดไม่สมบูรณ์เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในปอด ภาวะลำไส้อักเสบเฉพะที่ ร่วมกับการมีระบบโครงสร้างที่ติดกันทำให้การดูแลค่อนข้างยาก

ทางหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก โดยการให้มารดามานอนเฝ้า มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเด็ก , บีบเก็บน้ำนมให้ลูก มีโอกาสได้อุ้มลูกของตนเอง จากการที่รับอาหารในช่วงแรกที่ยากมากในเด็กคนที่มีปัญหาลำไส้อักเสบเฉพะที่ กว่าจะเริ่มให้นมใหม่หลังการงดน้ำงดอาหารในวันที่ 14 หลังคลอด เราได้ให้นมแม่ทางสายยางในปริมาณน้อยๆทุกวันจนสามารถรับนมได้ในปริมาณที่มากตามความต้องการตามอายุ จนเด็กแฝดสยามทั้ง 2 คน เจริญเติบโตจากเดิมจนปัจจุบันอายุ 3 เดือน น้ำหนักรวมกันได้ 8,390 กรัม จำนวนน้ำนมแม่ที่บีบให้เริ่มไม่เพียงพอจนต้องให้มีการเสริมนมผสมร่วมด้วย

ได้มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ เบื้องต้นพบว่าเด็กแฝดสยามนอกจากจะมีผนังหน้าท้องและทรวงอกที่ติดกันแล้วยังใช้ตับร่วมกัน (มีตับ 1 อัน) มีผนังเยื่อหุ้มหัวใจที่ติดกัน และมีส่วนของลำไส้เล็กส่วนต้นที่เชื่อมต่อกัน ซึ่งคงไม่สามารถที่จะทำการผ่าตัดแยกได้ที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จึงได้ทำการติดต่อขอทำการส่งตัวไปที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งแฝดสยามจะออกเดินทางในวันที่ 17 พฤษภาคม 2550

คำบอกเล่าจากคุณแม่ห้องแฝดสยาม

สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ นส. นาฏอนงค์ บุตดา อายุ 19 ปี มีบุตรสาว 2 คน ตอนตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีษะนาถ จ. สุโขทัย ไปฝากครรภ์ตอน 5 เดือน ผลอัลตราซาวด์เป็นฝาแฝดแต่ไม่ได้มีความวิตกกังวลอะไรเพราะคุณหมอบอกว่าไม่น่าจะมีอะไรผิดปกติ เด็กสมบูรณ์ทั้งสองคน เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้วก็รู้สึกดีใจเพราะมีลูกฝาแฝด ดิฉันก็ดูแลตัวเองอย่างดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นนมมากกว่า จะกินแต่นมถั่วเหลืองและผลไม้

ตอนคลอดบุตร ดิฉันคลอดบุตรโดยวิธีผ่าตัดคลอดตอนอายุครรภ์ได้ 7 เดือน บุตรที่คลอดออกมาเป็นฝาแฝดจริงๆ เพศหญิงทั้งสองคน ตอนแรกดิฉันไม่ทราบว่าบุตรทั้งสองที่หน้า

ท้องและหน้าอกติดกันและอะไรติดกันบ้างก็ไม่รู้ แรกคลอดน้ำหนัก 3180 กรัม ตัวเล็กมาก เมื่อเห็นสภาพบุตรสาวทั้งสองก็รู้สึกไม่ค่อยดีกังวลและเครียดมาก แต่ดิฉันมาเฝ้าลูกทุกวัน หมอเริ่มแนะนำการให้นมบุตรระหว่างที่บุตรยังรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และไม่สามารถดูดนมแม่ได้ให้แม่บีบนมแม่เก็บไว้ในถุงนมแม่และเขียนวันที่บีบน้ำนมเวลาบีบน้ำนมแล้วแช่ไว้ในช่องแช่แข็งที่บ้าน ระหว่างที่ดิฉันเอนนมมาส่งก็จะใส่กระติกน้ำแข็งมาให้ทุกวันและมาเฝ้าบุตรทั้งสองเป็นเวลาเกือบ 2 เดือน

เมื่อบุตรทั้งสองอายุได้เกือบ 2 เดือน ดิฉันก็เริ่มรู้สึกกำลังใจดีขึ้นมากเพราะมาเฝ้าดูแลให้นมและได้ใกล้ชิดกับบุตรมากจนรู้สึกมีความสุขมากกว่าเมื่อก่อนขึ้นมากมาย เพราะมีความสุขที่ได้พูดคุยกับเค้า จับนวดเค้าเบาๆ และได้ฝึกช่วยเหลือเค้าเวลาพี่พยาบาลรับคนไข้แล้วไม่วางดิฉันก็พอจะช่วยเหลือได้เล็กๆ น้อยๆ แต่ก็ยังดี ทุกวันนี้ดิฉันมาเฝ้าลูกก็รู้สึกมีความสุขมากกว่าวิตกกังวล ดิฉันจะเครียดไปทำไม มีความสุขกับสิ่งที่มีอยู่ทุกวันนี้ก็พอค่ะ

เรื่องเล่าจากชาวพุทธ : สร้างคุณค่าในสิ่งที่ถูกลืม

ชัยวัฒน์ เป้าเฮงผล (รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช)

หน่วยงานรักษาศพเป็นหน่วยงานสนับสนุนบริการที่มีผู้ให้ความสำคัญน้อยมาก เพราะคิดว่าเป็นการบริการแก่ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมแล้ว ไม่มีความสำคัญเท่าใด นอกจากนั้นหน่วยงานนี้ยังถูกมองว่าเป็นสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดี บรรยากาศดูน่ากลัว โศกเศร้า โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยถึงแก่กรรม ญาติผู้ป่วยเกิดความสูญเสียและเสียใจ ยิ่งทำให้บรรยากาศของหน่วยงานรักษาศพสดหดหู่ยิ่งขึ้น ดังนั้นการปรับภูมิทัศน์ของหน่วยรักษาศพให้สวยงามเป็นระเบียบ และการดูแลด้านจิตใจ ให้บริการช่วยเหลือเกื้อกูล ติดต่อประสานงาน จัดการศพให้ได้รับการประกอบพิธีกรรมตามหลักศาสนาที่นับถือ จึงเป็นสิ่งที่หน่วยรักษาศพกระทำเพื่อให้ญาติได้รับความสะดวกเกิดความพึงพอใจ

ในอดีตที่ผ่านมาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชได้พบปัญหาจากการดำเนินงานในการจัดการศพทั้งศพในและศพนอกโรงพยาบาลดังนี้

1. ญาติไม่พอใจการปฏิบัติต่อศพ เนื่องจากกระทำไม่ถูกต้องตามหลักศาสนา
2. ญาติไม่เข้าใจขั้นตอนการรับศพ ทำให้การรับศพล่าช้า
3. ฉีดยาศพล่าช้า
4. ขาดความพร้อมและความร่วมมือในการชันสูตรศพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจึงได้มีการพัฒนาระบบงานห้องพักรักษา ซึ่งกระบวนการหลักประกอบด้วย การเก็บศพ การจัดการศพ การขอรับศพ และการชันสูตรศพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและด้านจิตวิญญาณเป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้รับบริการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ตามความเชื่อและศรัทธา
2. ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา
3. ผู้รับบริการพึงพอใจ

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จึงดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานทั้งหมด 3 ด้านคือ ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านขั้นตอนการปฏิบัติงาน และการดูแลด้านจิตวิญญาณ

เรื่องเล่าจากชาวพักรักษา

ในปัจจุบันหน่วยงานรักษาศพ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีพนักงานรักษาศพปฏิบัติงานอยู่เพียง 2 คน คือ นายชัยวัฒน์ เป้าเองผล และนายสมศักดิ์ สืบสายดี สิ่งที่น่าสนใจที่ฟังต่อไปนี้เป็นเสี้ยวหนึ่งจากการบอกเล่าของนายชัยวัฒน์ พนักงานรักษาศพที่จบการศึกษาแค่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่มีความคิดกว้างไกลและสามารถพิสูจน์ให้คนในองค์กร ตลอดจนบุคคลภายนอกได้เห็นแล้วว่าถึงแม้จะไม่ได้มีการศึกษาที่สูงก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพ

แรงบันดาลใจ

นายชัยวัฒน์เล่าให้ฟังว่าเริ่มเข้าทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2527 ด้วยเหตุผลที่ว่าใกล้บ้าน ตั้งใจว่าเก็บเงินได้สักแสนสองแสนก็จะลาออก และความรู้สึกแรกที่มาทำงานในหน่วยที่หาคนอื่นมาทำแทบไม่ได้ก็คืออยากช่วยเหลือญาติที่มีความทุกข์จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักให้เขาได้รับความสะดวกและพ้นทุกข์ เพราะนายชัยวัฒน์พบว่าบางคนไม่มีเงินแม้กระทั่งซื้อสบู่มาอาบน้ำศพ บางรายก็ไม่มีเงินทำศพ หลายรายที่ไม่รู้ว่าต้องจัดการกับศพอย่างไร หรือต้องทำพิธีกรรมอะไรบ้าง ด้วยความคิดที่อยากจะช่วยเหลือคนอื่นที่เดือดร้อนไม่ว่าจะยากดีมีจนหรือมียศถาบรรดาศักดิ์ใด ๆ และ

ความรู้สึกที่อยากตอบแทนบุญคุณของโรงพยาบาลที่ทำให้หน้าชัยวัฒน์มีกินมีใช้
จนทุกวันนี้

หน้าชัยวัฒน์บอกว่าสิ่งที่คิดอยู่เสมอคือ “ต้องเคารพ และให้เกียรติคนตาย”
และ “ต้องเอาใจไปใส่ในการทำงาน ไม่งั้นทำอะไรก็ไม่สำเร็จ” โดยได้ใช้หลัก
อิทธิบาท 4 และอริยสัจสี่ ในการทำงาน คิดเพียงแค่นี้ก็ทำให้เกิดการพัฒนา
คุณภาพในหน่วยงานพักศพได้โดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้หน้าชัยวัฒน์บอกว่าเคยเข้า
รับการอบรมในเวทีการพัฒนาคุณภาพและได้ฟังมาว่าการพัฒนาคุณภาพก็คล้ายๆ
กับอริยสัจสี่คือต้องรู้ว่าอะไรคือทุกข์ หรือปัญหา อะไรคือสาเหตุ และจะหาทางดับ
ทุกข์หรือแก้ปัญหาได้อย่างไร จึงเป็นที่มาของการพัฒนาหน่วยงานในด้านต่างๆ

แนวคิดของการพัฒนา

ด้วยความคิดเบื้องต้นที่อยากจะช่วยเหลือคนที่เดือดร้อน หน้าชัยวัฒน์และ
เพื่อนร่วมงานจึงคิดว่า (1) ทำอย่างไรสถานที่ของหน่วยงานรักษาศพจึงจะร่มรื่น
สวยงาม ดูไม่น่ากลัว มองแล้วไม่หดหู่ เศร้าสลดใจไปมากกว่าเดิม, (2) ญาติบางคน
ก็ไม่รู้ขั้นตอน ไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง และผู้ตายแต่ละคนก็นับถือศาสนาต่างกัน
(ส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธ อิสลามและคริสต์) มีพิธีกรรมทางศาสนาต่างกัน จึงคิดว่า
ทำอย่างไรญาติจึงจะได้รับความสะดวก รวดเร็ว ผู้ตายได้รับการปฏิบัติอย่างยกย่อง
ให้เกียรติ ถูกต้องเหมาะสมตามหลักศาสนาและความเชื่อ, (3) ทำอย่างไรญาติจึงจะ
ไม่ติดเชื่อ เพราะศพบางรายมีสารคัดหลั่ง หากนำไปอาบน้ำศพ หรือทำพิธีกรรม
บางอย่างที่บ้านโดยเฉพาะศาสนาอิสลามที่ต้องมีการรีดเอาสิ่งที่อยู่ภายในศพออก
ให้หมด อาจทำให้แพร่กระจายเชื้อได้ จึงเกิดความคิดที่จะอำนวยความสะดวกให้
ญาติสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานพักศพได้โดยเราสามารถให้คำแนะนำ
ในการป้องกัน การติดเชื่อแก่ญาติ

การฝ่าฟันปัญหาอุปสรรค

ต้องไม่นั่งดูตายหรือคิดว่าไม่ใช่เรื่องของเรา หน้าชัยวัฒน์และเพื่อนร่วมงานจะ
พยายามเก็บข้อมูล ปัญหา ความไม่สะดวกที่เกิดขึ้น ถ้าแก้ไขได้เองก็ทำเลย ถ้า
ทำไม่ได้ก็แจ้งไปยังหอผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไข หากยังไม่สำเร็จก็จะมา
เล่าให้ผู้ประสานงานคุณภาพที่ศูนย์คุณภาพรับฟังเพื่อช่วยประสานงานให้หรือแจ้ง
ผู้บริหารทราบ ซึ่งพบว่าได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี

สรุปการพัฒนาคุณภาพงานที่เกิดขึ้น

1. ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ปรับปรุงโครงสร้างอาคารใหม่เพื่อให้บรรยากาศไม่น่ากลัว อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ จัดสวนหย่อมรอบ ๆ อาหารให้สวยงาม ดูร่มรื่น จัดสวนสมุนไพรเพื่อการเรียนรู้ ปรับปรุงศาลาพักญาติ จัดหาที่นั่งพัก และจัดให้มีบอร์ดให้ความรู้ญาติในเรื่องพิธีกรรมทางศาสนาตั้งแต่ถึงแก่กรรมจนถึงการฃาปนกิจศพ และให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง (กินอย่างไรไม่ให้เกิดโรค) เพื่อลด/ป้องกันโรคต่างๆ เพราะสังเกตพบว่าหลาย ๆ คนเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดจากการกินที่ไม่ถูกต้อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมกันกำหนดมาตรการทำความสะอาดพื้นและผนังอาคาร เปลเช็นศพ อ่างอาบน้ำศพ โดยทำความสะอาดทุกวันและทุกครั้งหลังใช้งานด้วยน้ำผสมผงซักฟอก ในกรณีที่เปื้อนเลือด / สารคัดหลั่ง ให้ใช้น้ำยาทำลายเชื้อเช็ดทำความสะอาด

ดูแลความปลอดภัยของบุคลากร โดยการใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่าง ๆ ซึ่งงาน IC และงานอาชีวเวชกรรมร่วมกันควบคุมดูแล

ดูแลความปลอดภัยของญาติโดยให้คำแนะนำในการสวมถุงมือทุกครั้งก่อนสัมผัสศพในกรณีที่ศพมีเลือดหรือสารคัดหลั่ง และหลังสัมผัสศพต้องล้างมือทุกครั้ง

2. ด้านขั้นตอนการปฏิบัติงาน

กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน, จัดทำแนวทางปฏิบัติในการรับศพ จิตยาศพ การชันสูตรศพ โดยมีการประชุมชี้แจง และประสานงานกับทุกหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล, มีการตรวจสอบ/ควบคุมอุณหภูมิความเย็น และตรวจเช็คสภาพเครื่องตู้เย็นแช่ศพ ทุกวัน

3. การดูแลด้านจิตวิญญาณ

มีการจัดพื้นที่เพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ไว้ให้เป็นสัดส่วน กระทำต่อศพด้วยความเคารพ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้ความสำคัญใน

การดูแลสภาพจิตใจของญาติผู้เสียชีวิต ตามความเชื่อ ศรัทธาหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ด้วยความคิดว่าผู้ตายควรได้รับความเคารพ จึงทำผ้าคลุมรถเข็นศพที่มีสีสันสวยงามนอกจากมองแล้วไม่หุดหู่ ไม่อูจาดตาสำหรับผู้ที่ผ่านมาแล้วยังสามารถกันแดดกันฝนให้กับผู้ตายได้

นอกเหนือจากรางวัลที่เคยได้รับ ความภาคภูมิใจที่หน้าชัยวัฒน์และเพื่อนร่วมงานถือว่ายิ่งใหญ่กว่าคือ การที่ญาติผู้ตายยกมือไหว้ขอบคุณด้วยความซาบซึ้งในสิ่งที่เราทำให้ก่อนรับศพจากไป แม้ว่าญาติคนนั้นจะมีอายุมากกว่า เป็นคนเฒ่าคนแก่ หรือเป็นคนที่มียศตำแหน่งใหญ่โต เช่น อัยการ หรือนายตำรวจใหญ่ ก็ตาม ซึ่งหน้าชัยวัฒน์ บอกว่าทำให้รู้สึกดียิ่งกว่าการได้รับรางวัล หรือเงินทองใดๆ และทำให้เกิดความสุขใจที่ได้ช่วยเหลือคนอื่น

นอกจากนี้หน้าชัยวัฒน์เห็นว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับการบอกกล่าวปัญหาอุปสรรคต่างๆ เขาก็รับฟัง ผู้บริหารไม่ทอดทิ้งและให้กำลังใจช่วยแก้ปัญหาให้ ก็ทำให้มีกำลังใจที่จะพัฒนางานต่อไปจนกว่าจะเกษียณอายุราชการในอีก 2 ปีข้างหน้า

C25 : จากใจชาวใต้ให้คุณภาพชีวิต (ผลงานคัดเลือกผ่าน HACC ภาคใต้)

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 5

พญ.อนุสรรา กิ่งอุบล	รพ.ป่าพะยอม
ภญ.สิริลิต สายชล	รพ.โคกโพธิ์
ศิรินทร์ ยางทอง	รพ.ควนเนียง
อาภรณ์ พงษ์หา	รพ.สงขลานครินทร์
ชูศรี มณีรัตน์	รพ.หาดใหญ่
รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกนภา

พญ.อนุสรรา กิ่งอุบล (รพ.ป่าพะยอม)

โรงพยาบาลป่าพะยอมได้จัดตั้งคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์ หรือ “คลินิกนภา” ขึ้น ไตรมาสแรกของการเปิดบริการมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เข้ารับบริการ จำนวน 9 ราย คิดเป็น 0.32 ต่อพันประชากร หลังจากนั้นก็มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์เข้าโครงการ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 79 ราย คิดเป็น 2.44 ต่อพันประชากร การให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ พบว่าขาดความพร้อมในด้านสถานที่และบุคลากร ผู้ป่วยรับการตรวจโดยแพทย์ที่แผนกผู้ป่วย นอกและรับยาที่ห้องยา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและกลัว ไม่มั่นใจในการมารับบริการทำให้การ ดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขาดการดูแลแบบบูรณาการรวมถึงการประสานงาน ระหว่างทีม บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็น มูลเหตุจูงใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกนภา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์มีความสุขในการรักษาและการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น ต่อไป

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. มีการดำเนินงานตามวงล้อ PDCA เพื่อปรับปรุงการบริการให้มีคุณภาพและบรรลุตาม ตัวชี้วัด
2. มีทีมงานดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการแบบ One Stop Service
3. ผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญและให้การสนับสนุน
4. ทีมมีทัศนคติที่ดี ตั้งใจบริการ และมีการอบรม ประชุมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง
5. ได้รับการสนับสนุนจาก สคร. 12 , สปสช. และศูนย์อนามัยที่ 12

6. มีการทำงานแบบบูรณาการระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในองค์กรและนอกโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ / ความสำเร็จ (ปี 2547, 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ)

1. อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องร้อยละ 95.78, 96.14, 96.01 และ 96.42
2. อัตราการขาดนัดของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกยาต้านไวรัส ร้อยละ 1.23, 1.12, 1.22 และ 1.24
3. อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 7.70, 0.00, 0.00 และ 3.33
4. อัตราของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับการประเมินผลการรักษา โดยการเจาะเลือดดูระดับ CD4 ปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100, 100, 100 และ 100 Viral load ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 0.00, 0.00, 4.17 และ 30.00
5. อัตราของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระบบบริการแต่คุณสมบัติยังไม่เข้าเกณฑ์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้รับการดูแลตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องร้อยละ 75.00, 82.35, 85.00 และ 97.62
6. อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดภาวะเครียดระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 13.04, 10.64, 10.29 และ 5.75
7. อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบที่มาขอรับการสงเคราะห์ ได้รับการสงเคราะห์ ร้อยละ 8.70, 21.28, 22.06 และ 27.59
8. อัตราความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยในคลินิกนภา ร้อยละ 85.45, 90.12, 91.48 และ 92.43

บทสรุป

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะประสบความสำเร็จได้ ต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยที่ต้องตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม มีกำลังใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป รวมทั้งเกิดความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย มีความภาคภูมิใจ มีความสุขและมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเกิดการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกองค์กรเกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

นวัตกรรม Glucose bad กับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ภญ.สิริสิต สายชล (รพ.โคกโพธิ์)

ทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานต้องการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเสี่ยงสำคัญของการ

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโคกโพธิ์คือผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตรวจหาภาวะแทรกซ้อน และขาดการรักษาแบบต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยา ทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจึงกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ลดอัตราการขาดนัดขาดยาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการ re-admitted โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้และดูแลผู้ป่วย ในปี 2548 ได้จัดตั้งทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานและประเมินผลการดูแลรักษาโดยใช้หลักการ Menomic for diabetic care GLUCOSE BAD โดย นพ. ทนงศักดิ์ ชาวจีน (อายุรแพทย์) ดังนี้

G Glucose FBS < 130 mg/dl, HbA1c < 7%, Hypo/Hyper symptom, diet, exercise, Wt. control

L Lipid LDL < 100 mg/dl, HDL > 40 mg/dl (MEN), HDL > 50 mg/dl (WOMEN), Triglyceride < 150 mg/dl, Statin, Fibrate, S/E Myopathy, hepatitis, Rhabdomyolysis (ลด Chol ด้วย simvas ใน pt. > 40 year.& Chol > 135 mg/dl ลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดลงได้)

U Urine Micro/Macroalbuminuria, Cr, urine protein
Rx ACEI/ ARB if age > 50 yr or **high risk CVD**

C Cigarette / Drinking always ask

O Ophthalmologic : eye exam, direct ophthalmoscope (mydiacyl®)

S Sex related topic, Female Birth control : Condom Male Erectile dysfunction

E Extremity : neuropathy , Ulcer / Deformity (Foot exam.)

B BP ≤130/80 mmHg if (urine protein trace 2+ กรณีไม่มีโรคแทรกซ้อนทางไต)
≤125/75 mmHg if (urine protein 3+, 4+ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนทางไต)

A Aspirin 75-162.5 mg/d if age > 40 y. or high risk CVD and no contraindication เช่น PU perforate, แพ้ยา ASA ชักประวัติเพิ่ม Angina, PND, Orthopnea, edema

D Dental Dental exam

ทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานฯ ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากปี 2548 พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด โดยกิจกรรม CQI น้ำตาลจะลดได้ ถ้าใส่ใจตามนัด พัฒนาระบบการให้ความรู้ (empowerment) พัฒนาศึกษาเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโดยใช้ care-map, discharge plan ส่งต่อ HHC

ปี 2548 ให้ความรู้และตรวจเช็คสุขภาพปีละครั้งเพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกราย ที่เป็นเบาหวานและขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลโคกโพธิ์

ปี 2549 คัดกรองผู้ป่วยที่เคยผ่านการให้ความรู้ในปีแรกที่ตรวจวิเคราะห์ HBA1c > 7 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 180 mg% ติดต่อกัน 3 ครั้ง อายุ < 60 ปี และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน เข้าโครงการ One day trip Diabetic

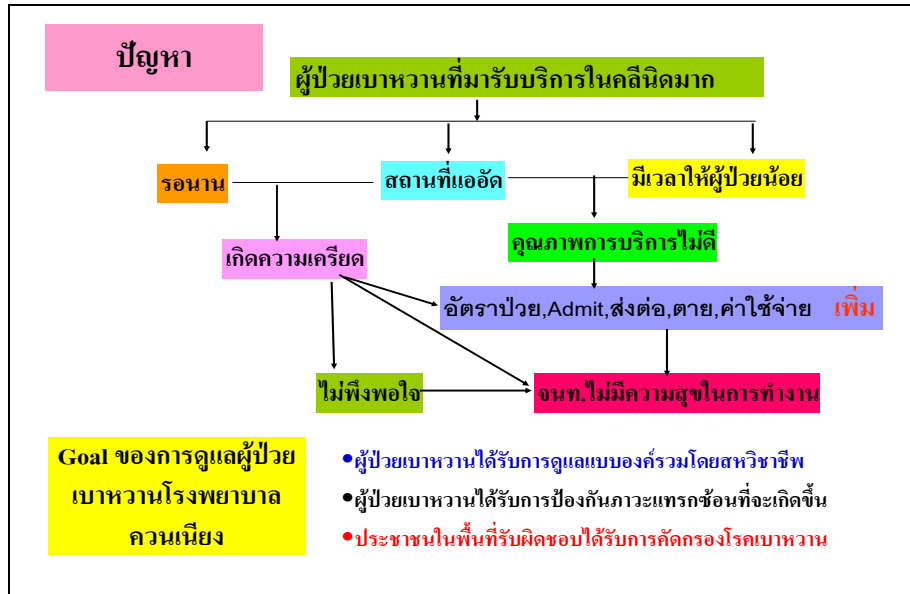
ปี 2550 จัดทีมสหวิชาชีพสลับกันให้ความรู้ผู้ป่วยขณะรอตรวจโดยสลับหัวข้อความรู้ทุกอาทิตย์ จัดทำแบบบันทึกข้อมูลการ ได้รับความรู้ให้ผู้ป่วยทุกรายและทุกเรื่องที่กำหนดในแผนการ ให้ความรู้พร้อมบันทึกในเวชระเบียน ร่วมจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดปัตตานี ทีมวางแผนสร้าง empowerment ให้ผู้ป่วยและญาติโดยออกให้ศึกษากับผู้ป่วยและญาติ ณ สถานบริการปฐมภูมิ สร้างศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองผู้ป่วยในเขต รับผิดชอบ ให้ความรู้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และดูแลให้ผู้ป่วยเก่าได้มา รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโดยทีมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานฯ มีการวางแผน การดูแลผู้ป่วยในโดยมอบหมายให้เกิดระบบ case management ในกรณีผู้ป่วยเข้ามา admit ทีมพัฒนา care map & discharge plan ตั้งแต่ปี 2549 พบปัญหาในการใช้และมีการแก้ไข เปลี่ยนแปลงมาจนถึงปัจจุบัน ทีมฯ กำหนด criteria ในการใช้ care – map, discharge plan และแนวทางส่งต่อสู่ HHC จากกิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านได้พบกับปัญหาของผู้ป่วยที่ทีมคาดไม่ถึง ในหลายเรื่องซึ่งเป็นประเด็นปัญหาทำให้ทีมงานมีแนวทางการแก้ไขและการวางแผนดูแล ป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับผู้ป่วยรายอื่น จากการแก้ปัญหา นำมาสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติ ทีมฯ ได้ขยายระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยด้วยหลัก GLUCOSE BAD ไปยังสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการ KM DM ปีงบประมาณ 2551 และวางแผนพัฒนาทักษะของพยาบาล ในการทำ Dialogue เพื่อค้นหาปัญหา จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

ผลจากการดำเนินงาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอโคกโพธิ์สามารถดูแลตนเอง ได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษา ส่งผลให้ลดการเจ็บป่วย (morbidity) การสูญเสีย ชีวิต (mortality) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในบริบทในโรงพยาบาลชุมชน

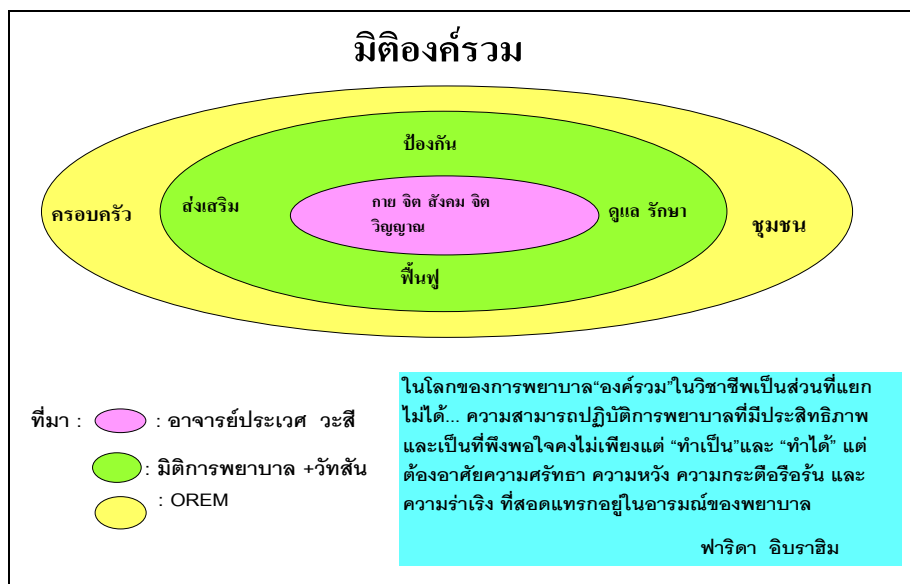
ศิริรินทร์ ยางทอง (รพ.ควนเนียง)

การวิเคราะห์ปัญหา



ระบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโรงพยาบาลควนเนียง

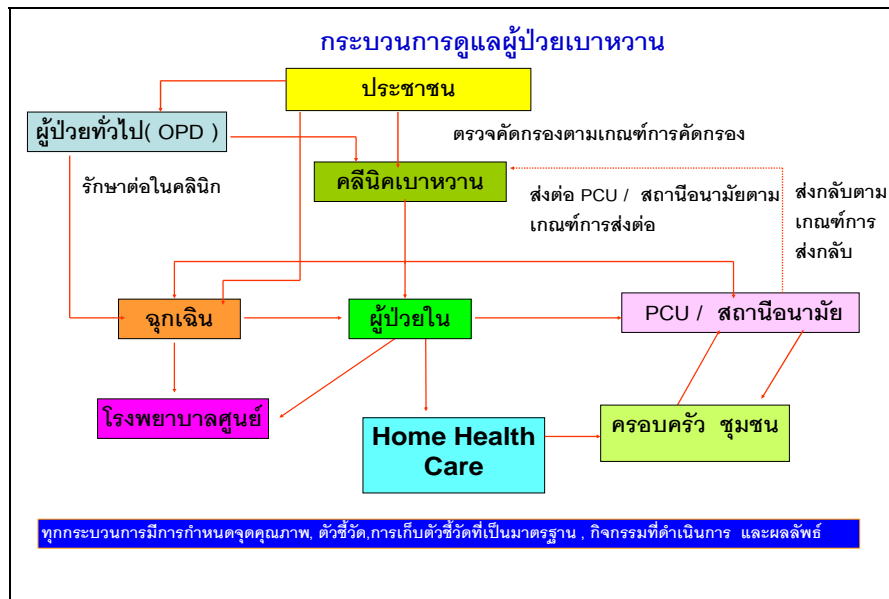
โรงพยาบาลควนเนียง ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยนำแนวคิดองค์รวมมาประยุกต์ให้เป็นองค์รวมในบริบทโรงพยาบาลควนเนียง คือ



ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพ > 70 %
2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น > 70 %
3. ประชาชนในพื้นที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน > 80 %

กระบวนการดำเนินการ



ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้า	2549	2550
1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพ	70%	80%	82%
● ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัดจากระดับน้ำตาลในเลือด คือ Grade A	> 60%	45%	56%
● อัตราความพึงพอใจ	80%	97%	98%
2. ผู้ป่วยได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น			
● ผู้ป่วยได้รับการตรวจ LAB ตามมาตรฐาน	70%	43%	65%
● ผู้ป่วยได้รับการตรวจตาเพื่อค้นหา DR	70%	56%	74%
● อัตราการเกิด New Case Complication	0	3	5
3. ประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในภาพรวมทั้งอำเภอ	80%	62 %	80%

ความภาคภูมิใจ

ทุกหน่วยบริการสามารถให้บริการผู้ป่วยเบาหวานได้ครอบคลุมองค์รวมโดยสหวิชาชีพชัดเจน, การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน, สามารถนำผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

สิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้

1. การทำงานแบบสหวิชาชีพ มีการปรับเปลี่ยนบรรยากาศการทำงานในองค์กร เกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความช่วยเหลือทั้งในองค์กรเองและยังได้ขยายขนาดขององค์กรออกไปสู่ชุมชน สามารถดึงสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อนร่วมภาวะเจ็บป่วย (โรค) กลุ่มผู้นำหรือผู้ที่มิพบาบทในชุมชน และอื่นๆอีกมากมายเข้ามาร่วมเป็นองค์กรเดียวกันได้อย่างไม่มีสิ่งใดกั้น ให้ความรู้สึกได้ถึงชีวิตขององค์กร และผลที่ได้คือความผาสุก การอยู่กับ

โรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข ของผู้ป่วย (ผู้รับ) และความอึดอ้อมใจ มีความสุขใจในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเอง ของผู้ปฏิบัติ (ผู้ให้)

2. เกิดกระบวนการเรียนรู้ในบริบทของความร่วมมือมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทั้งด้านกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

3. ความภาคภูมิใจของผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรม

อาจารย์ พงษ์หา (รพ.สงขลานครินทร์)

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการบริหารยาเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงออกแนวปฏิบัติการบันทึกความปวด โดยครอบคลุมรายละเอียดในเรื่องของ การแบ่งระดับความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด และการให้คะแนน สำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน

จากผลการประเมินการบันทึกความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 พบว่าการบริหารยาเพื่อลดความปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ยังไม่สมบูรณ์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญในการบริหารจัดการกับความปวดมีนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริหารจัดการกับความปวด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 จึงได้จัดทำโครงการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

เป้าหมายโครงการ

ผลการประเมินตัวชี้วัดจากแบบ “การประเมินและบันทึกความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด”-ของฝ่ายบริการพยาบาล โดยทุกตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

การดำเนินการ PDCA ครั้งที่ 1 เมษายน 2548 – กันยายน 2548

Plan : จากการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหา พบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจ เรื่องการบอกคะแนนความปวด มีความเชื่อในทางที่ผิด คิดว่าการได้รับยาแก้ปวดบ่อยๆ จะทำให้ติดยา ไม่ได้รับคำแนะนำ ข้อมูล เกี่ยวกับการประเมินความปวด การประเมินการรับรู้ พยาบาลไม่ตระหนักเรื่องความปวด ขาดทักษะการประเมินการให้ความรู้ การหลงลืมเมื่อผู้ป่วยร้องขอยา ภาระงานมาก ในระบบพบว่า ระบบการให้ข้อมูล คำแนะนำ การมอบหมายผู้รับผิดชอบ ไม่ชัดเจน ไม่ได้ปฏิบัติ ไม่มีคู่มือในการแนะนำ ไม่มีการติดตามงาน ไม่มีการประเมินผล

Do: กิจกรรมเพื่อพัฒนา

1. มีการจัดทำสัญลักษณ์ขึ้นมาเพื่อนำไปแขวนไว้ที่หัวเตียงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายเพื่อเป็นการป้องกัน การลืมประเมินและกระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่ให้ประเมิน บันทึกความปวด

และบริหารจัดการความปวด เป็นการประยุกต์ใช้เครื่องมือ เพื่อไม่ให้เจ้าหน้าที่ลืมน่าผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. มีการจัดทำคู่มือเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ให้คำแนะนำเรื่องต่างๆ รวมทั้งการบริหารจัดการความปวด การขอยาแก้ปวด เพื่อให้ความสะดวกแก่พยาบาล และผู้ป่วย ในการเข้าไปให้คำแนะนำ

3. มีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจนขึ้น โดยให้สมาชิกทีม หรือเจ้าหน้าที่ทีม หรือพยาบาลเจ้าของทีมในเวรปายเป็นผู้รับผิดชอบในการให้คำแนะนำ ก่อนการผ่าตัด การขอยาแก้ปวด และอื่นๆ

4. มีการติดตามประเมินการรับรู้ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลหัวหน้าทีมนั้นๆ

5. มีการให้คำแนะนำให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่มาใหม่ และเจ้าหน้าที่ที่ตรวจพบว่ามี การปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะให้คำชี้แนะทันที

Check: ผลการประเมินครั้งที่ 1

ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินของฝ่ายการพยาบาลด้านการจัดบันทึกไม่ครอบคลุม การประเมินความปวดหลังการให้ยาไม่ได้ประเมิน

PDCA ครั้งที่ 2 เมษายน 2549 –กันยายน 2549

ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ได้รับมากกว่า ระดับ 3.75

1. จัดทำสัญลักษณ์ขึ้นใหม่เพื่อให้มีความเป็นสากลมากขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกและป้องกันการลืมน่าเจ้าหน้าที่

2. พัฒนา Guide lines เรื่องการให้คำแนะนำในการจัดการความปวดจากการผ่าตัด และแนวทางการบริหารยาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกาศใช้เพื่อให้เห็นแนวทางปฏิบัติที่ง่ายขึ้น

3. จัดหาเครื่องมือประเมิน แบบวัดต่างๆ เช่น Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, Face Pain Scale

4. สมาชิกทีมมีการติดตาม และประเมินการรับรู้ ประเมินการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย ถ้าพบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ถูกต้อง จะให้คำชี้แนะทันที เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

5. มีการจัดทำป้ายกระตุ้นเตือน ในแต่ละทีม ในห้องยา และจัดหามาพิกามาไว้ประจำแต่ละทีม เพื่อให้พยาบาล ตั้งเวลาเตือนและได้ประเมินการให้ยา

6. ประเมินผลการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินและบันทึกความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมทั้งการสะท้อนร่วมกับผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันทุกคนได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ ปัญหาและผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหา ทุกคนร่วมมือร่วมใจ

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ระดับ 4.5 (3.58), ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ระดับ 4.4

PDCA ครั้งที่ 3 เมษายน 2550 ถึง ปัจจุบัน

มีการประกันคุณภาพเวลาเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้องขอยาฉีดแก้ปวด

Do

1. จัดทำแบบบันทึกเวลาเมื่อผู้ป่วยขอยาแก้ปวด
2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยการเป็นผู้บันทึกเวลาขอยาและเวลาที่ได้รับจริง
3. จัดทำโครงการ The Number One the Killer Pain for the week จัดทำโครงการเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ ในการให้ยาแก้ปวดที่รวดเร็วทำให้ทุกคนตระหนักเห็นความสำคัญ ผู้ที่ได้รับรางวัลแต่ละสัปดาห์ เกิดความภาคภูมิใจ ที่ชื่อตนเองได้โชว์ขึ้นบอร์ด ทำให้ทุกคนรู้ว่าตนเองให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับเรื่องความปวด

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยได้รับยาที่รวดเร็ว เร็วที่สุดใช้เวลา 1 นาที 50 วินาที, ค่าเฉลี่ย 2 นาที 58 วินาที เป็นการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มีการตระหนักและให้ความสำคัญกับการฉีดยาแก้ปวด เมื่อผู้ป่วยร้องขอ

สิ่งที่ได้เรียนรู้อะไรจากการทำกิจกรรมนี้

การทำงานเป็นทีม การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ การเน้นความเข้าใจและความร่วมมือร่วมใจ การเน้นการแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการ เปลี่ยนการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าระยะสั้นเป็นการเน้นเป้าหมายระยะยาวที่ยั่งยืน จากการเป็นทางการมาเป็นรูปแบบที่เรียบง่าย

แผนการพัฒนาต่อไป

การทำโครงการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น ในการให้ยาในรูปแบบอื่น

ข้างหลังม่าน....บหรี

ชูศรี มณีรัตน์ (รพ.หาดใหญ่)

ในสถานการณ์เจ็บป่วยปัจจุบันมีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมส่วนตัวและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลต่อทั้งตนเองและครอบครัว

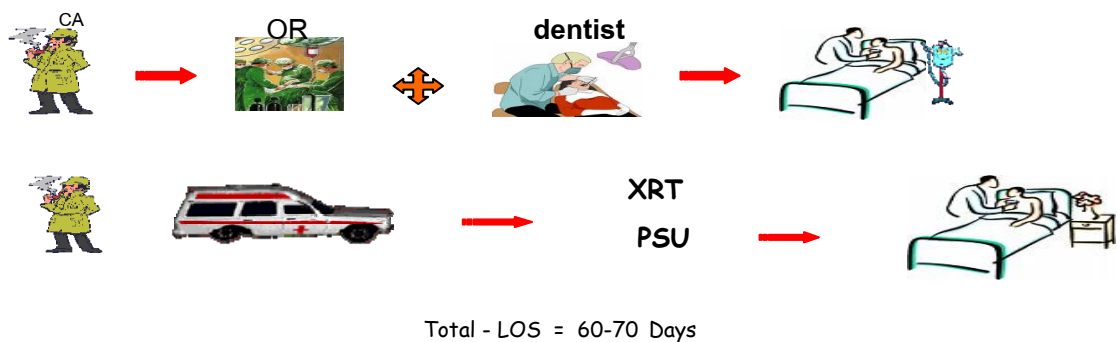
ในเบื้องต้นแผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ทำการทบทวนโรคและผู้ป่วยที่มารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

ระยะเวลาอนโรพยาบาลนาน จึงได้ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพพัฒนารูปแบบในการรักษาพยาบาล เมื่อ พ.ศ. 2541 และพัฒนาการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ตามบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป มีการปรับใช้เครื่องมือใหม่ๆ เพื่อช่วยในการเรียนรู้มากขึ้น สามารถเล่าเรื่องราวชีวิตการเรียนรู้ได้เป็น 4 ระยะ

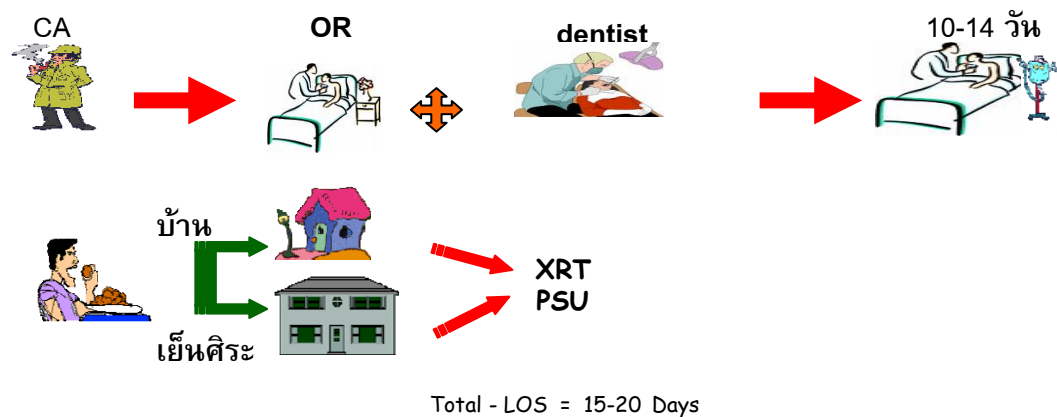
เรียนรู้ระยะที่ 1 เริ่มเรียนรู้

เป้าหมายคือลดระยะเวลาอนโรพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดภาวะแทรกซ้อน โดยจัดทำ CARE MAP CA LARYNX เพิ่มศักยภาพญาติในการดูแลต่อเจาะคอ การ FEED ทำอาหารผสม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พัฒนาสูตรอาหารเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง สื่อรูปภาพสำหรับผู้ป่วยพูดไม่ได้ ประสานบริการกับทันตกรรมทำผ่าตัดร่วมกันในครั้งเดียว ประสานอาคารเย็นศิระส่งผู้ป่วยไปพักระหว่างฉายแสง สามารถลดระยะเวลาอนโรพยาบาลจาก 60 – 70 วัน เหลือเพียง 15 – 20 วัน

กระบวนการรักษาพยาบาลแบบเดิม



กระบวนการรักษาพยาบาลแบบใหม่



เรียนรู้ระยะที่ 2 เพื่อนช่วยเพื่อน

จัดตั้งชมรมผู้ไร้กล่องเสียง พ.ศ. 2543 โดยมีวิทยากรจากสมาคมผู้ไร้กล่องเสียง 2 คนมาฝึกการพูดด้วยหลอดอาหาร จนปัจจุบันสมาชิกชมรมสามารถพูดด้วยหลอดอาหารได้ ร้อยละ 60 – 70 และสามารถพัฒนาเป็นครูฝึกสอนสมาชิกอื่นได้อีก 4 คน มีการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต และประสบการณ์การรักษาพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้ช่วยลดอัตราการปฏิเสธการรักษาและผ่าตัดในผู้ป่วย CA LARYNX จากเดิม ร้อยละ 50 เหลือเพียงร้อยละ 5

เรียนรู้ระยะที่ 3 ปรับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการจัดกลุ่มเรียนรู้ด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพในกลุ่มญาติผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงได้เพิ่มการบริการดูแลสุขภาพในกลุ่มญาติ จากการพูดคุยและการสร้างสัมพันธ์สภาพภายในกลุ่ม พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จึงร่วมกับนักศึกษาค้นคว้าโครงการ รณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ พบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 48 มากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (จากการทบทวนรายงาน บทความของเครือข่ายพยาบาลเพื่อควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย ระบุจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้มีน้อยกว่าร้อยละ 10) เมื่อทำการติดตามผลพบว่าส่วนหนึ่งกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ แต่ปริมาณการสูบต่อวันลดลง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าส่วนหนึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเคยชิน เป็นการติดใจจากการหยุดสูบชั่วคราวหนึ่งเกิดจากการให้ความรู้และการกระตุ้นของทีมนสุขภาพ ไม่ได้เกิดจากความตระหนักและตั้งใจจริง บางรายคิดว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทุเลาหรือหายแล้ว จึงกลับมาสูบใหม่

เมื่อนำปัญหาปรึกษาในทีมและทบทวนสถานการณ์กลุ่มผู้สูบบุหรี่ พบว่าในกลุ่มเพศชายมีอายุ 18 ± 4 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 20 ± 7 ปี (สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 – 2549 ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ) ทีมจึงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และปลูกฝังในกลุ่มเยาวชน โดยความช่วยเหลือจากสมาชิกชมรมผู้ไร้กล่องเสียง

เรียนรู้ระยะที่ 4 ปรับการเรียนรู้

ปรับกระบวนการเรียนรู้จากการตั้งรับในโรงพยาบาล สู่ การเรียนรู้ในชุมชน โดยอาศัยแผนที่ผลลัพธ์เป็นเครื่องมือสำคัญ จัดโครงการ “โรงเรียนปลอดบุหรี่... ถวายในหลวง” โดยกำหนดภาคีหุ้นส่วน เป็น 4 ระดับ ได้แก่ โรงเรียน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และอบต.

กิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ ได้มีการปรับเปลี่ยนให้เป็นที่ไปตามรูปแบบที่นักเรียนกำหนด โดยดำเนินกิจกรรมในตลาดนัดข้างโรงเรียน การเยี่ยมคุยประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล การถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตจากสมาชิกชมรมผู้ไร้กล่องเสียง และการนำประสบการณ์เรียนรู้ไปถ่ายทอดในครอบครัวนักเรียนแต่ละคน ทำให้นักเรียน ครู ได้ความรู้และ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ นักเรียน ครู ที่ผ่าน

กิจกรรมเกิดแนวคิดในการขยายเครือข่ายเพื่อลดการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน โดยอาสาสมัคร เป็นแกนนำและที่ปรึกษาแก่โรงเรียนอื่น ๆ ต่อไป ขณะนี้ได้มีการขยายเครือข่ายไปสู่โรงเรียนที่ ต้องการเข้าร่วมอีก 4 โรงเรียน

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

	EXPECT TO SEE	LIKE TO SEE	LOVE TO SEE
ก่อนเริ่ม โครงการ	โรงเรียน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน อบต.	โรงเรียน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน อบต.	โรงเรียน สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน อบต.
	ตอบรับเข้า ร่วมกิจกรรม	วางแผนทำ กิจกรรมร่วมกัน	มีตัวแทน ดำเนิน กิจกรรม และ ถ่ายทอดให้ เพื่อนต่อได้
หลัง ดำเนิน โครงการ	มีโรงเรียนตอบรับเข้าร่วม กิจกรรม 4 แห่ง กับ 1 อบต.	มีการวางแผนทำกิจกรรมของ นักเรียนโดยกำหนดให้ โรงพยาบาลสนับสนุนด้านข้อมูล และเป็นผู้ช่วยโครงการ (รพ.ต้อง ปรับเปลี่ยนเก็บแผนงานของ ตนเองไว้ และดำเนินงานตามแผน ของนักเรียนแทน)	- มีตัวแทนนักเรียน เป็นแกน นำดำเนินโครงการ 24 คน และมีครูที่ปรึกษาโครงการที่ สามารถถ่ายทอดการเรียนรู้ กิจกรรม ให้แก่โรงเรียนอื่นได้ 1 คน อาจารย์ที่ปรึกษาเรื่อง การเลิกบุหรี่ 1 คน - อบต.ให้ความสำคัญ ขอร่วม สนับสนุนโครงการทั้งที่ ดำเนินการแล้วและโครงการ ต่อไป

การเรียนรู้จากกิจกรรม

1. สมาชิกชมรมผู้ไร้กล่องเสียงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเรียนรู้และ
ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต รวมถึงสร้างความมั่นใจในความสามารถเพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิต
ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยอื่นได้เป็นอย่างดี
2. ปัจจัยสำคัญของการรณรงค์เพื่อลดการไม่สูบบุหรี่ จำเป็นต้องคำนึงถึงวิถีชีวิต และ
ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะของแต่ละบุคคล
3. บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องพัฒนาบทบาทเป็นสมาชิกทีมเพื่อเสริมบทบาทการ
ดำเนินกิจกรรมของชุมชน สร้างความภาคภูมิใจและความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมของ
กลุ่ม นักเรียน โรงเรียน รวมถึงการเป็นผู้ช่วยโครงการเพื่อประสานกิจกรรมเครือข่ายสู่โรงเรียน
อื่นต่อไป

แผนพัฒนาต่อไป

1. ในโรงพยาบาล เข้าร่วมการจัดการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ที่ประยุกต์งานรณรงค์ส่งเสริมการงดสูบบุหรี่เข้ามาเป็นงานประจำทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย
2. ส่งเสริมศักยภาพสมาชิกชมรมผู้ไร้กล่องเสียง
3. ประสานกิจกรรมเครือข่ายการรณรงค์โรงเรียน...ปลอดบุหรี่

C35 : IT เพียงพอ อย. ปลอดภัย

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

ภญ.ปัญญาฉัตร ซอสุขไพบุลย์	รพ.ราชวิถี
ภญ.เบญจมาศ บุตดาววงศ์	รพ.โนนคุณ
พยอม ดวงภักดี	รพ.สงขลา
ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ	รพ.อุดรธานี

โครงการประสานรายการยาผู้ป่วยใน

ภญ.ปัญญาฉัตร ซอสุขไพบุลย์ (รพ.ราชวิถี)

วัตถุประสงค์: เพื่อประสานรายการยาของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการบริโภคยาซ้ำซ้อนในระหว่างการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมทั้งให้คำปรึกษาการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

วิธีการศึกษา: สร้างกระบวนการประสานรายการยาในขั้นตอนการรับ ส่งต่อ และจำหน่ายผู้ป่วย โดยทำการศึกษาแนวทางปฏิบัติเดิมในปี พ.ศ. 2548 เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านและพัฒนาแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อลดจุดอ่อนโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสานกับหัวหน้าหอถึงรายละเอียด โครงการและขั้นตอนการปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนคือ เมื่อมีผู้ป่วยรับใหม่ให้พยาบาลโทรแจ้งเภสัชกร เภสัชกรสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสร้างแบบบันทึกยาเดิม แนบแบบบันทึกยาเดิมในแฟ้มเพื่อแจ้งแพทย์และในประวัติการใช้ยาเพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบ ติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา และประสานกับแพทย์ในคำสั่งที่ไม่ตรงกับยาเดิมของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาคำแนะนำการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านทั้งยาเดิมและยาที่แพทย์สั่งใหม่

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 317 คนมียาติดตัวมา 165 คน ได้รับการประสานรายการยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย 134 คน (ร้อยละ 81.21)

	ก่อน	หลัง
ผู้ป่วยที่ได้รับยาครบรายการและถูกขนาด	49 คน (29.6%)	61 คน (37.0%)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาถูกขนาด แต่ไม่ครบรายการ	32 คน (19.4%)	28 คน (17.0%)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาครบรายการ แต่ขนาดยามากกว่าเดิม	28 คน (17.0%)	28 คน (17.0%)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาครบรายการ แต่ขนาดยาน้อยกว่าเดิม	29 คน (17.6%)	27 คน (16.4%)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาไม่ครบรายการ ขนาดมาก/น้อยกว่าเดิม	27 คน (16.4%)	21 คน (12.7%)

สรุปและข้อเสนอแนะ เภสัชกรสามารถทำหน้าที่ประสานรายการยาเดิมของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครบรายการและขนาดยาถูกต้องมากขึ้น ลดความคลาดเคลื่อน

จากการได้รับยาไม่ครบรายการ โดยเภสัชกรควรทำประสานข้อมูลเรื่องยากับแพทย์ ติดตาม คำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และให้คำปรึกษาการใช้ยาเมื่อผู้ป่วย กลับบ้านทั้งยาเดิมและยาใหม่ที่แพทย์สั่ง

การพัฒนากระบวนการรายงาน ME โดยใช้โปรแกรม Access

ภญ.ปัญญฉัตร ซอสุขไพบุลย์ (รพ.ราชวิถี)

วัตถุประสงค์: เพื่อดึงข้อมูลจากการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Intranet ของ โรงพยาบาล) ทุกหน่วยงานมาทำรายงาน นำมาวิเคราะห์เหตุการณ์ รายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ติดตามผลและแก้ไข

วิธีการพัฒนา: ประชุมในคณะกรรมการระบบยาให้ทุกหน่วยงานรายงาน medication error ผ่านทาง Intranet ของโรงพยาบาล เริ่มรายงานครั้งที่ 1 เดือน กรกฎาคม 2550 นำรายงาน เหตุการณ์ประสานกลับไปแต่ละ PCT, เลขานุการ PCT, คณะกรรมการระบบยา, ระบบยา โรงพยาบาล รายงานความคลาดเคลื่อนทาง e-mail ไปยังผู้บริหารความเสี่ยง หัวหน้างาน ติดตาม ประเมินผล แนวโน้มความคลาดเคลื่อนทางยาทุกเดือน

โดยผลปรากฏว่า prescribing error แผนกอายุรกรรม ออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมพบความ คลาดเคลื่อนทางยามากตามลำดับ และความคลาดเคลื่อนในเรื่องการเขียนใบสั่งยาไม่ครบถ้วนพบ มากที่สุด ได้สื่อสารกลับไป พบว่าเหตุการณ์รุนแรง (ได้แก่สั่งยาซ้ำซ้อน สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ สั่งยา ผิดตัว สั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ ในแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างข้อมูลเปรียบเทียบเดือนกรกฎาคมกับสิงหาคมในแผนกอายุรกรรม prescribing error ของแพทย์ในการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ลดลงจาก 5 รายเป็น 1 ราย สั่งยาผิดตัวลดลงจาก 4 รายเป็น 0 ราย วิธีใช้ผิด จาก 6 รายเป็น 2 ราย เป็นต้น และใน PCT อื่นๆ ข้อมูลเหตุการณ์รุนแรงก็ ลดลงเช่นกัน เช่น แผนกตา เวชปฏิบัติทั่วไป นรีเวช นอกจากนี้โปรแกรมยังสามารถวิเคราะห์ ออกมาเป็นช่วงเวลาที่เกิดเพื่อหาสาเหตุของเหตุการณ์ได้อีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ การรายงานความคลาดเคลื่อนในภาพรวมถ้าได้รับความร่วมมือทุก วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ทราบปัญหา ทำให้หาสาเหตุได้ว่าเกิดจากอะไร และหาทางแก้ไข นั่นคือแนวทางปฏิบัติในการรายงาน วิเคราะห์ ควรจะทำให้ต่อเนื่อง มีเครื่องมือเทคโนโลยี ใน ที่นี้คือโปรแกรม Microsoft access มาช่วยในการทำรายงานเพื่อลดภาระงาน ลดเวลา จะทำให้อ องค์กรพัฒนาในการลดความเสี่ยงได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ

งานพัฒนาระบบกระจายยา Software and scanner

ภญ.ปัญญฉัตร ซอสุขไพบูลย์ (รพ.ราชวิถี)

วัตถุประสงค์: พัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถตรวจสอบข้ามสหสาขาวิชาชีพได้ (cross check) ให้เป็นระบบที่ลดการถ่ายทอดคำสั่ง ในส่วนพยาบาลลด Card ยา, Kardex สามารถพิมพ์ Medication sheet ได้

วิธีการพัฒนา: พยาบาล scan คำสั่งแพทย์มายังห้องยา เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม อ่านคำสั่งแพทย์จากการ scan และบันทึกข้อมูลยาเรียกพิมพ์คำสั่งแพทย์จากหน้า scan ออกมา ยืนยันข้อมูลยาโดยเภสัชกรอีกคนหนึ่ง (ถ้าเป็นเจ้าพนักงานเภสัชกรรมบันทึก) เรียกพิมพ์ฉลาก ยาออกมานำไปแนบกับใบที่พิมพ์จากหน้า scan ตรวจสอบยากับใบพิมพ์จากหน้า scan โดย เภสัชกร ข้อมูลยาที่ถูกยืนยันจากเภสัชกรจะไปปรากฏที่พยาบาลและระบบ จะเก็บข้อมูลการใช้ ยาในภาพรวม (profile) ของผู้ป่วยไว้ พยาบาลตรวจสอบข้อมูลกับคำสั่งแพทย์ตัวจริงใน chart ใส่เวลาการให้ยาของยาแต่ละตัวเพื่อระบบจะได้จัด ช่องให้ตามที่ต้องการ พิมพ์เอกสารการให้ ยา (medication sheet)

การพัฒนาระบบที่แตกต่างจากระบบ manual เดิม ระบบสามารถพิมพ์ฉลากยา ประจำวันของผู้ป่วยโดยไม่ต้องกรอกข้อมูลใหม่สามารถเรียกสร้างยาประจำวันได้ทั้งหอผู้ป่วย สามารถรับคืนยาและขอเพิ่มจำนวนยาผ่านทางระบบจากพยาบาลมายังเภสัชกรได้ ลดเอกสาร ทางการเงินซึ่งมาก (ในอดีต) โดยระบบสามารถพิมพ์ใบสรุปค่ายาทั้งหมดได้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หรือสิ้นสุดการรักษา พัฒนาระบบ DUE โดยกำหนดรหัสแพทย์ที่มีสิทธิ์สั่งยานั้น ถ้านอกเหนือจาก แพทย์ที่มีสิทธิ์จะไม่สามารถบันทึกได้ พัฒนาระบบทางด้าน drug Interaction และระบบเตือนการ แพทย์ให้เตือนเมื่อใช้ยากลุ่มเดียวกันและประวัติการแพทย์ยังปรากฏในหน้า medication sheet อีก ด้วย การเรียกพิมพ์ใบ medication sheet สามารถใช้ใบเดิมต่อกันได้เรื่อยๆ ตามคำสั่งแพทย์ ใหม่จนหมดหน้ากระดาษ ทำให้ไม่สิ้นเปลืองและดูง่าย ปัจจุบันขยายงานพัฒนาได้ 6 หอผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ การมุ่งมั่นพัฒนาระบบกระจายยา Software and Scanner อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกให้น้อยที่สุด มีการ cross check แก้ไขปัญหาความเสี่ยงใน เรื่อง medication error เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด

การเฝ้าระวังและลดความรุนแรงของ ADR ที่รุนแรง จากยากลุ่มเสี่ยง

ภญ.เบญจมาศ บุตดาววงศ์ (รพ.โนนคูณ จ.ศรีสะเกษ)

โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีระบบ เฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) และการเกิด ADR ช้ำ ที่เป็นระบบ ชัดเจนตั้งแต่ปี 2544 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิด ADR ช้ำ และปรับปรุงระบบ ติดตาม ADR อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน (2550) ข้อมูลผู้มีประวัติเกิด ADR ระดับ Possible-

Certain รวม 611 คน แต่การดำเนินงานเป็นแบบ spontaneous reporting System ในยาทั่วไป ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังติดตามการเกิด ADR ที่รุนแรงจากยาในกลุ่มเสี่ยง

การเกิด ADR ที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต มีอัตราการเกิดน้อยกว่า 1 % โดยพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากยาเฉพาะกลุ่มที่สามารถเฝ้าระวังได้ การประเมิน/วินิจฉัยพบตั้งแต่ต้น จะช่วยลดความรุนแรงของ ADR นั้นได้ด้วย ในโรงพยาบาลโนนคูณ มีกรณีเกิด ADR ที่รุนแรง (Stevens Johnson Syndrome) ปี 2548 จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 8 ปี มาด้วยอาการ EM ที่ลามไปเยื่อต่างๆ มากแล้ว ปัจจุบันเสียชีวิตทั้งสองข้าง จึงทำให้ทีม PCT ได้หันมาทบทวนและจัดทำระบบการเฝ้าระวังและลดความรุนแรงของ ADR ที่รุนแรงจากยาในกลุ่มเสี่ยง แบบ Intensive Reporting System

นิยาม ADR ที่รุนแรง และยาในกลุ่มเสี่ยงที่ติดตาม ADR ที่รุนแรง ยึดตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2549 ที่ได้ให้ความหมาย ดังนี้

1.Stevens Johnson Syndrome (SJS) Erythema Multiforme (EM) ชนิดรุนแรงที่เรียกว่า EM major โดยมีผื่นผิวหนังเกิดขึ้นเป็นบริเวณกว้าง และจะมีผื่น EM ตามเยื่อมากกว่า 1 แห่ง

2. Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) หมายถึง กลุ่มอาการแพ้ยาที่มีลักษณะทางผิวหนัง มีการตายของผิวหนังในชั้น epidermis อย่างเฉียบพลัน เป็นบริเวณกว้างทำให้เกิดการหลุดลอก อีกชื่อเรียกว่า Lyell's syndrome

3.ยาในกลุ่มเสี่ยงที่ติดตามการเกิด ADR ที่รุนแรง ได้แก่ กลุ่มยาซัลฟา (Cotrimoxazole, Sulfadiazine, Salazopyrin) กลุ่มยากันชัก (Carbamazepine, Phenobarbital, Phenytoin) กลุ่มยาด้านเชื้อไวรัส (Nevirapine, GPO-vir) และกลุ่มยารักษาโรคเก๊าท์ (Allopurinol)

หลังจากมีการจัดทำระบบและดำเนินงานเฝ้าระวังและลดความรุนแรงของ ADR ที่รุนแรงจากยาในกลุ่มเสี่ยง จนถึง ณ สิ้นปีงบประมาณ 2550 สามารถลดความรุนแรงของการเกิด Stevens Johnson Syndrome ในผู้ป่วยได้ 2 ราย

รายที่ 1 (2550) หญิงไทย อายุ 64 ปี ลดความรุนแรงการเกิด SJS ซ้ำจากยากันชัก Phenytoin, Phenobarbital

รายที่ 2 (2550) ชายไทย อายุ 60 ปี ลดความรุนแรงการเกิด SJS จากยากันชัก Phenytoin

มีการขยายผลการเฝ้าระวังฯ ไปสู่เครือข่ายระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลจังหวัด กล่าวคือ คณะกรรมการ ADR จังหวัดศรีสะเกษ มีการจัดทำระบบเฝ้าระวังและลดความรุนแรงของ ADR จากยาในกลุ่มเสี่ยงระดับจังหวัด จัดการอบรม ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติและทบทวนความรู้ในการเฝ้าระวัง ADR ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกวิชาชีพ ทุกโรงพยาบาล และปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูล ADR ที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีการวาง

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องคือ โครงการให้ความรู้แก่ผู้มีประวัติ หรือผู้ดูแลผู้มีประวัติเกิด ADR ระดับ Possible – Certain การประเมินผลการดำเนินงาน ADR ของเครือข่าย ใน ปีงบประมาณ 2551

การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยด้าน ADR อาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ อาศัยการประสานงานกันอย่างพี่น้อง หากใครหรือจุดใดมีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในการคัดกรอง/ประเมิน/วินิจฉัย สามารถปรึกษาหารือกันได้ทุกเรื่อง โดยไม่รู้ลึกเกร็งหรือเกรงว่าจะผิดพลาด/ถูกตำหนิว่าขาดความรู้ในวิชาชีพหรือเป็นการก้าวล่วงงานวิชาชีพอื่น แต่ทุกคนคิดตรงกันว่าเรามีหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมกัน

อาหารปลอดภัย

พยอม ดวงภักดี (รพ.สงขลา)

ภารกิจหลักของฝ่ายโภชนาการในโรงพยาบาล คือ การบริการอาหารแก่ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรค

ในรอบปีที่ผ่านมา (2550) จำนวนของการให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วยในจากฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลา เฉลี่ยวันละ 1,035 ชุด ดังนั้นความปลอดภัยของอาหารและความถูกต้องของอาหารเฉพาะโรคที่ใช้บริการผู้ป่วยเนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูงที่มีการรักษาเฉพาะทางครบทุกสาขาจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และยังเป็นความต้องการอันดับต้น ๆ ของผู้รับบริการ ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลสงขลา ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของการบริการอาหารให้กับผู้ป่วยทั้งในเรื่องการเลือกสรรวัตถุดิบมาใช้ กระบวนการผลิต กระบวนการจัดเก็บ และกระบวนการบริการอาหาร ดังตัวอย่าง

1. การค้นหาวัตถุดิบปลอดภัยสำหรับอาหารบริการผู้ป่วย

นำมาตรฐานการค้นหาสารปนเปื้อนในอาหาร 6 ชนิด ตามหลักเกณฑ์การตรวจของกระทรวงสาธารณสุข คือ ยาฆ่าแมลง สารบอแรกซ์ สารกันรา ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว ส่วนสารเร่งเนื้อแดงเนื่องจากทางโรงพยาบาลตรวจเองไม่ได้จึงรอรายงานจากปศุสัตว์จังหวัดสงขลา สารปนเปื้อนทั้ง 6 ชนิด ต้องมีการตรวจและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2. การทำความสะอาดไขไก่

จากการที่ต้องใช้ไขไก่มาประกอบอาหารจำนวนมากต่อวัน ทำให้เห็นสภาพของไขไก่ที่นำมาจากแหล่งผลิตที่มีการเปื้อนจากมูลไก่หรือจากไขไก่ที่แตกจนแห้งแข็งติดตามเปลือกไข่ บางครั้งติดไปจนถึงรางไข่บรรจุไขไก่ ฝ่ายโภชนาการจึงได้นำวิธีล้างทำความสะอาดไขไก่ให้สะอาดมากที่สุดโดยการใช้สารละลายคลอรีน และจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมก่อนนำไปใช้

3. การปรับภาชนะบรรจุและการบรรจุอาหารทางสายให้อาหาร

เป็นการนำปัญหาที่พบร่วมกันระหว่างฝ่ายโภชนาการและฝ่ายการพยาบาลจากการทำงานเรื่องอาหารทางสายให้ผู้ป่วย คือ ปัญหาการเก็บอาหารทางสาย อาหารทางสายบูดเร็ว อาหารที่จัดให้มีปริมาณไม่เพียงพอตามแพทย์สั่งในมือสุดท้ายของวัน เมื่อมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันจึงได้มีการปรับปรุงทั้งในเรื่องภาชนะที่ใช้บรรจุให้เหมาะกับการเก็บรักษาในตู้เย็น การแบ่งบรรจุอาหารให้เพียงพอกับปริมาณที่ต้องการต่อมือ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายที่สะอาด ครบถ้วนตามแพทย์สั่ง รวมถึงสะดวกกับการให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

4. การใช้ข้าวสารปลอดภัยกับผู้ป่วย

สืบเนื่องจากได้ออกปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้นเพราะต้องพบปะกับกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตอาหารปลอดภัย จึงได้พบกับกลุ่มผลิตข้าวสารที่ใช้กรรมวิธีการผลิตแบบพื้นบ้านและใช้ข้าวที่ปลูกโดยปราศจากสารเคมี ใช้พันธุ์ข้าวพื้นถิ่น จึงได้มีการแลกเปลี่ยนความต้องการซึ่งกันและกัน จนได้ข้าวหอมมะลิ 100 % มาให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา

5. การบริการอาหารโดยมีความปลอดภัยจากบรรจุภัณฑ์

พบปัญหาจากการให้โภชนศึกษาในหอผู้ป่วยเด็ก พบว่าผู้ป่วยเด็กแกะห่อขนมโดยใช้ปากแกะและมีลวดเย็บติดที่ปาก จึงได้ปรับบรรจุภัณฑ์ทุกชนิดที่ใช้บริการ เช่น อาหารว่างไม่ให้มีไม้กีด เข็มแม่เหล็ก หรือลวดเย็บ เพื่อความปลอดภัยที่มีต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ หากผู้ป่วยได้รับอันตรายผลโดยตรงคือทำให้ผู้ป่วยเสียสุขภาพ ผลทางอ้อมคือขาดการยอมรับในอาหารที่ทางโรงพยาบาลบริการ

6. การปรับภาชนะอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค

ผู้บริการอาหารให้กับผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลสงขลา คือ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ซึ่งมักพบว่าการนำอาหารให้ผู้ป่วยมีความผิดพลาดขึ้นบ่อยครั้งระหว่างอาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรค โดยพบที่มาของปัญหา คือ ภาชนะที่ใช้บรรจุอาหารไม่แตกต่างกัน จึงได้มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย และได้บทสรุปว่า ควรแยกภาชนะให้เห็นต่างกันอย่างชัดเจน จึงได้ปรับภาชนะอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรคเป็นปีนโตสแตนเลส มีฉลากกำกับภาชนะที่มีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าเดิม อ่านได้ง่าย ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้องตามแพทย์สั่ง เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยมีความสะดวกและบริการอาหารให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

บทสรุป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการบริการ โดยเฉพาะอาหารที่ใช้บริการ หากผู้ให้บริการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สมมุติว่าเราเป็นผู้รับบริการบ้างก็จะได้อะไรดี ๆ

มากมายจากการสมมุตินั้น เมื่อผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากอาหารที่บริการ ผู้ให้บริการก็จะ
ได้ความสุขทางใจกลับมาอย่างมากมาย เป็นยาชูกำลังทางใจให้กับการปฏิบัติในทุก ๆ วัน

ห้อง Meeting Room 6

Health Promotion & Primary Care Unit

เชิญชวนรับฟังประสบการณ์การก้าวออกไปนอกรั้วโรงพยาบาล
เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ

วันที่ 12 มีนาคม 2551

สามช่วงวัย ยิ้มสดใส คนไทยพินดี	การทำงานกับเด็กเล็ก โรงเรียน ผู้สูงอายุ
พิชิตอ้วน พิชิตพุง	ยั้งแต่เดี๋ยว ได้หนักหลายตัว
นมแม่ไม่ยาก หากรู้วิธี	จากแนวคิด สู่มาตรการจริงจัง

วันที่ 13 มีนาคม 2551

ภาคเช้า ท้องไม่พริ้วม ดูแลอย่างไร

มุมมองด้านสังคมและกฎหมาย	กฎหมายเป็นธรรมกับสตรีหรือไม่
มุมมองด้านกายและจิต	เข้าใจ ให้คำปรึกษา ดูแลด้วยหัวใจ

ภาคบ่าย บริการปฐมภูมิ

เครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิกับก้าวอย่างที่เรารู้
ศูนย์แพทย์ชุมชนกับการจัดการเครือข่าย PCU แบบใหม่

วันที่ 14 มีนาคม 2551

การเชื่อมโยงบริการโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย
หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการชุมชน
หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและชุมชน

A26 : สามช่วงวัย ยิ้มสดใส คนไทยพันธุ์

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 6

ทพ.ญ.ศันสนีย์ รัชชกุล	ศูนย์พัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
ทพ.ญ.มาลี วันทนาศิริ	รพ.ลำลูกกา
ทพ.ญ.จิณห์วรา จิรธรรมโอภาส	รพ.แจ้ห่ม
ทพ.สุธา เจียรณณีโชติชัย	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ต.บ้านเสด็จ อ. เมือง จังหวัดลำปาง

ทพ.ญ.ศันสนีย์ รัชชกุล

ความท้าทาย

จากข้อมูลพบว่าในช่วงระยะเวลากว่า 15 ปีที่ผ่านมา (2527 - 2544) โรคฟันผุในเด็กเล็กได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 74.4 เป็นร้อยละ 87.5 และความรุนแรงซึ่งวัดได้จากดัชนีฟันผุ อุด เพิ่มขึ้นจาก 4.9 เป็น 6 ซี่ต่อคน

ทั้งนี้เป็นที่แน่นอนว่า เด็กที่มีฟันผุในช่องปากถึงกว่า 6 ซี่ ย่อมมีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร ส่งผลต่อการได้รับอาหารที่ครบถ้วน การเจริญเติบโต พัฒนาการ สุขภาพโดยรวม และยังพบว่าทำให้เกิดความเจ็บปวด และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

ความพยายามในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

ตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา การแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพจึงมุ่งเน้นในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน โดยจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอันดับแรก โดยเน้นในเรื่องของพฤติกรรม การเลี้ยงดู และการทำความสะอาดฟันให้เด็กโดยแม่ หรือผู้เลี้ยงดูโดยมีการกำหนดให้มีการสอนทันตสุขศึกษาให้แก่แม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่สถานบริการเป็นรายๆไป แต่จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผลของการดำเนินงานตามกลวิธีดังกล่าวไม่สามารถหยุดยั้งการเพิ่มขึ้นของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนได้ในทางตรงข้ามความรุนแรงกลับเพิ่มขึ้น

สาเหตุของความจำกัดของความสำเร็จ

ถ้าพิจารณาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน จะเห็นว่ามาจากปัญหาทางสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กล่าวคือแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาจะได้เลี้ยงดูของตนเอง เด็กถูกปล่อยอยู่กับย่า ยาย ซึ่งอายุมากแล้ว หรือไปฝากไว้ที่ศูนย์เด็กเล็ก ประกอบกับสภาพสังคมที่มีพ่อค้านำอาหารขยะ ลูกอม ลูกกวาด น้ำหวาน ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เข้าไปขายในหมู่บ้านมากมาย

สุขภาพภาคประชาชนทางออกของปัญหา

การดำเนินการที่ผ่านมามองเห็นว่ามีความจำกัดของความสำเร็จอยู่มาก บ่งบอกว่าวิธีการดังกล่าวได้ไต่มาถึงเพดานของความสำเร็จแล้ว ถ้ายังยึดแนวทางการแก้ไขตามกระบวนการที่ผ่านมา ผลสำเร็จที่ได้ก็คงไม่แตกต่างจากที่ผ่านมา การดำเนินงานที่ผ่านมามีกรอบคิด หรือการมองปัญหาค่อนข้างจะจำเพาะ ที่เห็นว่าปัญหาทันตสุขภาพมีลักษณะเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล มองว่าปัญหาสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและความไม่รู้ของปัจเจก ดังนั้นปัจเจกจะต้องเป็นผู้พึงได้รับความรู้และควรระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการปรับพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นแล้วว่าไม่เกิดประสิทธิผล มีความจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนกรอบการคิด(มโนทัศน์) ด้านสุขภาพ โดยจะต้องดึงประเด็นสุขภาพให้ออกไปจากกรอบของการคิดว่าปัญหาสุขภาพเป็นเพียงเรื่องของปัจเจกชน หรือ ‘ผู้ป่วย’ ‘คนไข้’ หรือผู้ที่กำลังจะเป็นผู้ป่วย/คนไข้ โดยจะต้องมองว่าการเจ็บป่วยของบุคคลมีสาเหตุมาจากสังคม ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสามารถส่งผลกระทบต่อ ในหลายระดับ และ ถือว่า“ปัญหาสุขภาพ” เป็นเรื่องของสังคม ชุมชน

การดำเนินการที่มุ่งเน้นการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนทำได้ บุคลากร ประชาชน ชุมชน จะต้องเปลี่ยนแปลงวิธีคิด แนวทางในการดำเนินงานทั้งหมด จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง บุคลากร ผู้เชี่ยวชาญหรือวิชาชีพ จะไม่ได้นั่งทำงานอยู่ในสถาบัน หรือโรงพยาบาลอีกต่อไป แต่จะต้องออกไปทำงานร่วมกับชุมชน เขาจะไม่ใช่ว่าผู้กระทำให้อีกต่อไป แต่จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ผลักดันชุมชน ผู้ประสาน และ ผู้เสริมความสามารถให้แก่ชุมชน ชุมชนจะต้องเป็นเจ้าของการดำเนินงานทั้งหมด โดยจะต้องเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจ และใช้ทรัพยากรของตนเอง

การทำงานร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรโดยมีเด็กเป็นศูนย์กลาง ค่อยๆพัฒนาศักยภาพไปด้วยกัน และขยายเครือข่ายพันธมิตรออกไปเรื่อยๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าผลลัพธ์กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชุมชน จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กไม่ว่าจะเป็น ทันตสุขภาพ หรือภาวะการเจริญเติบโตอย่างสมส่วน หรือการมีพัฒนาการเต็มตามศักยภาพของเด็กแต่ละคน นอกจากนี้งานดังกล่าวยังมีความยั่งยืนฝังรากลึกอยู่ในชุมชน ไม่ว่าปัญหาสุขภาพจะเข้าสู่มาสู่ชุมชนในรูปแบบใด พันธมิตรจะใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวแก้ไขปัญหาก็ได้เสมอ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่ได้จากการติดตามสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนได้แก่

1. การกำหนดประเด็นปัญหาร่วมกัน
2. ความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพร่วมกัน
3. การประสานเพื่อจัดสรรทรัพยากรพัฒนาขีดความสามารถโดยเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง

4. สร้างความร่วมมือ และประสานผลประโยชน์
5. นโยบายระดับพื้นที่ ที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน
6. ความต่อเนื่องของนโยบายส่งเสริมสุขภาพเด็กเล็กจากส่วนกลาง

เรียนรู้ และ พัฒนาความคิด สู่การสร้างสรรค์งานส่งเสริมทันตสุขภาพ อ.ลำลูกกา

ทพญ.มาลี วันทนาศิริ

การเรียนรู้และพัฒนาการทางความคิดของทีมงานทันตบุคลากรโรงพยาบาลลำลูกกา มีปัจจัยที่เป็นแรงขับเคลื่อนทางความคิดที่สำคัญ คือ ปัญหาทันตสุขภาพของเด็กในอำเภอลำลูกกา พบว่าเด็กฟันผุมากขึ้น เด็กมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันลดน้อยลง เด็กบริโภคลูกอมขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และอาหารรสหวานมากขึ้น

ทันตบุคลากรมองปัญหาเหล่านี้อย่างไร ???

มองว่า “การดูแลทันตสุขภาพ ก็คือ การดูแลสุขภาพในช่องปาก เมื่อพบการเกิดโรคฟันผุ ก็ต้องแก้ไขปัญหาโดยการรักษาอุดฟัน/ถอนฟัน รวมทั้งส่งเสริมป้องกันโดยเคลือบหลุมร่องฟันและรงครีให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์”

หากสถานการณ์เป็นไปตามนี้คงแก้ไขปัญหาได้เสร็จสิ้นไปนานแล้ว แต่ในความเป็นจริงเหตุการณ์มิได้เป็นเช่นนั้น ตั้งแต่มีการปฏิรูประบบราชการเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2546 โรงเรียนส่วนใหญ่เลิกรณรงค์กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เพราะเหตุใดกิจกรรมที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อเด็กซึ่งดำเนินงานอย่างเป็นระบบมาถึง 10 ปี จึงเลิกทำได้ในเวลาอันรวดเร็ว

“ครูไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นงานของครู แต่เป็นงานของหมอ”

“รู้สึกว่หมอบชอบเอางานของหมอมาให้ครูทำ พอไม่มีนโยบายครูก็เลิกทำ”

“หมอมักพูดว่า นี่เป็นงานของคุณครู หมอมาแนะนำ แต่ครูต้องทำเอง”

จึงเกิดคำถามที่ทีมงานจำเป็นต้องหาคำตอบว่า

- จะทำอย่างไรให้ครูเห็นว่า “ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญเท่ากับปัญหาการเรียนหรือเด็กอ่านหนังสือไม่ออก”
- จะทำอย่างไรให้ครูเปลี่ยนความคิดที่ว่า “สุขภาพเป็นเรื่องของหมอ ครูไม่เกี่ยว”

นอกจากปัญหาการแปร่งฟันแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการบริโภคขนมของเด็ก มีคำถามที่จำเป็นต้องค้นหาคำตอบเช่นกันว่า ทำไมเด็กจึงบริโภคขนมหวานและอาหารรสหวานมากขึ้น

- เด็กชอบขนมหวาน หรือ
- ผู้ปกครองคิดว่า “เด็กคู่กับขนม – อาหารรสหวาน” ห้ามไม่ได้ หรือ
- โรงเรียนขายลูกอม/ขนมกรุบกรอบ/น้ำอัดลมเสียเอง ทำให้เด็กไม่มีทางเลือก

ทั้งนี้ที่คุณครูก็รู้ว่าลูกอม/ขนมกรุบกรอบ/น้ำอัดลมเป็นโทษต่อเด็ก รู้แล้วทำไมยังขายอีก???? ข้อสงสัยนี้ที่ทีมงานล่าลูกกาตั้งคำถามและลองค้นหาคำตอบ และคำตอบที่ได้รับก็คือ

- “ถึงโรงเรียนไม่ขาย หน้าโรงเรียนก็ขาย โรงเรียนขายเองเลยดีกว่า”
- “โรงเรียนเลิกขายไม่ได้หรอก เด็กติดหวานตั้งแต่เล็กแล้ว”
- “โรงเรียนห้ามแต่พ่อแม่ซื้อให้ หมอต้องไปจัดการกับพ่อแม่ก่อน โรงเรียนถึงจะทำได้”

จากคำถามสู่การค้นหาคำตอบ และจากคำตอบสู่มุมมองที่เปลี่ยนไป ทีมงานไม่ได้มองเรื่องทันตสุขภาพแค่ฟันและช่องปากอีกแล้ว แต่

- มองเด็กอย่างองค์รวม โดยมีเด็กเป็นศูนย์กลางของการคิดแก้ไขปัญหา
- คำนึงถึงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของเด็ก
- มองปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ธรรมชาติของเด็ก สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และธุรกิจขนม

ถ้าเราคิดแบบเดิมๆ “ปัญหานี้ยุ่งยากซับซ้อน แก้ไขยากและมองไม่เห็นหนทางเลย กลับไปคิดวิธีแก้ตามที่เรานัดตึกว่า” นั่นก็คือ บริการทันตกรรมป้องกันและรักษา แต่ที่ทีมงานล่าลูกกาถือคติว่า “ปัญหามีไว้ให้แก้” เราจึงทำงานโดย

ใช้ปัญหาขับเคลื่อนความคิด
ค้นหาโอกาส
เรียนรู้และเปิดกว้าง
ปรับตัวและยอมรับ
สร้างสรรค์แนวทาง
ลงมือปฏิบัติ
ทบทวนและปรับปรุง
พัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ทีมงานล่าลูกกา

มีกินหวาน ได้มี

โอกาสเรียนรู้การทำงานกับครูในมิติที่ไม่เคยรู้จัก โดยเข้าร่วมเครือข่ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีกิจกรรมจัดอบรมครูและนักเรียนในมิติของครู คือ เป็นกิจกรรมพัฒนาสื่อการเรียนการสอนและการทำโครงการโดยเด็กมีส่วนร่วม ครูชอบมากเพราะเกิดประโยชน์กับครูโดยตรง โรงพยาบาล

สนับสนุนงบประมาณให้โรงเรียนจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยไม่บังคับกิจกรรม และไม่บังคับการรับเงินสนับสนุน แต่โรงพยาบาลมีบทบาท “หมอเป็นเพื่อนที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ-วิชาการ และเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ”

จากการทำงานในมิติใหม่ ทีมงานได้เรียนรู้สิ่งต่างๆที่เดิมไม่เคยรู้ บางสิ่งรู้แต่ไม่เคยใส่ใจ บางเรื่องใส่ใจแต่คิดหาทางแก้ไม่ออก แต่ครั้งนี้เปลี่ยนไป ทีมงานมองอย่างคนที่อยากเรียนรู้ เปิดกว้างและยอมรับ จึงทำให้มีโอกาสได้มองเห็นความจริงหลายๆอย่าง

ความจริงจากครูและหมอ

- ครูเห็นหมอเข้ามาในโรงเรียน “งานมาอีกแล้ว เบื่อจังเลย”
- “หมอยกได้อะไรบอกมาเลย ครูทำให้ได้ ถ้าทำตามที่คุณครูอยากได้ หมอจะไม่มีผลงาน ”
- พอหมอมอบงานให้ครูเสร็จ ก็ไม่เข้าโรงเรียนอีก ครูก็เลยหยุดทำ
- วันไหนที่เราเข้าไปก็ไม่มีขาย พอเราไม่เข้าก็กลับมาขายใหม่
- ทำไมครูโรงเรียนนี้คือจิง รู้ว่าขนมกรุบกรอบไม่ดีกับเด็กแล้วยังขายอีก เพราะ “ครูมองขนมไม่เหมือนกับสาธารณสุข”

ความจริงของ“ขนม”ในมิติของครู

- “ขนม” เป็นรายได้ของโรงเรียน
- โรงเรียนไม่มีเวลาหาขนมมาขาย ขนมถูกหาซื้อสะดวก ราคาไม่แพงเด็กซื้อได้ กำไรมาก ไม่เสียถ้าขายไม่หมด
- ถ้าไม่ขายขนมถูกก็ไม่รู้จะขายอะไร
- ขายขนมไทย ผลไม้ เด็กไม่ชอบกิน กำไรน้อย ถ้าขาย ไม่หมด จะเสียและขาดทุน

จากการมองปัญหาอย่างเรียนรู้ เปิดกว้างและยอมรับ จึงนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีคิดของตัวเอง มองครูในมิติใหม่

เปลี่ยน “วิธีคิด”

- ครูเป็นเพื่อนร่วมงาน “เราทำ ครูก็ร่วมทำ” ไม่ใช่ “เราคิด ครูทำ”
- การส่งเสริมทัศนตสุภาพ เป็นการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย “จากรุ่นสู่รุ่น” จึงไม่มีวันจบ ไม่ใช่การทำโครงการ เพราะมีกำหนดวันปิดโครงการ
- ทำงานกับครูแบบเพื่อน เข้าใจและเรียนรู้ สร้างสรรค์แนวทางที่สอดคล้อง
- ถามตัวเองว่าอยากได้ “โรงเรียนไม่ขายขนมถุง-น้ำอัดลมในวันที่เราเข้าไป” หรือ “โรงเรียนรู้จักเลือกขนมที่มีประโยชน์มาขายให้เด็ก”
- ผลักดันตัวเองสู่การทำงานแบบมีส่วนร่วม และ บูรณาการ

เมื่อความคิดเปลี่ยน พฤติกรรมก็จะเปลี่ยนตาม ทีมงานจึงเปลี่ยนวิธีทำงานของตัวเองเช่นกัน

เปลี่ยน “วิธีทำงาน”

- ส่งเสริมทัศนตสุภาพตั้งแต่สาเหตุของปัญหา คือ “อาหาร-ขนม” ด้วยการปรับพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก เพื่อเสริมการทำงานทันตกรรมป้องกัน
- ทำงานกับโรงเรียนแบบมีส่วนร่วม ไม่ใช่ “หมอคิด ครูทำ” แต่ “หมอกับครู ช่วยกันคิด และช่วยกันทำ”
- สร้างวัฒนธรรมใหม่ “โรงเรียนสมัครใจทำ” แทนวัฒนธรรมเก่า “ฝืนใจทำตามนโยบาย และทำเพื่อหมอ”
- การทำงานไม่สิ้นสุด ต่อเนื่องจากการเรียนรู้ และสร้างสรรค์แนวทางใหม่ๆ ปฏิบัติและทบทวนปรับปรุงเพื่อต่อยอดงาน

ทอม กานต สุกกาม การจอยยตงานเดแตตะสะบ พงมวดงาดเตย

ใส่ใจสาเหตุของฟันผุ

- ให้ความสำคัญกับการบริโภค นม ขนม และอาหารของเด็ก
- ให้ความสำคัญกับการจัดอาหารและขนมของโรงเรียน

ร่วมคิด ร่วมทำ ทำงานร่วมกับครูแบบ “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ”

พัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

- สร้างเครือข่ายอ่อนหวาน ประกอบด้วย องค์กรท้องถิ่น สาธารณสุข โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน ครู ผู้ปกครอง นักเรียน แม่ครัว แม่ค้า

- พัฒนาศักยภาพและสร้างกระแส โดยอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ชมรมสุขภาพ โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน ครู ผู้ปกครอง นักเรียน แม่ครัว แม่ค้า
- พัฒนาและขยายเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานของอำเภอ จากโรงเรียน 10 แห่ง เป็น 35 แห่ง ขยายแนวคิดสู่การพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก 36 แห่ง
- ต่อยอด สู่ “โรงเรียนอ่อนหวาน สร้างสุขภาพ” “ศูนย์เด็กอ่อนหวาน สุขภาพดี ฟันไม่ผุ” และ กิจกรรมค่าย “เด็กกล้าลูกกา เรียนรู้สุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

ทพญ.จิณห์วรา จิรธรรมโอภาส (รพ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง)

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่องอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความท้าทาย “จะไม่ท้าทายได้อย่างไร” เมื่อการดำเนินงานอาศัยความร่วมมือจากชุมชน “ไม่ใช่เราไปทำให้เขา” หรือ “เราบังคับให้เขาทำ”

ดิฉันเป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ อ.แจ้ห่ม ได้เรียนรู้ว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพ และความสามารถมากกว่าที่คิด ปัจจุบัน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ต.แจ้ห่ม อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง หลายคน มีความตระหนัก และใส่ใจดูแลสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับภาครดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปาก สามารถถ่ายทอดแก่ผู้อื่นได้ เช่น มีการจัดบอร์ดให้ความรู้ มีกิจกรรมตรวจฟัน และสามารถส่งต่อเมื่อจำเป็นต้องรักษามาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถร่วมในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ หากผู้สูงอายุไม่สมัครใจทำก็ไม่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม เขาจะสมัครใจได้อย่างไรหาก “เรา” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่สมัครใจที่จะทำเขาต้องการให้เราไปชี้แนะ หรือเป็นพี่เลี้ยง เริ่มเถอะค่ะเพราะยังง “การป้องกันก็เป็นสิ่งที่ต้องทำ เพราะการรักษาราคาแพงเกินไป”

A36 : พิชิตอ้วน พิชิตพุง

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

รศ.นพ.ปัญญา ไข่มุก สมาคมวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย
นพดล ดาวแสงสว่าง
สง่า ดามาพงษ์ กองโภชนาการ กรมอนามัย

คนไทยไร้พุง

สง่า ดามาพงษ์

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรควิถีชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อาทิเช่น โรคหัวใจเพิ่มจาก 318 ราย เห็น 682 รายต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวานจาก 278 ราย เป็น 587 รายต่อประชากรแสนคน และโรคมะเร็งจาก 80 ราย เป็น 124 รายต่อประชากรแสนคน ที่กล่าวเบื้องต้นว่าเป็นโรควิถีชีวิต คือ ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรค แต่เกิดมาจากสาเหตุการใช้วิถีชีวิตแบบสังคมเมืองสมัยใหม่ ที่มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น กินผักผลไม้ไม่พอ และขาดการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งในรอบทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยอายุ 20-29 ปี มีภาวะโรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 21.7 หรือเพิ่มขึ้น 7.5 เท่า ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า สำหรับในเด็กจากการสำรวจของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 พบเด็กอนุบาลถึงเด็กประถมมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 12.3, 12.8 และ 13.4 ตามลำดับจากข้อมูลล่าสุด ปี พ.ศ. 2548 การศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก 14 ประเทศ ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 5 ที่พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนถึงร้อยละ 50 อันดับ 1 ถึง 4 คือ ออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตู และฮ่องกง คาดประมาณว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่รูปร่างท้วมจนถึงระดับอ้วนถึง 10 ล้านคน

แนวโน้มในอดีต โรคหัวใจขาดเลือดมักเกิดในผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันพบในอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยพบสัญญาณอันตรายตั้งแต่ในวัยเด็ก รายงานวิจัยพบว่าเด็กอ้วนมีภาวะไขมันสูงในเลือดสูงกว่าร้อยละ 50 และปริมาณร้อยละ 25 ของเด็กที่มีน้ำหนักปกติก็มีไขมันสูงในเลือดเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบเบาหวานประเภทที่ 2 ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ ทั้งที่แต่เดิมพบเบาหวานชนิดนี้ในผู้ใหญ่เท่านั้น ผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ บ่งชี้ว่า พฤติกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิตที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เป็นปัจจัยที่สำคัญของปัญหานี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ภาวะโรค (Burden of Disease) ในประชากรที่ก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงมาก คือ ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง ปริมาณการบริโภคผักผลไม้ไม่พอ ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น และอัตราการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง และสอดคล้องกับผลสำรวจภาวะโรคและภาระจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2547 โดยกระทรวงสาธารณสุข

รายงานจากองค์การอนามัยโลกเมื่อเร็ว ๆ นี้ระบุว่า ภาวะการตายและเจ็บป่วยและความพิการที่เป็นผลมาจากโรควิถีชีวิต เป็นเรื่องสำคัญในปัจจุบัน และกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 66 ของการตายทั้งหมด การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกายหรือ กิจกรรมทางกาย (Physical inactivity) จัดอยู่ในกลุ่มสาเหตุนำ (leading causes) ของโรควิถีชีวิต โรคดังกล่าวมีผลกระทบอันใหญ่หลวงต่อระบบเศรษฐกิจของโลก เพราะก่อให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายก่อนข้างสูงกับสังคม เนื่องจากสุขภาพเป็นปัจจัยหลักของการพัฒนาประเทศ และเป็นปัจจัยเบื้องต้นของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แผนงานต่าง ๆ ที่มีการส่งเสริมอาหารและโภชนาการและการออกกำลังกาย ถือเป็นเครื่องมือหลักของนโยบายที่จะบรรลุเป้าประสงค์การพัฒนา

วงการแพทย์ทั่วโลกกำลังมุ่งให้ความสำคัญกับภาวะอ้วนลงพุงและโรคอ้วนลงพุง เพราะเป็น ภาวะที่ร่างกายสะสมไขมันส่วนเกินไว้บริเวณช่องท้อง ซึ่งเป็นไขมันอันตราย (Visceral fat) พร้อมจะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) นำพาสู่ภาวะดื้ออินซูลิน เป็นเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาได้ สรุป ภาวะอ้วนลงพุง คือ ภาวะ Metabolic Syndrome ดังนั้นวงการแพทย์ปัจจุบันซึ่งนิยมการวัดรอบเอว มาเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการเกินควบคุมไป กับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยผู้ชายต้องไม่เกิน 90 ซม.ม. และผู้หญิงต้องไม่เกิน 80 ซม.ม. เกินนี้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง แต่ถ้ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันสูงร่วมด้วยถือว่าเป็นโรคอ้วนลงพุง คนที่มีรอบเอวเพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 ซม.ม. จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 3 – 5 เท่า คนที่รอบเอวเกินร่วมกับเป็นเบาหวานด้วย จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด สูงถึง 5 เท่า

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรควิถีชีวิตดังกล่าว โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือ โรคอ้วน โดยเฉพาะ อ้วนลงพุง โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ (Diet) และการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ การออกกำลังกาย (Physical Activity) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการควบคุมโรควิถีชีวิต แม้ว่ามีเพียงไม่กี่ประเทศที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ก็พอจะสรุปเป็นบทเรียนของปัจจัยสู่ความสำเร็จ กล่าวคือ ก่อนจะมียุทธศาสตร์ กลวิธี มาตรการ การลดภาวะโรควิถีชีวิตจะต้องกำหนดให้เป็นนโยบายของประเทศ หรือชุมชนเสียก่อน ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามีส่วนร่วม โดยดำเนินงานลักษณะภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ต้องขับเคลื่อนสังคมโดยการสร้างกระแส ให้สังคมตระหนัก ยอมรับว่าเป็นปัญหารุนแรง พร้อมทั้งสื่อสารให้เกิดความรู้ และทักษะของการควบคุมป้องกัน รวมทั้งการลดน้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสมควบคู่กันไป

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายาม มาโดยตลอด ที่จะลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แต่ยังมีข้อจำกัดการดำเนินงานอยู่หลายด้าน ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ได้ริเริ่มสร้างกระแสสังคมขึ้นมาอย่างเป็นรูปธรรม โดยกรมอนามัยร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินงานตาม

โครงการ “คนไทยไร้พุง” สร้างกระแสผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะช่องทางสื่อของ อสมท. ซึ่งมีแนวคิดหลักการใช้ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) มาลดน้ำหนัก ลดพุง ในกลุ่มคนอ้วนลงพุง และ สร้างคนต้นแบบที่ใช้ 3 อ. ลดอ้วนลงพุงประสบความสำเร็จ ออกมาเป็นสื่อบุคคล และสร้างกระแสสังคม ผลการดำเนินงานแม้ว่าจะยังไม่ได้มีการประเมินผล อย่างเป็นทางการแต่ก็สามารถทำให้สังคมไทย เริ่มรับรู้ และตระหนักของภัยอ้วนลงพุง อย่างแพร่หลาย

ที่สำคัญในปีงบประมาณ 2550 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด ให้วัดรอบเอว เป็นตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญของคนไทย โดยการรณรงค์ ให้มีการวัดรอบเอวกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังได้มีการ รวมกลุ่มขององค์กรหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อน เรื่องนี้ ชื่อว่า “เครือข่ายคนไทยไร้พุง” ภายใต้การนำของ 6 ภาคีหลัก อันได้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย และสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ สมาคมวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย สมาคมสุขศึกษาและนันทนาการ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณ จาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงานที่สร้างกระแสสังคมได้ระดับที่น่าพอใจ

ในปลายปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้ดำเนินงาน โครงการใหญ่ ระดับประเทศ คือ โครงการสาธารณสุขร่วมใจทำดีเพื่อพ่อ ระยะที่ 1 ซึ่งดำเนินงานทั้งในระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2550 – มกราคม 2551 โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. จังหวัดละ 200,000 บาท เพื่อสร้างกระแสสังคม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการถอดบทเรียน 2 ครั้งหลังการดำเนินงานภายใน ระดับศูนย์อนามัยเขตและระดับจังหวัด ผลการดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ระดับหนึ่ง กล่าวคือ สร้างกระแสสังคมได้ส่วนหนึ่ง เกิดภาคีเครือข่าย เข้าร่วมโครงการมากมายและหลากหลาย และเกิดนโยบายระดับท้องถิ่นและได้ประเด็นข้อเสนอและเชิงนโยบายด้วย สรุปได้ว่าปัจจัยสู่ความสำเร็จของการขับเคลื่อนเรื่องนี้ในระดับจังหวัด มีอยู่หลากหลายประเด็น อาทิ การเกาะกระแสทำดีเพื่อพ่อ ที่ทำให้ภาคีทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วม การนำเอาต้นทุนที่มีอยู่มาใช้ การมีผู้บริหารให้การสนับสนุน การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่ประสิทธิภาพและการบูรณาการของงานเข้าในกิจกรรมประจำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเสนอข้อเสนอแนะ ให้มีการดำเนินงานโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืน โดยการกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ

ในปี พ.ศ.2551-2552 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำโครงการร่วมพลังสร้างสุขภาพทำดีเพื่อพ่อ ระยะที่ 2 เพื่อเป็นการต่อยอดจากระยะที่ 1 โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ คือ การสนับสนุนให้จังหวัดขับเคลื่อนงานต่อ โดยการสร้างกระแสและผลักดันให้เกิดนโยบายสร้างสุขระดับจังหวัดและชุมชน ตลอดจนให้ส่วนกลางโดยกรมอนามัยมี ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและดำเนินงานศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (R+D) ควบคู่กันไปด้วย

A46 : นมแม่ไม่ยาก หากรู้วิธี

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 6

พญ.ศิริภรณ์ สุวัศติวร	สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ	สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นางปวีณธิดา วาม่วง	คุณแม่นมแม่ตัวอย่าง
พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ถึงแม้ว่าจะมีเหตุผลและหลักฐานมากมายที่แสดงว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีการเลี้ยงลูกที่ดีที่สุด แต่ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันที่แม่ต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น ประกอบกับมีการละเมิดเกณฑ์การตลาดผลิตภัณฑ์อาหารทดแทนนมแม่อย่างแพร่หลาย แม่ประสบปัญหาหลายอย่างในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอ จึงทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายคือเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวล้วนๆ ใน 6 เดือนแรก และหลังจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัย จนถึง 2 ปีหรือมากกว่า เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่จากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จะพูดถึงเรื่องนโยบายต่างๆและการดำเนินงานในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย การปรับเปลี่ยนของวิสัยทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากจุดเริ่มต้นในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก จนกระทั่งมาถึงโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยังทำให้นมแม่เป็นเรื่องยากในการปฏิบัติให้เป็นวิถีชีวิตปกติ

พญ.ศิริภรณ์ สุวัศติวร ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และเป็นรองเลขาธิการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย จะพูดถึงก้าวสำคัญของเรื่องนมแม่สู่การรับรู้ของสังคมจากการกำเนิดของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และก้าวกระโดดที่สำคัญยิ่งของงานนมแม่จากการเป็นจุดเริ่มต้นของโครงการ “สายใยรักแห่งครอบครัวในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร” ที่สามารถสร้างกระแสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสังคมได้อย่างสูงและเล่าถึงกลวิธีสำคัญที่จะช่วยทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก ได้แก่

1 การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงประเด็น (Clear and focus message)

- ทำไม่ต้องนมแม่
- ทำไม่ต้องให้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน
- ทำไม่ต้องให้ดูดนมแม่บนเตียงตลอด
- ทำไม่ไม่ยากให้นำนมผสมมาให้ตั้งแต่แรกเกิด

- ทำไมต้องให้อาหารอื่นเมื่ออายุ 6 เดือน

2. การสนับสนุนแม่ให้สามารถเริ่มต้นดูนมแม่ได้อย่างถูกต้องในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้กินนมแม่ได้ต่อเนื่องและนาน

- จะช่วยให้ลูกได้ดูนมแม่จนเต็มเต็งตลอดได้อย่างไร
- จะให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนได้อย่างไร
- จะไม่ให้มีการนำนมผสม มาให้ลูกในระยะแรกเกิดได้อย่างไร
- แม่ทำงานต้องเตรียมตัวอย่างไร

คุณศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ พยาบาลจากคลินิกนมแม่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะพูดถึงเรื่องบทบาทของงานนมแม่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ความสำคัญของการมีคลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาทั้งในการให้บริการที่คลินิกและการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Call center) บทบาทของโรงพยาบาลในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ความสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องมีความรู้ทักษะ และที่สำคัญคือมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คุณปวีณธิดา วานม่วง คือตัวอย่างแม่ทำงานนอกบ้านที่ได้สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนที่คุณปวีณธิดาอาศัยอยู่ คุณปวีณธิดาจะเล่าถึงวิธีที่เธอเลี้ยงลูกทั้งสองคนด้วยนมแม่พร้อมกับทำงานนอกบ้านไปด้วยโดยไม่เสียงาน และยังสามารถเก็บเงินส่วนหนึ่งเป็นทุนการศึกษาให้ลูกจากการที่ไม่ต้องซื้อนมผสม วิธีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนไปทำงาน การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การชี้ชวนให้หัวหน้างานเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลักดันให้เกิดมุนนมแม่ในโรงงานที่เธอทำงานอยู่

B16 : ห้องไม่พร้อม คุณได้อย่างไร : มุมมองด้านสังคมและกฎหมาย

วันที่ 13 มีนาคม 2551 เวลา 0830-10.00 น. ห้อง Meeting Room 6

รศ.ดร.กฤษฎา อาชานิจกุล
รศ.ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ
พญ.นันทา อ่วมกุล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
ภาควิชากฎหมายอาญา และอาชญาวิทยา ม.ธรรมศาสตร์
สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย

การทำแท้งกับสังคม

ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ

ข่าวนาเศร้านี้เกิดขึ้นในต่างประเทศ

นางเบรندا ดรัมมอนด์ เสมียนวัย 28 ปี ได้ตั้งครรภ์โดยไม่ปรารถนา แล้วแกก็ปล่อยให้ท้องโตมาจนกระทั่งใกล้จะถึงกำหนดคลอด แต่เกิดเปลี่ยนใจ หรือจะโกรธเคืองกับแฟนหรืออย่างไรก็ไม่ปรากฏ ถ้าจะไปให้หมอทำแท้งก็หายไปเสียแล้ว รอให้คลอดออกมาก็ขวางหูขวางตา

นางเบรنداเลยตัดสินใจว่าเอาปืนอัดลมสอดเข้าไปในช่องคลอดแล้วเหนียวไถยิงศีรษะทารกขณะกำลังกลับตัวลงมาเตรียมจะคลอดออกจากครรภ์ แต่ทารกคนนี้ “หัวแข็ง” น่าดู เพราะว่า 2 วันหลังจากนั้นได้คลอดเด็กออกมาอย่างปลอดภัยและบิดากับปู่ย่าก็ได้รับเอาไปเลี้ยงที่เมืองออนตารีโอ โดยตั้งชื่อเด็กว่า “โจนาธาน”

นางเบรنداถูกดำเนินคดีในศาลแขวง (district court) ในข้อหา “พยายาม” ทำให้ตนเองแท้งลูกหรือพยายามฆ่าทารกในครรภ์ ศาลได้พิจารณาแล้วพิพากษายกฟ้องเพราะตามกฎหมายแคนาดาไม่มีความผิดฐานนี้

กฎหมายดังกล่าวคงเหมือนกับมาตรา 304 ของไทยที่ยกเว้นโทษผู้ที่พยายามทำแท้งอาจเป็นเพราะเมื่อทำแท้งไม่สำเร็จ เด็กรอดชีวิต เลยกเว้นโทษให้แม่จะได้มีคนเลี้ยงเด็ก หรืออาจเป็นไปได้ว่าข้อหาพยายามฆ่าผู้อื่นนั้นนำมาปรับแก้คดีนี้ไม่ได้ เพราะทารกในครรภ์ยังไม่มีความสมบูรณ์ให้พยายามฆ่าได้นั่นเอง

ข่าวนี้ค่อนข้างกระทบจิตใจผู้พบเห็นเป็นอย่างมาก สำหรับเมืองไทยจะเคยมีกรณีเช่นนี้เกิดขึ้นบ้างหรือไม่ ไม่มีใครรู้ เพราะเรื่องเหล่านี้ต่างก็เป็นความลับกัน

ปัญหาเรื่องการทำแท้งในเมืองไทยเป็นปัญหาที่เถียงกันไปได้ไม่รู้จบ ยิ่งหากยกเอาเรื่องทาง “ศีลธรรม” ขึ้นมากล่าวอ้างกันด้วยก็เป็นอันว่าไม่ต้องหาข้อยุติกันเลย เพราะถ้าใครเถียงก็จะกลายเป็นผู้ที่ “ไร้ศีลธรรม” ไปเลย

และในกลุ่มผู้มีศีลธรรมก็มีศีลธรรมไม่เท่ากันเสียอีกด้วย !!!

ทั้งในกลุ่มผู้ไม่สนับสนุนให้ทำแท้งทั้งหลายก็ไม่เห็นมีสักกี่รายที่มีเมตตาธรรมแก่เด็กที่พวกเขาบังคับให้หญิงอัมท้องจนคลอดออกมา เอามาเลี้ยงหรือส่งเสีย เพียงแค่ขอให้ได้ต่อสู้ถกเถียงต่อต้านการทำแท้งเพื่อแสดงว่าตนเป็นคนมีศีลธรรมดีกว่าก็เท่านั้นเอง

ที่สำคัญ หลายฝ่ายเถียงกันไป เถียงกันมา โดย 95 % -เป็นผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์เลย (ผู้ชาย) หรือไม่มีโอกาสตั้งครรภ์อีกต่อไปแล้ว (หญิงวัยทองขึ้นไป) โดยไม่เคยฟังคนที่ตั้งครรภ์เลยว่าเขาคิดอย่างไร แต่ออกกฎหมายบังคับเอากับเขา

ผู้หญิงที่ถูกทำให้ท้องจึงถูกทิ้งและได้รับความทารุณจากสังคมของผู้มี “ศีลธรรม” เหล่านี้ตลอดมา

ในส่วนตัวผมนั้นผมเองไม่สนับสนุนให้มีการทำแท้ง แต่ผมเห็นว่าการยุติการตั้งครรภ์อันหญิงไม่ถึงปรารถนาอันเป็นสิทธิอันชอบธรรมของหญิงในเมื่อเขาไม่พร้อมที่จะมี การจะบังคับให้หญิงตั้งครรภ์อันไม่พึงปรารถนาให้ต้องอัมท้องต่อไปและเมื่อคลอดรัฐก็ไม่ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเลย จึงขาดความชอบธรรมที่จะลงโทษหญิงที่ไปทำแท้ง

นอกจากนี้ความผิดอาญาที่ลงโทษหญิงที่ทำแท้งตนเองหรือยอมให้ผู้อื่นทำแท้งตามมาตรา 301 แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้นน่าจะขัดรัฐธรรมนูญในข้อที่ว่า “ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน”

มาตรา 301 บัญญัติลงโทษ “หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแท้งลูก” มีความผิดตามกฎหมาย”

กฎหมายมาตรานี้เลือกปฏิบัติ เพราะผู้กระทำความผิดมิได้แต่หญิงเท่านั้น ขณะที่มาตราอื่น ๆ นั้นบัญญัติลงโทษ “ผู้ใด” ทั้งชายและหญิง

ความผิดเรื่องทำแท้งนี้จึงควรมีการแก้ไขให้เป็นธรรมเท่าเทียมกัน โดยเปิดโอกาสให้หญิงตัดสินใจเลือกเส้นทางเดินของตนเองได้โดยไม่มีอุปสรรคจากข้อจำกัดในร่างกายของตนเอง สิทธิอันชอบธรรมของหญิงในอันที่จะตัดสินใจด้วยตนเองโดยไม่มีใครมาบังคับบงการ ภายใต้เงื่อนไขที่สามารถกระทำได้โดยปลอดภัยแก่ตน

รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้ชื่อว่าเป็นสิทธิและเสรีภาพอย่างมากกับปวงชนชาวไทย แต่เสรีภาพจะมีได้อย่างไรถ้ามีเงื่อนไขจำกัดในการใช้ด้วยสภาพร่างกายของคน

เหตุผลที่รัฐควรจะให้ความเสมอภาคแก่หญิงในเรื่องการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์นี้ที่สำคัญนั้นได้แก่

1. เนื้อตัวร่างกายเป็นสิทธิและเสรีภาพโดยสมบูรณ์ของหญิง เมื่อไม่เบียดเบียนคนอื่น หญิงควรมีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าจะทำกับตนเองอย่างไรโดยเฉพาะการที่ร่างกายจะขัดขวางการใช้สิทธิและเสรีภาพในการใช้ชีวิตของตน

เพราะถึงอย่างไร แม้ให้สิทธิ ไว้แล้วสังคมหรือผู้เกี่ยวข้องก็อาจให้ความอบอุ่นกลมเกลียวให้หญิงไม่ใช้สิทธิอันนี้ก็ไม่ได้ เมื่อมีหลักประกันที่ดีเพียงพอ

แต่มีชื่อว่าศีลธรรมล้นเหลือเลยใช้กฎหมายบังคับแก่เพศหญิงเพียงเพศเดียวโดยข่มเหงซ้ำเติมเข้าไปอีก

2. การปล่อยให้ครรภ์ที่ไม่ปรารถนาคลอดออกมาในสังคม โดยผู้ตั้งครรถ์มิได้ต้องการ ไม่พร้อมที่จะดูแลเป็นการสร้างภาระให้กับมารดาซึ่งกระทบต่อทั้งอนาคตของเด็กเองและเพิ่มปัญหาแก่สังคมให้เลวร้ายซ้ำเติมเข้าไปอีก

3. สิทธิควรจะเป็นของผู้ที่สามารถมีสิทธิและใช้สิทธินั้นได้ ตราบใดที่ทารกยังไม่อาจแยกจากครรภ์มารดาได้จึงเป็นเพียง “อนาคต” ที่ไม่แน่นอน เราจะยอมให้อนาคตที่ยังมาไม่ถึงนั้น ทำลาย “ปัจจุบัน” ที่เดียวหรือ ?

ถ้าปัจจุบันถูกทำลายอนาคตก็มีไม่ได้ตัวเอง

4. การห้ามทำแท้งโดยถูกกฎหมายไม่เกิดประโยชน์แก่ใครเลย เพราะหญิงที่ต้องการยุติครรภ์ของตนยัง ๗ ก็ต้องทำ เมื่อถูกห้ามก็ต้องลักลอบทำ ผลก็คือ

4.1 หมอเถื่อนสามารถโก่งราคาอย่างสูง

4.2 ความปลอดภัยในการทำแท้งไม่มี หมอดี ๆ ก็ไม่กล้าทำ ถ้าทำให้ก็ต้องเรียกแพง ๆ เพื่อประกันความเสี่ยง

4.3 หากเกิดการตายหรือบาดเจ็บก็จะเป็นการเรียกร้องให้ลงโทษ หมอเถื่อนฆ่าคนตายแต่ไม่ถูกลงโทษ¹

4.4 เมื่อหญิงต้องอันตรายสาหัส หรือตายเพราะการทำแท้งที่ไม่ถูกต้อง ภาระก็ตกแก่สังคมอยู่ดี

4.5 หญิงที่ทำแท้งเถื่อนตายเสีย 80% ที่เหลือก็พิการ เด็กก็ตาย

ตกลงเด็กก็ตายหญิงก็ตาย หรือพิการ ค่ารักษาพยาบาลจากหมอจริง ๆ ก็แพง หมอเถื่อนได้กำไรและไม่ต้องรับผิดชอบในความปลอดภัย โดยไม่ถูกลงโทษใดๆ อีก จึงไม่มีใครได้ประโยชน์เลยจากกฎหมายห้ามทำแท้ง นอกจากหมอเถื่อนที่ได้ทั้งขึ้นทั้งล่อง

¹ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 954/2502 น.262

ในทางตรงกันข้าม การอนุญาตให้ทำแท้งได้ตามกฎหมายปัจจุบัน มาตรา 305 ก็ไม่ได้กำหนดอายุครรภ์ไว้ กล่าวคือถ้าเข้าเงื่อนไขตามมาตรา 305 แล้ว แม้ อายุครรภ์จะแก่ถึง 8-9 เดือน พร้อมทั้งจะคลอดแล้วก็ยังสามารถทำแท้งได้อยู่นั่นเอง

อย่างนี้จะอ้างศีลธรรมก็ได้ จะอ้างเจตนารมณ์ของกฎหมายก็ไม่ถูก กฎหมายห้ามทำแท้งปัจจุบัน จึงมีไว้เพื่อทำลายผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

ทำลายหญิงที่พลั้งพลาดไปทั้งชีวิต

ทำลายหญิงที่ต้องตกไปอยู่ในมือหมอเถื่อนโดยไม่มีทางเลือกความปลอดภัยให้แก่นตนเอง

ทำลายเด็กที่เกิดมาโดยที่ไม่มีใครต้องการ

ทำลายสังคมโดยรวมที่ต้องรับภาระทั้งหมด

ทำลายกระบวนการยุติธรรมที่ลงโทษหมอเถื่อนไม่ได้

และทำลายสิทธิและอนาคตของหญิงที่น่าจะทำประโยชน์ต่อไปได้อีก

นอกจากเหตุผลทางศีลธรรมที่ล้มเหลวไปแล้ว ฝ่ายที่ต่อต้านการทำแท้งน่าจะหาเหตุผลดี ๆ สัก 2-3 ข้อมาสับสนุนการห้ามทำแท้งให้ประจักษ์สักหน่อย

การห้ามทำแท้งนี้ทำให้หญิงที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราต้องไปแจ้งความว่าตนถูกข่มขืนกระทำชำเรา มา มิฉะนั้นก็ไปทำแท้งอย่างถูกกฎหมายไม่ได้ ในขณะที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นความผิดอันยอมความได้... ดังนั้นแทนที่จะให้เขาทำแท้งเจียบ ๆ ไม่ต้องอับอายขายหน้า กลับถูกบังคับให้ไปแจ้งความเท่ากับว่า

นอกจากจะถูกผู้ร้ายข่มขืนกระทำชำเราไปแล้ว ยังจะต้อง

ถูกตำรวจข่มขืนด้วยการสอบสวนเป็นครั้งที่ 2

ถูกอัยการข่มขืนเป็นครั้งที่ 3

ถูกทนายจำเลยและศาลข่มขืนอีก 3 ศาล !!!

แล้วถ้าจำเลยหลุดไปอีกเพราะอ้างว่าสำคัญผิด...หญิงจะเหลืออะไรในชีวิต !!!

ยกเลิกการห้ามทำแท้งเสียปัญหาเหล่านี้จะบรรเทาลงอีกมาก

เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ผู้หญิงที่เกิดมาแล้วบ้าง

โดยส่วนตัวแล้วผมเห็นว่า สิทธิในการยุติการตั้งครรภ์โดยปลอดภัยนั้นเป็นสิทธิพื้นฐานของสตรีที่ต้องได้รับการคุ้มครอง เพราะเป็นจุดด้อยของเพศหญิงอันสำคัญที่ไม่เท่าเทียมกันกับชาย

และแม้จะมีกฎหมายให้ทำแท้งโดยเสรี ผมก็ไม่เชื่อว่าหญิงทั้งหลายจะแห่กันไปทำแท้งกันเข้าเย็นและล่าสนมั่วเพศกันออกตลอด... เพราะการทำแท้งไม่เหมือนกับซื้อขนมกินหรือเจ็บเหมือนถูกมดกัด สัตว์ขบ และไม่อาจเกิดบ่อย ๆ เหมือนอารมณ์ใคร่ของผู้ชาย หรือความโลภของผู้ร้ายลักทรัพย์หรือฆ่าคน เพราะในปีหนึ่งการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ไม่เกิน 1 หนสำหรับหญิง 1

คน และอาจจะเพียงคนเดียวสำหรับชีวิตทั้งชีวิตของผู้หญิงดี ๆ คนหนึ่งการยุติการตั้งครรภ์ โดยชอบและปลอดภัย จึงน่าจะเป็นการสร้างสรรค์มากกว่าทำลาย

จากข้อเท็จจริงในการวิจัย ประเทศที่ยอมให้ทำแท้งได้โดยเสรีก็ไม่มีสถิติการสำส่อนให้ต้องมีการทำแท้งเพิ่มขึ้น แต่อันตรายจากการใช้เถื่อนกลับลดลงอย่างมาก องค์การอนามัยโลกก็ยังยืนยันเรื่องนี้

การปลดปล่อยพันธนาการของหญิงในเรื่องนี้จะเป็นข้อหนึ่งที่ทำให้หญิงลืมตาอ้าปากได้ ไม่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำ ชมพูให้ขายหน้าไปจนตลอดชาติ ไม่ให้ได้พูดได้เกิด ไม่ให้ออกาสกลับตัวเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนได้เลย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงความเสี่ยงต่อชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากหมอเถื่อนด้วย

การเรียกร้องดังกล่าวไม่ใช่เรื่องทำลายศีลธรรม แต่เรียกร้องให้เกิดความปลอดภัยแก่สุขภาพอนามัยและชีวิตของหญิงเองในเหตุที่ตนมิได้ก่อขึ้นโดยพลการ

ห้าแปลกที่ว่าผู้ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือรับผิดชอบกับชีวิตของเธอเลยกลับเป็นผู้กำหนดและลงโทษ

เป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรมยิ่งกว่าความชอบด้วยศีลธรรมเสียอีก

การเรียกร้องดังกล่าวต้องการให้สังคมหันมารับผิดชอบต่อการกระทำร่วมกัน ไม่ใช่โยนภาระทั้งหมดให้ผู้หญิงเพียงฝ่ายเดียว

การเรียกร้องนี้เพื่อให้ผู้ชายได้ตระหนักถึงกรรมที่ตนได้ก่อให้เกิดบนร่างกายของหญิงแล้วทิ้งให้ต้องรับกรรมเพียงผู้เดียว โดยไม่รับผิดชอบใด ๆ เลย

การเรียกร้องเพื่อลดความเห็นแก่ตัวของผู้ชายที่ได้ร่วมกระทำการกับหญิง แต่กลับทำตนเป็นผู้มีศีลธรรม

การเรียกร้องนี้ต้องให้ออกาสหญิงได้กลับใจ ไม่เป็นทาสการถูกกระทำดังกล่าวจนตลอดชาติ

การเป็นเพศที่ต้องตั้งครรรค์เสียเปรียบมากอยู่แล้ว อย่าซ้ำเติมความไม่เท่าเทียมกันนี้อีกต่อไปเลยความเท่าเทียมจะเกิดขึ้นได้อย่างไร ในเมื่อหากจะเป็นความผิดก็เกิดจากการกระทำทั้งชายและหญิง แต่หญิงเท่านั้นที่ถูกบังคับได้ต้องรับกรรมเพียงฝ่ายเดียว

กฎหมายห้ามทำแท้งจึงต้องแก้ไขให้เหมาะสมกับกาลสมัย ให้ความเป็นธรรมเสมอภาค

อย่างไรก็ตาม ทั้ง ๆ ที่กฎหมายอาญา มาตรา 305 ให้อำนาจแพทย์ทำแท้งโดยปลอดภัยให้หญิงได้โดยแพทย์ “**ไม่มีความผิด**” แต่ตำรวจก็ยังเที่ยวตามรังควานแพทย์เหล่านั้นอยู่เสมอ ไม่มีใครฟ้องตำรวจเหล่านั้นกลับฐานปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ชอบบ้างเลย

กลุ่ม “สิทธิสตรี”เอง แทนที่จะคุ้มครองหญิงเรื่องนี้ กลับไปบังคับสภาให้ออกกฎหมายให้ “หญิงข่มขืนชาย” ได้อีก

นอกจากหญิงจะต้องรับผิดทางอาญาเพิ่มขึ้นแล้ว ผู้ชายยังต้องไม่ได้เสียด้วย

การท้องโดยไม่ให้ทำแท้งจึงไม่เป็นธรรม เวนกรรมตกแก่หญิง
ยังมีกฎหมายให้หญิงข่มขืนกระทำชำเราชายได้
ยังเป็นกฎหมายที่ชั่วร้ายหนักขึ้น !!!

B26 : ท้องไม่พร้อม ดูแลอย่างไร : มุมมองด้านกายและจิต

วันที่ 13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 6

นพ.ชนพันธ์ ชูบุญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.นพ.ประทีป โอประเสริฐสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พญ.นันทา อ่วมกุล	สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย)

ท้องไม่พร้อม ช่วยได้อย่างไร: มุมมองด้านสังคม กฎหมาย กายและจิต

นันทา อ่วมกุล

ปัจจุบันประเทศไทยยังเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการด้วยสาเหตุด้านพันธุกรรม สุขภาพของทารกในครรภ์ สุขภาพของหญิงมีครรภ์ การถูกข่มขืน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือหลายสาเหตุร่วมกัน ซึ่งหากหญิงมีครรภ์เหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงทันเวลา หรือไม่มีบริการ ที่มีคุณภาพปลอดภัยและผู้ให้บริการพร้อมที่จะช่วยเหลือด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) รับฟัง เข้าใจในปัญหาและการดูแลแบบองค์รวมแล้ว หญิงเหล่านั้น จะมีความเสี่ยง อาจถึงแก่ชีวิต หรือเจ็บป่วย พิการทางกายและจิตเรื้อรัง หรือทารกที่เกิดมา มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการในด้านต่างๆได้

การสำรวจสถานการณ์การแท้งทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เฉพาะในโรงพยาบาลจำนวน ๗๘๗ แห่ง พบว่า อัตราส่วนการทำแท้งมีถึง ๑๙.๔๕ ต่อการเกิด พันธราย ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ไปทำแท้งมาสูงกว่ากลุ่มที่แท้งเองถึง ประมาณ ๕ เท่า การ สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ไปทำแท้งมาในโรงพยาบาล ๑๓๔ แห่ง พบว่า เป็นการทำแท้งด้วยตนเองวิธี ต่างๆ ร้อยละ ๑๒ และเป็นการทำแท้งผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร้อยละ ๖๖ อัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio) จากการแท้ง สูงถึง ๓๐๐ ต่อการ เกิดมีชีพแสนราย ประมาณ ๑๐ เท่าของอัตราส่วนการตายของมารดารวมทุกสาเหตุ

หากโรงพยาบาลมีความเข้าใจมีเจตคติที่จะช่วยเหลือหญิงมีครรภ์และครอบครัว สามารถให้บริการการปรึกษาและการดูแลที่มีคุณภาพ คำหนึ่งและให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ เป็นไปตามกฎหมาย และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการ ยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ ประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๒ ตอนที่ ๑๑๘ ง วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๘ อย่างเต็ม ความสามารถ โดยบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ กายและจิตอย่างมีคุณภาพ ให้การปรึกษาและหากจะยุติการตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีที่ปลอดภัยกว่า ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำ คือ วิธี Blunt method (Manual Vacuum Aspiration - MVA) หรือ Medical abortion อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิตจะลดลงมาก และ ความเสี่ยงด้านสังคมจะลดน้อยลง

B36 : เครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิกับก้าวอย่างที่เราเรียนรู้

วันที่ 13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 6

นพ.ชาญชัย จันทรรวงชัยกุล	เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยางตลาด จ.กาฬสินธุ์
พญ.สมพิศ จำปาเงิน	เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี
นพ.วิฑิต สถฤษฎีชัยกุล	สสจ.หนองบัวลำภู
นพ.วรวิทย์ โฉมวัชรกุล	รพ.สันทราย

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยางตลาด

นพ.ชาญชัย จันทรรวงชัยกุล

จากการที่มีระบบประกันสุขภาพมาดำเนินการในงานสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้เกิดเครือข่ายคุณภาพบริการปฐมภูมิหรือ Contracting Unit for Primary Care – (CUP) ขึ้น เพื่อให้มีการบริหารจัดการเงิน บุคลากร ตลอดจนการจัดการบริการประชาชนในพื้นที่ของเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในการจัดการเครือข่ายปฐมภูมิมีทั้งจะประสบปัญหาในหลายประเด็นไม่ว่าจะเป็นการบริหารจัดการเรื่องเงิน เรื่องคน หรือแม้แต่เรื่องการปฏิบัติงาน ทำให้หลายเครือข่ายมีภาพที่ต่างคนต่างทำงานของตน หรือแม้กระทั่งเกิดความขัดแย้งในการทำงาน

การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) โดยใช้กระบวนการคุณภาพ CQI มาประยุกต์ เริ่มจาก Plan Do Check Act ถือเป็นการทำงานโดยใช้ระบบการจัดการคุณภาพที่ยืดหยุ่นของงานเป็นหลัก ส่งเสริมให้คนทำงานได้ใช้ความคิดและการทำงานในเชิงคุณภาพมากขึ้น และจะมองข้ามความแตกต่างในแต่ละวิชาชีพหรือความแตกต่างของสังกัดของตน การทำงานก็จะเกิดบรรยากาศที่ดี ความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นจะเป็นความขัดแย้งในเชิงสร้างสรรค์ กระบวนการ CQI ยังช่วยให้ผลงานที่ได้เป็นประโยชน์กับประชาชนมากขึ้น ถ้าขณะที่ Plan ได้นำเอาเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกำหนดทิศทาง และถ้าขณะที่ Do ทำการบริหารในเชิงยุทธศาสตร์ จะเพิ่มคุณค่าและคุณภาพของงานได้มากขึ้น

การ approach คนเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่ว่าคนนั้นจะอยู่ตำแหน่งใดก็ถือเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในระบบเสมอ การประชุมกันอย่างสร้างสรรค์ การใช้สุนทรียสนทนาจะได้ประโยชน์ เพราะพิสูจน์ได้ว่าการทำงานเป็นทีมจะดีได้ถ้าทุกคนรู้จักฟังให้เป็น ซึ่งการบอกกล่าวและการฝึกฝนทีมในเรื่องการฟัง เป็นเรื่องสำคัญที่ทุกเครือข่ายควรทำก่อนร่วมงานกัน

การยอมรับซึ่งกันและกันในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ – PCT เป็นเรื่องจำเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ทุกคนต้องยึดถือและปรับความคิดว่า ทุกคนมีความโดดเด่นและสามารถในวิชาชีพหรืองานของตน ซึ่งในระบบการทำงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิต้องอาศัยความสามารถในแต่ละวิชาชีพไปใช้จัดการกับปัญหาของประชาชนอย่างยิ่ง เราไม่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นองค์รวม

ได้โดยใช้คนในวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งล้วน ๆ แต่ต้องถักทอความร่วมมือและศักยภาพของคนในแต่ละวิชาชีพเหล่านั้นมาใช้ จึงจะทำงานได้สำเร็จอย่างดี

ความจริงใจเป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ได้ในทุกวงการ แม้แต่การทำงานกับคนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

เราจะเริ่มตรงไหน เป็นคำถามที่ทุกคนคงจะต้องการหาคำตอบ ซึ่งในแต่ละ CUP ถึงแม้จะมีบริบทที่แตกต่างกัน แต่จุดเริ่มต้นกลับเหมือนกันคือเริ่มที่ปรับตัวเองก่อน เริ่มที่จะฝึกฟังให้เป็น และคิดวิเคราะห์ในเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์ แล้วทุกอย่างจะเริ่มตาม

เครือข่ายปฐมภูมิหนองหญ้าไซ

พญ.สมพิศ จำปาเงิน

ความเป็นมา

ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นคงคล้ายกับหลายๆ CUP คือมักทำงานแยกส่วนกันเสมอ ระหว่างงานชุมชนกับงานในโรงพยาบาล ทีมบริหารจัดการ CUP หนองหญ้าไซ มีแนวคิดร่วมกันในการทำงานเพื่อสนองตอบประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองหญ้าไซ โดยคำนึงถึงใน 3 ประเด็น คือ

1. การเข้าถึงการบริการ
2. คุณภาพการบริการ
3. ประสิทธิภาพในการทำงาน

ดังนั้นทีมบริหารจัดการ CUP หนองหญ้าไซ จึงวางแผนการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาทั้งทางด้านบริหารจัดการ ด้านการบริการ และด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มที่

วิธีการพัฒนา

1. การพัฒนาคุณภาพงานด้วยแนวคิด 5 ส. เป็นการพัฒนาเกือบทุกส่วนราชการในอำเภอหนองหญ้าไซ ภายใต้ชื่อโครงการสามประสานพัฒนาองค์การเพื่อมุ่งสู่มาตรฐานสากล จนได้รับป้ายทอง 5 ส.ดีเด่นทั้งเครือข่าย ในปี 2548

2. การพัฒนาบริการและวิชาการ โดยใช้โครงการหนึ่งสถานีนี้อาหมัยหนึ่งพยาบาล ซึ่งต่อมามีหลายวิชาชีพเป็นที่ปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นอกจากนี้ยังมีการทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3. การพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จนผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมดทั้งเครือข่าย

ผลที่ได้รับ

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
2. การทำงานเป็นทีม

3. ได้พัฒนาทั้งด้านการบริหาร การบริการ และวิชาการไปพร้อมๆกัน
4. เกิดแนวคิด วิธีการใหม่ๆในการทำงาน

ปัญหาและอุปสรรค

1. ข้อจำกัดของทรัพยากร
2. ภาระงานที่มากขึ้น
3. ผู้บริหารเปลี่ยนแปลงบ่อย

แต่สิ่งที่ได้รับคือความภาคภูมิใจของทีมงานและยังไม่หยุดแนวคิดในการพัฒนาต่อไป ในกรอบแนวคิดใหม่ แม้จะเปลี่ยนผู้บริหารอีกครั้งก็ตาม

สามระยะของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพศรีบุญเรือง

นพ.วิฑิต สฤษฏีชัยกุล

CUP ศรีบุญเรือง เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ ของ สถาบันพัฒนาและวิจัยสุขภาพชุมชน โดยการชักชวน ของ อาจารย์ช้าง (อ.สุพัตรา), อาจารย์ ปรีดา (หน.งานพัฒน สสจ.หนองบัวลำภู) และด้วยความชื่นชมระบบคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ Malcolm Baldrige ตลอดสองปีเศษของการทำงานแบ่งเป็นสามระยะของการเรียนรู้ ซึ่งการมี เวลาคาบเกี่ยวกันบ้าง

1. ระยะการหมกมุ่นกับเนื้อหาของเกณฑ์คุณภาพ ช่วงแรกของการเข้ากระบวนการ ทีมงานพยายามทำความเข้าใจในเนื้อหาของเกณฑ์และพยายามตอบคำถาม ถึงแม้ว่าเราจะ พุดคุยกันแล้วว่าเราใช้เกณฑ์คุณภาพเพื่อเป็นเอกซ์เรย์ ให้เห็นภาพองค์กรในมิติต่างๆ อันจะ นำไปสู่การพัฒนาต่อไป แต่เราก็อดจะคิดไม่ได้ถึงการประเมินและรับรอง ทำให้ทีมต้องพยายาม ตอบคำถามและเข้าสู่กระบวนการเชิงเนื้อหาที่ทำให้รู้สึกว่ามันหนักและด้วยจำนวนคำถามทำให้ เหนื่อย จนบางครั้งทำให้ท้อแท้และไม่อยากทำ แต่สิ่งที่ได้เรียนรู้ก็คือ เราเข้าใจเนื้อหาของ มาตรฐานมากขึ้น และทำให้พวกเราหลายคนเริ่มต้นคำถามกับทีมว่าเราจะทำต่อไหม? แต่เป็น คำถามที่ยังไม่มีคำตอบในตอนนั้น

2. ระยะของการสื่อสาร Core Value & Concepts ทีมของเราโชคดีที่ได้ต้นฉบับ มาตรฐานที่เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งมีเนื้อหาครบทุกส่วน ส่วนหนึ่งที่อธิบายได้ดีคือเรื่อง Core Value & Concepts ทำให้เราเข้าใจความหมาย และเหตุผลความเป็นมาที่ซ่อนอยู่ในเนื้อหาของ มาตรฐานทั้ง 7 องค์ประกอบ เมื่อทีมเราเริ่มออกแบบเพื่อพัฒนาระบบต้องมีการประสานกัน การ มีคุณค่าร่วม และความคิดรวบยอดที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้เราประสานงานกันได้ ราบรื่น และมุ่งสู่คุณค่าเดียวกัน เคยพูดคุยกับ อาจารย์วรุฒิ ผอ.รพ.สันทราย ว่าในความเป็น จอมยุทธ์ ในหนังสือกำลังภายในนั้น เกณฑ์คุณภาพ ก็เสมือนทำร่างหรือกระบวนการในเคล็ดวิชา ส่วน Core Value & Concepts นั้นเสมือนกำลังภายใน ซึ่งจะทำให้กระบวนการนั้นมีพลังหรือให้

คุณค่าในส่วนนี้ กลับมุ่งไปสู่เนื้อหาของเกณฑ์คุณภาพจนละเลยส่วนที่สำคัญที่สุดของเกณฑ์คุณภาพไป

3. ระยะเวลาสร้างแรงบันดาลใจ ในครั้งหลังของกระบวนการพัฒนาของ รพช. ได้จัดกระบวนการ transformative coaching โดยความมุ่งหมายหนึ่ง ก็คือให้เราสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ตนเองและทีมงานได้ซึ่งแรงบันดาลใจนี้สำคัญมากทำให้เราค้นพบคำตอบของคนทำงานได้หลายคำถามในการพัฒนาคุณภาพในช่วงแรกทีมงานก็ชัดเจนขึ้นในตัวของแต่ละคน สิ่งที่เราเห็นคุณค่าการดำรงสติอยู่กับปัจจุบันก็ทำให้เราไม่เบียดเบียนกับการทำงาน และมีโอกาสที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้กับทีมงานด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนาและการ coach ระยะเวลาสามนี้เองที่ทำให้ทีมรู้สึกที่เราถูกที่ถูกต้อง และมั่นใจในคุณค่าของกระบวนการพัฒนาที่เราทำ พลังที่เราสร้างและเติมให้กันก็จะทำให้กระบวนการพัฒนาของเราดำรงอยู่ได้ และทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

ทั้งสามระยะของการเรียนรู้ของทีมงานมีทั้งส่วนที่ตึงทรม และมีด้านที่ด้อยในตัวของมันเอง ถ้าไม่มีคำถามหรือปัญหาในระยะแรก ทางออกในระยะสุดท้ายคงมีคุณค่าลดลง ทีมงานหมั่นเรียนรู้ด้วยการเห็นคุณค่าของการมีชีวิต การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ ก็จะเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และมีความสุข

B46 : ศูนย์แพทย์ชุมชนกับการจัดการเครือข่าย PCU แบบใหม่

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 6

นพ.สุธี สุคดี

รพ.วารินชำราบ

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

CMU วัดเบิก อ.ระโนด จ.สงขลา

นพ.ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ

สปสช.

ศูนย์แพทย์ชุมชนกับการจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แบบใหม่

นพ.สุธี สุคดี

การบริการในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีความจำเป็นที่ต้องจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะการบริการในระดับทุติยภูมิ ที่จำเป็นต้องมีการเติมเต็มของระบบบริการปฐมภูมิที่ในปัจจุบันได้รับการพัฒนาศักยภาพมากขึ้นกว่าเดิมเป็นอย่างมาก มีการปรับเปลี่ยนทั้งศักยภาพของบุคลากรและระบบงาน ทำให้การบริการปฐมภูมิในปัจจุบันไม่ใช่เป็นเพียงแค่บริการด้านหน้ารักษาโรคเล็กๆ น้อยๆ อีกต่อไป แต่มีศักยภาพที่สูง เรียบง่าย มีพลังของการบริการ เติมเต็มหลายส่วนที่สถานบริการทุติยภูมิไม่สามารถทำได้ดีนัก โดยมีความมุ่งหวังให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถให้บริการองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง และละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

การนำเสนอเป็นการสรุปแนวคิดมุมมองที่ถูกปรับเปลี่ยน ยุทธศาสตร์ที่เป็นจุดมุ่งเน้น ตลอดจนผลลัพธ์และผลกระทบ จากการดำเนินงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา

ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเบิก

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

แนวความคิดของการให้บริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิประกอบด้วยบริการที่เป็นด่านแรก เข้าถึงง่าย (First Contact Care) มีการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (Comprehensive Care) โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centred) ซึ่งทำได้ยากในบริบทของโรงพยาบาล แต่สามารถนำมาปฏิบัติได้ในศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งเป็นสถานบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบริบทต่างจากโรงพยาบาล

	ศูนย์แพทย์ชุมชน	โรงพยาบาล
สถานที่ตั้ง	ใกล้ขีด ทราบและเข้าใจบริบทของชุมชน	ห่างไกลชุมชน
พื้นที่รับผิดชอบ	ชัดเจน ไม่ห่างไกลจากที่ตั้ง สภาพแวดล้อมเดียวกับชุมชน	กว้างขวาง หลากหลาย บางพื้นที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล สภาพแวดล้อม

	แตกต่างกัน	
ระบบการทำงาน	เบ็ดเสร็จ	หลายฝ่าย แยกทำงานเป็นส่วนๆ
ทีมงาน	ประจำ ต่อเนื่อง	หมุนเวียน สับเปลี่ยน ไม่ต่อเนื่อง
การเข้าถึง	ง่าย ไม่ซับซ้อน	ยาก ซับซ้อน หลายขั้นตอน
มิติของการให้บริการ	ครอบคลุม 4 มิติ ควบคู่กับการรักษา	เน้นรักษา

การปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งเป็นยุคบุกเบิก ทำให้พบกับความเหนื่อยทั้งกายและใจ แต่สิ่งที่ได้คือ

- ... ผู้ป่วยเข้าถึงบริการง่าย สะดวก รวดเร็ว
- ... เอื้อต่อการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
- ... สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมงานสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
- ... ความสุขใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถยิ้มได้ มีความสุขกับการมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวและชุมชน
- ... คลายความสงสัยและเข้าใจว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มาตามนัด หรือไม่ยอมรับการรักษา
- ... ได้ทราบและเข้าใจความจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งคงจะทราบได้ยากเมื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และพบว่าความจริงดังกล่าวสามารถช่วยปรับปรุงการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

C16 : การเชื่อมโยงบริการโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัย

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 6

นพ.ลักษณะเลิศ วรรณภาสนี	รพ.ศรีสะเกษ
พญ. จุฑารัตน์ ปิติพุทธพงศ์	รพ.แพร่
พ.ญ. สุภัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบกลยุทธ์ในการพัฒนาสถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน

การเชื่อมโยงบริการ รพ. แพร่ กับสถานีนอนามัย

พ.ญ. จุฑารัตน์ ปิติพุทธพงศ์

ตามที่ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบฐานรากของงานสาธารณสุข ดังนั้นการสร้างรากฐานให้แข็งแรงย่อมส่งผลให้ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด การดำเนินงานเริ่มจากการพัฒนาคุณภาพสถานบริการในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอนามัยให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนและสร้างศรัทธาจากประชาชน โดยการเริ่มพัฒนางานอย่างเข้มข้นในศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนและขยายการพัฒนาให้ครอบคลุมสถานีนอนามัยในช่วงถัดมา เนื่องจากข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ บุคลากรและประสบการณ์ ออกแบบระบบบริการเป็นแบบเครือข่ายให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีนอนามัยใกล้เคียงและเป็นพี่เลี้ยง ดูแลสถานีนอนามัยเครือข่าย พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อในเครือข่ายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG) ให้เป็นระบบและสอดคล้องกับเส้นทางคมนาคม สนับสนุนบุคลากร วิชาการ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ งบประมาณ ร่วมกับการรับฟัง แก้ไขปัญหาอันเกิดจากการพัฒนางานอย่างใกล้ชิด เร่งด่วนและเป็นธรรม

ประเด็นที่ท้าทายและพิสูจน์ความมุ่งมั่นคือการสร้างการยอมรับและเห็นความสำคัญของงานบริการปฐมภูมิ ต้องแสดงให้เห็นที่มโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเห็นถึงประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้คุณภาพบริการภาพรวมดีขึ้น การพัฒนาจึงเริ่มต้นที่เปิดมุมมองในโรงพยาบาลและในชุมชน มาสร้างให้เป็นภาพเดียวกัน เพราะผู้ป่วยมีเพียงคนเดียว ที่มีชีวิตอยู่ที่บ้านและรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะฉะนั้นการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางย่อมต้องมองเห็นผู้ป่วยคนเดียวกัน ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องให้เชื่อมต่อการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยการทำความเข้าใจถึงความสำคัญของงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การอ้างอิงหลักวิชาการในการพัฒนา ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยจากในโรงพยาบาลลงสู่สถาน

บริการในชุมชนผ่านทาง Web site “ Home Health Care” เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน และส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยที่บ้านให้โรงพยาบาลนำข้อมูลผู้ป่วยใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ จากการดำเนินงานช่วยลดอัตราตายและลดอัตรานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission Rate) ใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ดูแลตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้าน

ระบบเชื่อมโยงเครือข่ายบริการหน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

นพ.ลักษณะเลิศ วรณภาสนี

โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 500 เตียง ให้บริการตรวจรักษาแก่ ประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบระดับปฐมภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 169,911 คน ประกอบด้วย ประชาชนในเขตเทศบาล จำนวน 34,083 คน ในเขตอำเภอพยุห์ จำนวน 38,780 คน ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 99,545 คน มีภารกิจดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ส่งต่อการรักษาจาก สอ./PCU ในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ รวมทั้งการส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษอีกจำนวน 18 แห่ง และจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง จังหวัดศรีสะเกษ

จากการดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น พบว่าในระบบการ ส่งต่อผู้ป่วยมักจะมีปัญหาที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วนหรือไม่ ถูกต้อง หรือไม่เข้าใจกันระหว่างประชาชนผู้รับบริการ และระหว่างเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ด้วยกันเอง ที่เกิดจากการส่งต่อที่ไม่ได้ประสานงานกัน ทำให้เกิดความเสียหายทั้งโดยตรงและ โดยทางอ้อม แก่ผู้รับบริการ ทำให้ต้องมารับการตรวจรักษาหลายครั้งเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย โดยไม่จำเป็น

โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบรับ-ส่งต่อในการให้บริการตรวจ รักษาผู้ป่วย จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์รับ-ส่งปรึกษา (Consultation Center) ขึ้น ที่บริเวณด้าน หน้า (OPD) ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2549 โดยปฏิบัติงานร่วมกับ Call Center มีหน้าที่ ให้บริการประสานงานข้อมูลผู้ป่วยในระบบส่งต่อ และผู้รับบริการอื่น นอกจากนี้ นั้นยังให้บริการ ประสานงานรับปรึกษาการตรวจรักษาเฉพาะโรคจากโรงพยาบาลชุมชนและจาก สอ./PCU ใน เครือข่าย โดยในระยะแรกให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคตา, dyspepsia, โรคทางระบบทางเดิน ปัสสาวะ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเฉพาะทางอื่นๆ ที่ต้องการ Consult.ด่วน และเมื่อแพทย์เฉพาะทางตอบผลการ consult นั้นแล้วยังมีการนัดตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อการ วินิจฉัย และนัดเข้าคลินิกเฉพาะโรค ก็จะสามารถให้บริการลงทะเบียนนัดตรวจพิเศษและนัด เข้าระบบนัดหมาย ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ พร้อมกับแจ้งผลการ consult และการนัดหมาย ต่างๆ ทางโทรศัพท์/FAX ได้ทันที

นอกจากนี้ยังให้บริการเลื่อนนัดการพบแพทย์ของผู้รับบริการทางโทรศัพท์ ให้บริการสอบถามค้นหาผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้บริการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากการรับบริการ ซึ่งจากผลการดำเนินงานตั้งแต่เปิดให้บริการศูนย์รับ-ส่งปรึกษา พบว่า จำนวนครั้งของการรับบริการและระยะเวลารอคอยในการตรวจพิเศษต่างๆ ลดลง ความพึงพอใจในการรับบริการที่ OPD เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการรับบริการมากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิอีกด้วย

ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2551 นี้ ศูนย์ Consultation Center กำลังพัฒนาระบบการจองคิวนัดตรวจพบแพทย์ การขอเลื่อนนัดตรวจ ทางอินเทอร์เน็ต การ consult และตอบกลับผ่านโปรแกรมทาง internet เพื่อลดการส่งต่อด้วยโรคที่ไม่จำเป็น ซึ่งสามารถรักษาได้ที่ระดับปฐมภูมิ/โรงพยาบาลชุมชน ลดความคับคั่งของผู้รับบริการที่ OPD ซึ่งจะทำให้เราสามารถให้บริการที่มีคุณภาพในระดับทุติยภูมิมากยิ่งขึ้น

C26 : หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการชุมชน

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30 – 12.00 น. ห้อง Meeting Room 6

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์

PCU รพ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี

สมจิตร จาอินตะ

สอ.พระราชทาน ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

โครงการถักทอสายใยด้วยแรงแห่งรัก

เฉลิมศรี ราชนาจันทร์

ความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษานำร่อง (Pilot Survey) ของงานให้คำปรึกษาและยาเสพติด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าช้าง ปี 2549 ในเรื่องของสภาพอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับนักเรียนชั้น ป.6-ม.3 พบว่าเด็กนักเรียน ร้อยละ 46.8 รู้สึกกังวลใจ สับสน บางครั้งไม่รู้ว่าตัวเองต้องการอะไร ร้อยละ 30.6 ไม่เข้าใจว่า ทำไม พ่อ แม่ ต้องดูค่าเสมอ ร้อยละ 23.5 รู้สึกขาดความอบอุ่น ไม่มีคนรัก และที่น่าสังเกต คือ ร้อยละ 6.4 อยากหนีออกจากบ้านคิดว่าไม่มีใครต้องการอีกแล้ว ในขณะที่เดียวกัน จากการพูดคุยกับผู้ปกครองของเด็กนักเรียนกลุ่มดังกล่าวทำให้พบข้อน่าสังเกตในประเด็นของการสื่อสารและการแสดงความรักที่อาจเรียกได้ว่า “เข้าใจไปเอง”

การสร้างความรัก ความอบอุ่นในครอบครัวจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นเพื่อจะก่อให้เกิดความสุขของครอบครัวซึ่งถือเป็นตาข่ายนิรภัยสำหรับเด็กผู้ที่จะเติบโตเป็นทรัพยากรอันมีค่าและช่วยพัฒนาถิ่นกำเนิดของตนเองต่อไป

ตำบลโพประทับแก้ว เป็นพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าช้าง ซึ่งโรงพยาบาลท่าช้างเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นตามที่กล่าวมาแล้วนั้น จึงจัดทำโครงการ “ถักทอสายใยด้วยแรงแห่งรัก” ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างโอกาสให้นักเรียนและผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวได้เรียนรู้ตัวเองและเข้าใจซึ่งกันและกัน

วิธีดำเนินการ

การดำเนินโครงการ “ถักทอสายใยด้วยแรงแห่งรัก” ครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้มีส่วนสำคัญในการ “ถักทอสายใยด้วยแรงแห่งรัก” ซึ่งได้แก่ นักเรียนและผู้ปกครองหรือคนในครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน วัด และส่วนราชการต่าง ๆ ได้มาร่วมกันเรียนรู้จากการปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นในการดำเนินโครงการครั้งนี้จึงเป็นการระดมสรรพกำลังของผู้ที่มีภูมิปัญญาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบล

โพประจักษ์ อำเภอกำแพง จังหวัดสิงห์บุรี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ “ถักทอสายใยด้วยแรงแห่งรัก” จำนวน 76 คน

แนวทางและกิจกรรมการเรียนรู้

เนื่องจากการสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัวเป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อนซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวแต่ละครอบครัว แต่โดยหลักสำคัญต้องเริ่มจากการรู้จักตนเอง การยอมรับ และการเข้าใจผู้อื่นรวมถึงการสื่อสารที่เหมาะสมอีกด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้หลากหลายกิจกรรม ต่อไปนี้

1. เปิดเวทีเพื่อสร้างโอกาสให้ผู้มีส่วนสำคัญ (ได้แก่ นักเรียน และผู้ปกครอง) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวไว้แล้วข้างต้นได้มาเรียนรู้สถานการณ์ สภาพการณ์ และปัญหาจริงร่วมกัน (เห็นทุกข์ร่วมกัน) พร้อมทั้งร่วมกันแสวงหาแนวทางและร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการแก้ปัญหาร่วมกัน
2. จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้เรื่อง “การรู้จักอารมณ์และการจัดการอารมณ์ของตนเอง” สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง
3. จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง “เหตุแห่งทุกข์ การลดทุกข์ และการจัดการตนเอง เพื่อเพิ่มสุขของชีวิต” สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง
4. จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้เรื่อง “การสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสม” สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง
5. กิจกรรมแรลลี่ “รักครอบครัวทั่วบ้านเกิด” สำหรับนักเรียนและผู้ปกครอง
6. ติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวเป้าหมาย โดย องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. จัดกิจกรรมสรุป/ถอดบทเรียน “วิธีการสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัว” แล้วจัดทำเอกสารและสื่อเผยแพร่เพื่อการเรียนรู้และดำเนินการแก้ปัญหาสำหรับพื้นที่ต่างๆ ต่อไป

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานแบ่งได้ 4 ระดับด้วยกัน คือ

- 1.ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ทุกกิจกรรมมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ100)
- 2.ระดับของความรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
3. ระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า เกือบทุกครอบครัว (29 จาก 30) มีการปรับตัวเข้าหากันทั้งเด็กและผู้ปกครอง ดังคำกล่าวที่ว่า “...เดี๋ยวนี้เปลี่ยนไปมากเลยเห็นเราไม่สบายก็หาหาให้กิน พ่อแม่บอกว่าให้ตั้งใจเรียนมันก็ไม่หน้าหงิกหน้าอ บอกแต่ว่าจะ...”
“...บ้านป้าน้อยเจ็บมากไม่ได้ยินเสียงตักกันแล้วเมื่อก่อนนะตัวไอ้โน่นไอ้นี้ เดินเต็มบ้านไปหมดเดี๋ยวนี้ไม่มีเลยบางวันนึกว่าไม่มีคนอยู่ด้วยซ้ำใครๆก็ถามว่าหมอทำอย่างไร

ชะบ้านเจียบไปตาม ๆ กัน”

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า เกิดการพูดคุยระหว่างครอบครัวถึงความสำเร็จที่ปฏิบัติได้ทำให้ครอบครัวอื่นๆที่ยังไม่เคยปฏิบัตินำไปทดลองปฏิบัติบ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ตอนนี้พ่อ แม่ ลูก กินข้าวพร้อมกันทุกวัน เขาไปเตะบอลก็รีบกลับไม่กลับมิดค่าเหมือนเมื่อก่อนเพราะรู้ว่าพ่อแม่รอนกินข้าว มันดีนะหมอทำให้เราได้คุยกันมีความสุขดี...”

“...ฉันว่าดีนะการกินข้าวพร้อม ๆ กันเนี่ย ฉันต้องไปทำมั่ง”

ผลกระทบ

เกิดกระแสการสร้างความอบอุ่นในครอบครัว เกิดความต้องการของชุมชนที่อยากมีเวทีและโอกาสในการเรียนรู้ปัญหาความต้องการของคนในครอบครัว และที่สำคัญครอบครัวที่ผ่านกระบวนการของโครงการมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นมีความขัดแย้งลดลง

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย: เปิดโอกาสเรื่องเวลาของการทำงานให้สามารถยืดหยุ่นได้เนื่องจากเวลาของชาวบ้านกับเวลาของทางราชการไม่ตรงกันหากต้องการยืดชาวบ้านเป็นศูนย์กลางจึงจำเป็นต้องมีที่ตรงมีการปรับช่วงเวลาของการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมตามเงื่อนไขของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโครงการ

สำหรับผู้ปฏิบัติ : โครงการนี้มีข้อควรระวังหรือจำเป็นต้องปรับปรุงผสมผสานให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์หรือผลสัมฤทธิ์แก่พื้นที่คือ การได้มาซึ่งกลุ่มเป้าหมายต้องได้มาจากการสมัครใจ การเก็บข้อมูลเพื่อใช้เป็นฐานของการวิเคราะห์และการแสวงหาแนวทางแก้ไข การจัดกิจกรรมต่างๆ ต้องมีเป้าหมายชัดเจนแต่ปรับวิธีการให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง หรืออาจกล่าวได้ว่า “เป้าหมายเขียนไว้บนหินผา แต่วิธีการเขียนไว้บนผืนทราย”

สถานีอนามัยพระราชทาน ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย

สมจิตร จาอินต๊ะ

สถานีอนามัยพระราชทานรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน 8 หมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลป่าซาง จากจำนวน 15 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 8,200 คน 2,200 ครอบครัว มีบุคลากรสาธารณสุข 3 คน ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง 3 คน มีผู้รับบริการมากกว่า 50 คน/วัน ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่คือโรคไม่ติดต่อ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ มากกว่าร้อยละ 10

ประชาชนมากกว่าร้อยละ 70 ใช้บริการของสถานีอนามัย ทางสถานีอนามัยใช้แฟ้มครอบครัวในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ใช้แฟ้มชุมชนในการคืนข้อมูลให้ชุมชน และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ดังนั้นการให้บริการใน

สถานีนามัยจึงให้บริการผสมผสาน 4 มิติ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ถือเป็นโอกาสใช้เพิ่มกรอบครัวในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวโดยการสอบถามถึงคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังใช้โอกาสที่ผู้รับบริการมาใช้ บริการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับการคัดกรองสุขภาพประจำปีควบคู่ไปด้วย ทำให้การทำงาน เพื่อให้ถึงเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมไปพร้อมๆ กันและทุกปีทางสถานีนามัยจะมีการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างความตระหนักและอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลสุขภาพ ของคนในเขตรับผิดชอบของตนเองเสมือนญาติพี่น้อง ตลอดจนจนถึงจัดทำข้อมูลและคัดกรอง สุขภาพของบุคคลในเขตรับผิดชอบของตนเองไปด้วย

พื้นที่ตำบลป่าซางทุกหน่วยงานได้ถูกปลูกฝังวิธีการทำงานแบบเอื้ออาทร เน้นความสัมพันธ์ที่ดี มีท่านพระ ครูอุปลัมภวรรการ รองเจ้าคณะอำเภอแม่จัน เจ้าอาวาสวัดป่าซาง เป็นศูนย์รวมจิตใจของคนพื้นที่ป่าซาง ไม่ว่าโรงเรียนหรือแกนนำชุมชนจะมีท่านพระครูอุปลัมภวรรการเป็นที่ปรึกษาเสมอ

ดังนั้นการทำงานสุขภาพภาคประชาชนของสถานีนามัยเองก็จะเป็นลักษณะการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน อาศัยจุดแข็งของพื้นที่ให้พื้นที่ได้มีโอกาสแสดงออกถึงศักยภาพของพื้นที่อย่างเต็มที่ อาศัยการอนุรักษ์ ประเพณีวัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น การกินอ้อพญา การสืบชาติตา การตานข้าว ตานเจดีย์ทราย รวมทั้งการปลูก ผักปลอดสาร ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมืองตามวิถีชีวิตของคนป่าซาง

นอกจากนี้ในส่วนของโรงเรียนก็ยังได้แสดงศักยภาพของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็น โรงเรียนปลอด ฆนมดุง ปลอด น้ำอัดลม ในเวทีต่างๆ ทั้งที่ทางโรงเรียนจัดเอง ทางองค์การบริหารส่วนตำบลป่าซางจัดขึ้น และทางเครือข่ายสถานีนามัยในจังหวัดเชียงราย ตลอดจนจนถึงการจัดกิจกรรมของสถานีนามัยเองก็จะมี กิจกรรมเหล่านี้อยู่ จากการที่พื้นที่มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่ทำงานตามวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ทำความเข้าใจของคนในพื้นที่ ร่วมกับชุมชนแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ เกิดการมีสุขภาพะของคนในชุมชนอย่างยั่งยืน

C36 : หน่วยบริการปฐมภูมิกับการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและชุมชน

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 5

นพ.เจดพันธุ ภัทรพงศ์สินธุ์	รพ.หนองบัวระเหว
จิรพันธ์ วงศ์มา	ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่
เพ็ญลักษณ์ ขำเลิศ	รพ.ภาชี
นพ.เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ	รพ.พระนครศรีอยุธยา

จากจุดประกาย...สู่ความหวังที่เกินคาด

จิรพันธ์ วงศ์มา

จากนางฟ้าสีขาวในรอบรั้วโรงพยาบาล ที่มีขอบเขตการบริการภายใต้ข้อจำกัดที่หลากหลายทำให้เห็นว่าการเติมเต็มช่องว่างทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพค่อนข้างเลือนราง เมื่อได้มารับบทบาทให้บริการที่เชื่อมต่อจากชุมชน (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเดิม) แต่ยังคงอยู่รอบรั้วโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ยิ่งมองเห็นช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนกว้างมากขึ้น ซึ่งทำให้ถูกใจคิดอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีหนทางหรือช่องทางไหนหนอที่จะเติมเต็มช่องว่างในการเชื่อมต่อ บูรณาการ และผสมผสานงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลให้เป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งมองดูเหมือนเป็นความฝันที่ยังอยู่ห่างไกล

เมื่อมีนโยบายให้เปิดบริการปฐมภูมิ สิ่งที่เคยฝันไว้นั้นก็ใกล้ความเป็นจริงที่จะทำตามความอยากที่จะเห็นและความอยากที่จะจับต้อง โดยเริ่มแรก ลองชิม ลองจับต้องบริการปฐมภูมิในรอบรั้วโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นน้ำจิ้มที่ได้ลิ้มรสแต่ยังไม่ได้ถึงใจ จึงเกิดความอยากที่จะต่อยอดให้ได้รสชาติของคำว่า บริการปฐมภูมิ บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ทำให้มีแรงผลักดันที่ขับเคลื่อนการเปิดบริการปฐมภูมินอกรั้วโรงพยาบาลขึ้น โดยผ่านการกลั่นกรองทบทวนประสบการณ์ในการทำงานแล้วสรุปเป็นบทเรียน เพื่อเป็นหนทางที่จะเดินไปอย่างช้า ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ที่ยั่งยืน

มีการหยิบยกบริการโรคเรื้อรังมาตั้งต้นที่จะเรียนรู้สู่การบริการที่เข้าถึงผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยมีความตั้งใจที่จะให้เวลาในการพูดคุยหรือให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและชุมชนมากขึ้น เพื่อลดการขาดนัดและการรับยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย ริเริ่มการสร้างหุ่นส่วนของครอบครัว และชุมชนต่อการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็น ที่สำคัญและเป็นหัวใจหลักของการบริการปฐมภูมิ คือการพัฒนาแนวคิดของคณาจารย์ให้เกลียวส่วานของความคิดร้อยเรียงต่อเนื่องอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3 ปี ที่ไม่เคยคาดฝัน ถือว่าเป็นความมหัศจรรย์ของการเรียนรู้ของตนเองและทีมงาน ที่ได้เข้าใจคำว่า “ทีมงาน” เข้าใจคำว่า “ชุมชน” ซึ่งหาได้ไม่่ง่ายนัก และอาจไม่พบในรอบรั้วของ “โรงพยาบาล” ซึ่งมักจะเล่าให้ทีมงานในโรงพยาบาลเสมอ ๆ การหยิบยกการบริการโรคเรื้อรังเป็นตัวตั้ง โดยให้บริการเคลื่อนที่ในหมู่บ้าน นอกจากจะเป็นการตอบสนองความต้องการของตนเองและทีมงานแล้ว จะช่วยเติมเต็มในส่วนที่ขาดของระบบบริการที่เข้าใจและเข้าถึงยากต่อ

การรับบริการในโรงพยาบาลที่ผ่านมา ภายใต้ข้อจำกัดของผู้ป่วยและข้อจำกัดในด้านเวลาของ ญาติ กอปรกับยังตอบสนองความต้องการของทุนทางสังคมในชุมชนที่มีทั้งพลังกายและพลังใจ ที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน อาทิ เช่น การริเริ่มสร้างการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ จิตอาสา มาดูแลผู้พิการในชุมชนที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพวัดห้วยเกียง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัด แยกขยะจนได้รับรางวัลระดับภาค ขณะเดียวกันยังตอบสนองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน การที่จะสนับสนุนให้องค์กรและเครือข่ายสุขภาพให้บริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคให้กับ ประชาชนในพื้นที่ โดยการจัดสรรงบประมาณและการร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล นอกจากนี้ยังมีการเอื้อการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ในการเป็นแหล่ง ศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขรวมทั้งเป็นพื้นที่ในการ ทำวิจัยร่วมกับสถาบันการศึกษา

นี่เป็นส่วนหนึ่งที่พบบนเส้นทางการทำงานของทีมงาน PCU หนองหาร โรงพยาบาลสัน ทวาย ภายใต้ความเหน็ดเหนื่อยและความยากลำบากตลอดเส้นทางการเดินไปสู่ “ การบริการ ปฐมภูมิ” ย่อมบังเกิดสิ่งซึ่งงดงามของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่จะหนุนเสริมในการดูแล สุขภาพประชาชน ซึ่ง ทำให้มีพลังที่จะขับเคลื่อนและสร้างความภาคภูมิใจให้กับทีมงานในที่สุด

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รพ.ภาชี

เพ็ญลักษณ์ ขำเลิศ

ปัจจุบันบริการปฐมภูมิ หรือบริการสุขภาพชุมชน (primary care) ถือเป็นบริการด้าน หน้าที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพราะเป็นระบบบริการสุขภาพ พื้นฐานที่มีเอกลักษณ์ คือการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (holistic) การให้บริการแบบ ผสมผสาน (integrated care) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการยอมรับคุณค่าของบริการสุขภาพชุมชนยังมีอยู่จำกัด ในแง่ หนึ่งเป็นเพราะว่าระบบการบริหารงานสาธารณสุขให้ความสำคัญกับบริการส่วนนี้น้อย แต่อีกแง่ หนึ่งก็สะท้อนว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดย เฉพาะการสร้างคุณค่าและการยอมรับบริการปฐมภูมิทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเองและ กลุ่มวิชาชีพอื่นในระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลภาชีได้ทำงานเชิงรุกในรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยสร้างความเข้มแข็ง ทัศนคติที่ดีของบุคลากรในโรงพยาบาล และ PCU โดยให้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการ พัฒนาตนเองและระบบ

โครงการ

1. หนึ่งชีวิตหนึ่งตำบลคนภาชี
2. ชาวภาชีรวมใจมอบความห่วงใยสู่ชุมชน
3. อยู่อย่างสงบจบชีวิตที่บ้าน

4. ดีช่วยป่วยรวยช่วยจน

ผลที่ได้

1. เป็นการขัดเกลาตนเองให้ยึดมั่นและศรัทธาในการทำงานที่ดี
2. มีทักษะการทำงานและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน
3. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับบริการ
5. มีภารกิจที่ต้องดูแลเพื่อนที่เป็นคนทำงานปฐมภูมิด้วยกันให้เติบโตด้านอุดมคติที่จะทำงานเพื่อสังคม

ห้อง Meeting Room 7

Meet the Expert & Sharing

เชิญชวนรับฟังแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ
และเรื่องราวที่น่าสนใจ
รวมทั้งการนำเสนอประสบการณ์จากพื้นที่
เกี่ยวกับ Patient Safety & Humanized Healthcare

วันที่ 12 มีนาคม 2551

รังสีเทคนิคมืออาชีพ

Living Clinical Laboratory

"AI in Hospital Life" Appreciative Inquiry ตั้งต้นจากสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่

วันที่ 13 มีนาคม 2551

มั่นใจแค่ไหนว่าทำฟันแล้วจะไม่ติดเชื้อ?

Safety solution for dental practice

Hand and Live

Oral Presentation: นวัตกรรม ความปลอดภัย ห่วงใยชีวิต

วันที่ 14 มีนาคม 2551

Oral Presentation: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เหยื่อความตายอย่างสงบ (1)

Oral Presentation: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เหยื่อความตายอย่างสงบ (2)

Oral Presentation: จิตวิญญาณผสมผสานธรรมชาติ นำสู่ความสุข

A27 : รังสีเทคนิคมืออาชีพ
(สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย)

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 7

ผศ.ลัดดา เฉลยกิตติ
รศ.ชวลิต วงษ์เอก
รศ.มานัส มงคลสุข
อำไพ อุไรเวโรจนากร
สละ อุบลฉาย

การที่บุคคลใดจะประกอบวิชาชีพรังสีเทคนิคได้นั้น บุคคลนั้นต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค แต่การที่บุคคลนั้นจะเป็นนักรังสีเทคนิคมืออาชีพได้ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะนักรังสีเทคนิคมืออาชีพคือผู้ที่ มีความชำนาญเป็นพิเศษ มีความสามารถ และรอบรู้ในสิ่งที่ต้องปฏิบัติด้านรังสีเทคนิค และที่เกี่ยวข้อง มีความพร้อมและปฏิภาณไหวพริบ ในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างดี มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้อย่างดี มีความรับผิดชอบและรักษารายชื่อของวิชาชีพรังสีเทคนิคอย่างเคร่งครัด และที่สำคัญคือทำงานด้วยสมองและหัวใจ

การที่นักรังสีเทคนิคต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพนั้น ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง นักรังสีเทคนิคเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร ซึ่งเปลี่ยนไปในทิศทางที่ทำให้องค์กรมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตก็ได้ หากประสงค์ให้องค์กรมีชีวิต นักรังสีเทคนิค โดยเฉพาะนักรังสีเทคนิคมืออาชีพควร ทำตัวเองให้มีชีวิต คำนี้ถึงประโยชน์ของผู้อื่นเป็นหลัก (customer/patient focus) สื่อสารการทำงานระหว่างกันและกันให้รู้เรื่องเข้าใจ ปรับตัวอยู่เสมอ เห็นคุณค่าในตัวเองและองค์กร เลิกคิดแบบทำงานเพียงเพื่อตัวเองรอดไปวันๆ ควรคิดว่า ทำอย่างไรองค์กรจึงจะรอดอย่างถูกต้อง

“บ้านที่ไม่มีชีวิต เป็นบ้านที่ทรุดโทรมเร็วเพราะเกิดจากการทิ้งร้างไม่มีผู้คนอยู่อาศัย บ้านที่มีชีวิต เป็นบ้านที่มีผู้คนที่มีชีวิตอาศัยอยู่”

26 กุมภาพันธ์ 2551
สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย
www.tsrt.or.th

A37 : Living Clinical Laboratory

(สมาคมนักเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย)

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 7

บุญช่วย เอี่ยมโมกลาก

สถาบันบาราศนราดูล

ชวดี นพรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์

คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การพัฒนาคุณภาพในงานจุลชีววิทยา สถาบันบาราศนราดูล

บุญช่วย เอี่ยมโมกลาก (สถาบันบาราศนราดูล)

การพัฒนาคุณภาพในงานจุลชีววิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ สถาบันบาราศนราดูล นั้น ผู้บริหาร ในอดีตได้วางรากฐานไว้ ทำให้นำมาพัฒนาต่อเนืองได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพในงานจุลชีววิทยา ได้แก่การจัดระบบการทำงานที่เหมาะสม เช่น รูปสื่อธิบาย การเก็บสิ่งส่งตรวจและภาชนะที่บรรจุ หมายเลขสิ่งส่งตรวจเพื่อชี้บ่งไม่ซ้ำซ้อน บันทึก รายละเอียดของการเพาะเชื้อในแต่ละวันเพื่อสื่อสารให้ผู้อื่นปฏิบัติงานต่อได้ เก็บสิ่งส่งตรวจและ สไลด์ที่วิเคราะห์แล้วเพื่อให้ตรวจสอบได้ในกรณีที่มีปัญหา เป็นต้น การควบคุมคุณภาพภายใน และการประกันคุณภาพโดยองค์กรภายนอก เช่น ควบคุมคุณภาพน้ำยาและอาหารเพาะเชื้อทุก ชนิดก่อนนำมาใช้งาน มีเชื่อมาตรฐานเพื่อใช้ในการทดสอบคุณภาพ มีการทดสอบความชำนาญ กับองค์กรภายนอก ทั้งด้านแบคทีเรีย รา และไวรัส เป็นต้น

ในด้านการพัฒนาบุคลากรสถาบันฯ สนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรฝึกอบรม สนับสนุนการศึกษาต่อ ให้ทำงานที่ทำทหายความสามารถ มีการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้มีทักษะ เพิ่มขึ้น เป็นต้น การบริหารความเสี่ยงเช่น การประชุมประจำวัน เพื่อสอบถามข้อผิดพลาดและ อุบัติการณ์ต่างๆ โดยหาว่าอะไรผิดและจะแก้ไขป้องกันอย่างไร ไม่ตำหนิว่าใครเป็นผู้ทำ ทำให้ ได้แก้ไขปัญหาในแต่ละวันอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น เครื่องเกลี่ยเชื้อ ตู้ย้อมสี ตู้ เป่าสไลด์ ระบบป้องกันการสลับตัวอย่าง ระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น การขอ การรับรองระบบคุณภาพจากสภาเทคนิคการแพทย์ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านต่างๆมากมาย การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่นมีอาคารห้องปฏิบัติการ ซึ่งจัดห้องเพาะเชื้อให้มีความ ปลอดภัย มีห้องชีวนิรภัยระดับ 3 สำหรับการเพาะเชื้อราและเชื้อไวรัส มีห้องพักเจ้าหน้าที่ ทำ ให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้งานจุลชีววิทยา มีระบบงานที่มี คุณภาพ ปลอดภัย สามารถพัฒนาต่อเนืองเพื่อประโยชน์ของหน่วยงานและของผู้รับบริการทุกระดับ

การจัดการความรู้กับการพัฒนาคุณภาพงานทางห้องปฏิบัติการ

ชวดี นพรัตน์ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เปิดให้บริการตรวจสิ่งส่งตรวจของผู้เข้ามารับบริการตรวจทางสุขภาพ ต่างมุ่งเน้นที่จะนำระบบคุณภาพเข้ามาเพื่อพัฒนาการให้บริการทดสอบให้มีคุณภาพเป็นที่เชื่อถือได้ มีการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามความรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน ของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานก็มีส่วนสำคัญที่จะช่วยทำให้งานเกิดคุณภาพขึ้นได้มาก

การพัฒนาคุณภาพงานของภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในโครงการ Patho-OTOP จึงบูรณาการการจัดการความรู้เข้ามาใช้ร่วมกับหลักการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักในความรู้ที่อยู่ในตัวเขา และสามารถถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นออกมาใช้ในการพัฒนางานประจำให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายของภาควิชา ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานาน รวมกลุ่มกันวิเคราะห์ปัญหาหน้างานและวางแผนปรับปรุงงาน มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยมีทีมพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา

ในระหว่างการทำเนื้องานนอกจากการร่วมกันคิดในทีมแล้ว ยังจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมเพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ มีการสร้างชุมชนเสมือน SmartPath ในเว็บไซต์ Gotoknow.org และเชิญชวนให้บุคลากรเข้ามาเขียนบันทึกถ่ายทอดเรื่องราวการทำงานของตนเองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เมื่อสิ้นสุดโครงการมีการนำเสนอและประกวดผลงาน และมีรางวัลให้กับความทุ่มเท

ผลสำเร็จของโครงการ Patho-OTOP ได้โครงการพัฒนางานระดับดีถึงดีเยี่ยม 22 ทีม เกิดวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร บุคลากรมีความเชื่อมั่นในตนเองและความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับองค์กร ทั้งหมดนี้เป็นการเพิ่มศักยภาพในตัวคนให้พร้อมที่จะพัฒนางานของตนเองต่อไปได้ในอนาคต ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การนำแนวคิดการจัดการความรู้เข้ามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานประสบผลสำเร็จ คือนโยบายของผู้บริหารห้องปฏิบัติการ ที่สนับสนุนให้มีการพัฒนางานและพัฒนาคนอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารอย่างเหมาะสม นำการจัดการความรู้เข้ามาใช้อย่างเป็นธรรมชาติ ปรับให้เหมาะกับบริบทของงาน และคนในองค์กร

ห้องปฏิบัติการกับองค์กรที่มีชีวิต

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์ (คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่สำคัญ ในการประเมินสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพ ช่วยในการวินิจฉัยโรค ผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญในการให้แนวทางการรักษา การประเมินและติดตามผลของการรักษา ตลอดจนการพยากรณ์โรค เนื่องจากโลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ตัวอย่าง เช่น ภาวะโลกร้อน ซึ่งส่งผลให้เกิดทั้งโรคอุบัติใหม่ และโรคกลับอุบัติ

ดังนั้นนอกเหนือจากคุณภาพของการวิเคราะห์แล้ว ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ต้องมีการพัฒนาความรู้ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา ซึ่งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ห้องปฏิบัติการเป็นองค์กรที่มีชีวิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องมีการสนับสนุน ส่งเสริมจากผู้บริหารระดับสูงที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล การที่บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในงานของตน มีขวัญกำลังใจที่ดี มีเกียรติศักดิ์ศรีในการทำงาน มุ่งมั่นในการทำงานโดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือความสำเร็จขององค์กร จะส่งผลให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน บุคลากรที่มีความกระตือรือร้น และใช้เทคนิคการบริหารจัดการเป็นสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการจัดการความรู้ จะทำให้เกิดวัฒนธรรมใหม่และทำให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างแท้จริง

A47 : "AI in Hospital Life"

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 7

สุกานดา เมฆทรงกลด	รพ.พิจิตร
นพรัตน์ เรืองศรี	รพ.พิจิตร
ประภา ราชา	รพ.พิจิตร
ไพฑูรย์ ช่างน้ำ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กระบวนการ Appreciative inquiry เป็นศาสตร์แห่งศิลปะของการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการมองเห็นคุณค่าของคนซึ่งเป็นทรัพยากรอันมีค่าขององค์กรโดยเฉพาะอย่างยิ่ง จุดเด่นของกระบวนการ AI คือการค้นหาความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคนผ่านการบอกเล่าความสำเร็จที่เป็นความภาคภูมิใจที่เกิดจากการปฏิบัติงานในอดีตภายใต้บริบทและวัฒนธรรมขององค์กร มารวบรวมและนำเสนอซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างเข้ามาเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการสร้างเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมการดำเนินงาน ปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลโดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาภายใต้วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนในองค์กร ทำให้สมาชิกเกิดพลังใจที่จะกระทำการพัฒนา อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดมุมมองความคิดเชิงบวก ความคิดใหม่ และเสริมเพิ่มพลังให้เกิดความมีชีวิตชีวาให้กับคนทำงาน ส่งผลในภาพรวมของการพัฒนาศักยภาพของคนและการสร้างสรรค์นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทเรียนรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตรที่เป็นตัวอย่างความสำเร็จในการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการ ความรู้และสร้างความรู้ด้วยการนำกระบวนการ Appreciative inquiry เข้ามาทดลองนำร่อง ในเวทีนี้ ท่านจะได้ เรียนรู้ วิธีการ หลักการ และ เคล็ดลับของการนำกระบวนการ AI ซึ่ง ทีมงานหัวหน้าหอผู้ป่วยรพ.พิจิตร จะได้นำเสนอบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ในกระบวนการเรียนรู้ด้วยการใช้เทคนิค AI ที่ได้มีการบูรณาการต่อยอดในบริบทและวิถีชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐของไทย

B17 : มั่นใจแค่ไหนหน่ว่าทำฟันแล้วจะไม่ติดเชื้อ?

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 7

สุภาพรณั์ พรจนกานู

ทพ.ศิริ ศิริสุรินทร์พร

ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนวงษา

มะลิวัลย์ กรัฑิยตานนท์

ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

รพ.ห้วยแถลง

สมาคมทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

บริษัท 3M (ประเทศไทย) จำกัด

B27 : Safety Solution for Dental Practice

(ทันตแพทยสภา)

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 7

รศ.ทพ.ทองนารถ คำใจ

ผศ.(พิเศษ) ทพ.ไพศาล กังวลกิจ

ทพ.ชุมพล ชมะโชติ

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคือ การสร้างหลักประกันความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ความปลอดภัยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องมากมาย ความปลอดภัยทางคลินิก ถือเป็นเรื่องในลำดับต้นที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญ นับตั้งแต่มาตรฐานการให้บริการ การทบทวนกระบวนการดูแลรักษา การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก และการนำบทเรียนจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจริงมาใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ ทันตแพทยสภาเป็นองค์กรวิชาชีพที่ควบคุมดูแลในด้านมาตรฐานการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพ จัดทำแนวปฏิบัติการรักษาทันตกรรมและส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมในระดับต่างๆ ขณะเดียวกันได้รับพิจารณาข้อร้องเรียนของผู้รับบริการอย่างเป็นธรรม

การอภิปรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวคิดและปรัชญาเรื่องความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านทันตกรรม นำบทเรียนจากคดีร้องเรียนทันตแพทย์มาเป็นกรณีศึกษาเพื่อทบทวนกระบวนการรักษา วิเคราะห์หาสาเหตุของความเสียหาย สำหรับนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดระบบดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อไป

กรณีศึกษาที่นำมาใช้อภิปรายได้แก่ การรักษาฟันเด็กแล้วหมดสติกลายเป็นเจ้าชายนินทรา การถอนฟันแล้วผู้ป่วยเสียชีวิต การถอนฟันแล้วผู้ป่วยเป็นอัมพาต การรักษารากฟันแล้วเกิดการติดเชื้อที่รุนแรง

B37 : Hand and Live

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 7

ผศ.นพ.ยงศ์ รงค์รุ่งเรือง
จรรยา จารย์โยภาส

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รพ.บำรุงราษฎร์

มือบุคลากรการแพทย์และสุขภาพ (Personnel Hand & Health)

ผศ.นพ.ยงศ์ รงค์รุ่งเรือง (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)

การถ่ายทอดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในระหว่างให้หรือรับบริการทางสุขภาพผ่านการสัมผัส (contact) มือของบุคลากรการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดเชื้อก่อโรคระหว่างผู้ป่วยหรือตนเอง หากขาดการจัดการด้านสุขอนามัยของมือ ผู้ป่วยที่ได้รับบริการทางการแพทย์เป็นประจำหรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อาจมีจุลชีพในโรงพยาบาลบางชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ *S. aureus*, *E. coli*, *Acinetobacter*, *Candida spp.* เป็นต้น เพิ่มขึ้น บริเวณตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ทั้ง orifices, บาดแผล, ผื่น, ขี้พับ รวมทั้งผิวหนังปกติ จำนวนจุลชีพแตกต่างกันระหว่างตำแหน่งต่างๆ กัน บริเวณผิวหนังและขาหนีบมีจุลชีพมากกว่าบริเวณอื่น ผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดมีจุลชีพมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น เช่น เหาหวาน ไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผิวหนังอักเสบเรื้อรัง ฯลฯ

การสัมผัสผู้ป่วยบริเวณผิวหนังที่ intact และ non-intact หรือเยื่อต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าห่ม ที่นอน ราวเตียง ฯลฯ อาจถ่ายทอดจุลชีพไปที่มือของบุคลากรการแพทย์ได้ทั้งสิ้น ในการสัมผัสแต่ละครั้ง จำนวนของจุลชีพชนิดกรัมลบจะปนเปื้อนมือได้ระหว่าง 10-1,000 CFUs¹ ส่วนชนิดของจุลชีพมีทั้งกลุ่มก่อโรครุนแรง (virulent) เช่น *S. aureus*, *Clostridium difficile*, ฯลฯ และกลุ่มดื้อยาต้านจุลชีพ เช่น multidrug-resistant Gram negative bacilli การสัมผัสที่ขาดสุขอนามัยอาจก่อให้เกิดโรคติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้

การรักษาสุขอนามัยของมือบุคลากรการแพทย์เป็นพื้นฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อทั้งทางสัมผัสและละออง (droplets) ระหว่างผู้ป่วย/บุคลากรหรือสิ่งแวดล้อม (cross-transmission) การรักษาสุขอนามัยของมือบุคลากรการแพทย์ทำได้ด้วยการทำลายเชื้อที่มือ (hand antisepsis) โดยการล้างมือ (handwash) ด้วยน้ำและสบู่ antiseptic หรือการถูมือ (handrub) ด้วย antiseptic โดยไม่ต้องใช้น้ำ (waterless hand antisepsis)¹ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ alcohol-based preparation เนื่องจาก alcohol ออกฤทธิ์เร็วและลดจุลชีพดีกว่า povidone-iodine และ chlorhexidine gluconate โดยเฉพาะกรณีการปนเปื้อนที่มองไม่เห็น (invisibly soiling) บริเวณมือ เช่น หลังสัมผัสผิวหนังปกติของผู้ป่วยหรือก่อนสัมผัสอุปกรณ์การแพทย์ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ทำบ่อยที่สุด เมื่อผสม alcohol กับสารรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง (skin emollient) หรืออยู่ในรูป gel จะรักษาปริมาณน้ำใน epidermis ดีกว่าการล้างมือ

ด้วยน้ำและสบู่ ช่วยลดการระคายเคืองของมือได้ waterless antiseptic จึงมีความเหมาะสมมากกว่า handwash ในระหว่างการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ การศึกษาส่วนใหญ่ที่นำ alcohol gel มาใช้แสดงให้เห็นถึงอัตราการทำความสะอาดมือที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะที่มีการให้การศึกษาควบคุมตั้งแต่ร้อยละ 41-139 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหน่วยงานของผู้วิจัยพบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ในทุกกลุ่มของบุคลากรการแพทย์

การใช้ alcohol gel มีข้อมูลจำกัดถึงประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ การศึกษาส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการรณรงค์ อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีได้ควบคุมแตกต่างกัน เช่น ประชากร ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม alcohol gel มีแนวโน้มที่จะลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อดังกล่าว การรักษาสุขอนามัยของมือบุคลากรการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นระหว่างการปฏิบัติงาน บริการสุขภาพ การใช้ waterless antiseptic ในกรณีทั่วไปและการล้างมือในกรณีเฉพาะทำให้การปฏิบัติสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยต่อบุคลากรการแพทย์ มีประสิทธิผลในการลดการถ่ายทอดเชื้อและอาจลดอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

ผลการใช้ Multidisciplinary Program เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการล้างมือ

จรรยา จารย์ภาส (รพ.บำรุงราษฎร์)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ประสิทธิภาพการล้างมือเกิดขึ้นอย่างมั่นคงและต่อเนื่อง
2. เพื่อประเมินผลการให้ความรู้โดยใช้ Multidisciplinary program

สิ่งที่รู้

1. การล้างมือช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
2. Hand Hygiene Compliance ของบุคลากรต่ำ
3. Single intervention ไม่ได้ผล ต้องใช้ Multidisciplinary program และต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
4. พื้นฐานทุกคนต้องการทำสิ่งที่ดี

สิ่งที่ท้าทาย :- ทำอย่างไร Hand Hygiene Compliance จึงเป็น 100%

สิ่งที่ต้องเกิดขึ้น

1. เลือกวิธีการที่สอดคล้องกับสถานการณ์และวัฒนธรรมองค์กร
2. ต้องให้มีความมุ่งมั่นและเป็นความรับผิดชอบทั้งในระดับบุคคลระดับองค์กรและระดับผู้บริหาร

วิธีการ

1. ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการทำ Hand Hygiene Compliance อย่างชัดเจน

2. ฝ้ายาล้างมือและอุปกรณ์มีความสะดวกใช้ และเพียงพอ
3. การสังเกตการณ์การล้างมือ และการรายงานที่มีประสิทธิภาพ
4. Patient Safety Walk Round
5. Soft science Education program

การดำเนินการ

ให้ความรู้บุคลากรจำนวน 3,201 คน โดยการสอบถามข้อคิดเห็นทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ และประเมินความมุ่งมั่นของบุคลากรหลังการให้ความรู้

ผลการดำเนินการ

พบว่าบุคลากรแสดงเจตจำนงถึงความมุ่งมั่นในการล้างมือให้ได้ 100% = 60%

ความคิดเห็นก่อนการให้ความรู้ของกลุ่มบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีดังนี้

- การล้างมือที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ไม่ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย = 44.7%
- เหตุผลที่ทำให้ประสิทธิภาพการล้างมือไม่ได้ 100% มากที่สุด คือ พนักงานยังไม่ตระหนักที่จะทำได้ 100%
- เหตุผลสนับสนุนที่ทำให้บุคลากรกล้าเตือนเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์ให้ล้างมือมากที่สุด คือ การได้รับการอนุมัติและการสนับสนุนจากโรงพยาบาล = 55%
- เหตุผลสนับสนุนที่ทำให้บุคลากรไม่กล้าเตือนเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์ให้ล้างมือมากที่สุด คือ เป็นเพราะตนเองไม่ได้ทำและไม่กล้าเตือนแพทย์ = 50%

ความคิดเห็นหลังการให้ความรู้ของกลุ่มบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีดังนี้

- การล้างมือที่ต้องปฏิบัติมากที่สุด คือ การล้างมือก่อนให้การดูแลผู้ป่วย = 91%
- เหตุผลที่ทำให้ประสิทธิภาพการล้างมือไม่ได้ 100% มากที่สุดคือ พนักงานยังไม่ตระหนักที่จะทำได้ 100%
- เหตุผลสนับสนุนที่ทำให้บุคลากรกล้าเตือนเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์ให้ล้างมือมากที่สุดคือ เป็นการช่วยลดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ = 41%
- เหตุผลสนับสนุนที่ทำให้บุคลากรไม่กล้าเตือนเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์ให้ล้างมือมากที่สุดคือ บุคลากรและแพทย์ทราบถึงวิธีการปฏิบัติอยู่แล้ว = 44%

B47 : นวัตกรรม ความปลอดภัย ห่วงใยชีวิต
(Oral Presentation – Patient Safety/Humanized Healthcare)

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 7

ผู้ดำเนินการอภิปราย: นพ.จิรสิทธิ์ เมฆวิชัย (รพ.กรุงเทพภูเก็ต)

Beyond...Network เครือข่ายที่มีชีวิต

รัตนา กรมาทิตย์สุข (รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์)

ใช้การสร้างเครือข่าย (network) ในการพัฒนางานเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 กระบวนการหลักในการส่งต่อผู้ป่วย คือ ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ และจัดรับผู้ป่วย โดยเครือข่ายพัฒนาระบบส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลไปพร้อมๆ กัน

การพัฒนาเครือข่ายเริ่มต้นด้วยการสร้างเครือข่ายเล็กๆ เป็นตัวแทนจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยเริ่มจากการพัฒนาปัญหาพื้นฐานในเรื่องบุคลากร รพ.พยาบาล การประสานงาน แล้วจึงพัฒนาในเชิงลึกในเรื่องการรักษาพยาบาล ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญของหน่วยงาน เช่น การดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยจัดประชุมปีละ 3 ครั้งต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2544 และมีผู้ประสานงานเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานให้มีการแก้ไขเรื่องเร่งด่วนทันที และกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเฝ้าระวัง การประเมินผลในเชิงสร้างสรรค์และชี้้นำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาในผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขวดน้ำมหัศจรรย์พลิกผันสุขภาพ

สมศรี นวรัตน์ (รพ.บ้านลาด)

ทีมงานดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ออกแบบระบบดูแลผู้ป่วย COPD โดย

1. จัดตั้งคลินิก COPD “คลินิกปอดขยายโรคขยายต ”
2. จัดอบรมเรื่อง “อันตรายของการสูบบุหรี่” แนะนำส่งเสริมให้ผู้ป่วย ลด เลิกการสูบบุหรี่ โดยส่งผู้ป่วยเข้ารับรักษาในคลินิก “อดบุหรี่ ”
3. สอนผู้ป่วย “ออกกำลังกายปอด” ด้วยการ “เป่าขวดน้ำ” ที่มีลักษณะคล้าย “คนโท” ปริมาตร 1500 มล. มีชื่อว่า “ขวดน้ำมหัศจรรย์” จะช่วยแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจโดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง
4. สอนและฝึกผู้ป่วยด้วยเทคนิคการหายใจโดย “การห่อปาก” (Purse-Lip breathing)
5. จัดการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล โดย “อบรมให้ความรู้” เรื่องโรค สาเหตุ อาการแสดง การดำเนินและการพยากรณ์โรค ยาที่ใช้ วิธีการใช้ยาชนิดสุดท้ายที่ถูกต้อง การ

เก็บรักษายา (ทีมงานค้นพบนวัตกรรม “ปฏิทินยา ” ใช้สำหรับผู้ป่วยที่หลงลืม ความจำไม่ดี อยู่คนเดียว หรือต้องรับประทานยาหลายชนิด)

6. การไปเยี่ยมบ้าน (HHC) ผู้ป่วยตามแผนที่ดูแลสุขภาพ (Care Mapping) ทุกคน สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละคนได้ตรงประเด็นกับปัญหาของผู้ป่วย

7. การจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนตาม “นโยบาย 6 อ.”

ผู้ป่วยฟอกไต ปลอดภัย เพราะเรา มีใช้โซคช่วย

พิกุล สุรารักษ์ (รพ.โพธาราม)

ใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือดเป็นเครื่องมือประกันความปลอดภัยให้ผู้ป่วย มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ญาติ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแล มีการสื่อสารสองทาง ตั้งเป้าหมายที่ปรารถนาาร่วมกัน และการเสริมพลังความดี รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพเป็นของตนเอง อีกทั้งเรายังผลักดันให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากฟอกเลือดด้วยการ จัดให้มีผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายกรณี เพื่อการติดตามดูแลครบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ด้วยการ จัดลำดับผลการฟอกเลือดดีเด่น ด้วยกำแพงเมืองเชียงใหม่ ในบางครั้งมีการมอบหมายให้ผู้ป่วย รับผิดชอบเป็นผู้ช่วยพยาบาล ติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเองกรณีความดันโลหิตสูง สุดท้ายเราเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง

Medication Reconciliation

ระบบการดูแลยาเดิมและความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาบนหอผู้ป่วย

ภญ.ภาวนา โสภณจิตร (รพ.เชียงใหม่)

ปรับกิจกรรมการดูแลยาเดิมของผู้ป่วยหรือโครงการ “ยาเก่าแลกยาใหม่” มาเป็น Drug (Medication) Reconciliation หรือระบบการดูแลยาเดิมและความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ด้วยการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้มีการเรียกเก็บยาเดิมของผู้ป่วยทุกรายในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนำส่งแก่ห้องยาเพื่อให้เภสัชกรมีโอกาสทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่บ้านกับคำสั่งใช้ยาปัจจุบัน โดยยึดบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้าน เป็นพื้นฐานในการสั่งใช้ยา ตลอดจนตรวจสอบแหล่งที่มาของยาที่ได้รับทั้งหมด เปรียบเทียบ รายการยาปัจจุบันกับคำสั่งการรักษา เพื่อดูว่ามีการละเลย การซ้ำซ้อน ความคลาดเคลื่อนทางยาและโอกาสเกิดอันตรกิริยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาอื่น ทั้งนี้ได้มีการกำหนดนโยบาย และแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของ ผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งมีการให้ข้อมูลรายการยาเดิมแก่ทีมดูแลผู้ป่วยผ่านแบบฟอร์มรายการยา เดิมที่แยกต่างจากแบบฟอร์มอื่นๆ เพื่อให้เห็นชัดเจน และเภสัชกรเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่แพทย์โดย ทันทีกรณีเกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา นอกจากนี้ยาเดิมทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ถูก

นำมาบริหารจัดการให้แก่ผู้ป่วยตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ตามระบบการกระจายยาแบบหนึ่งวัน หรือ Daily Dose System เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและสามารถลดมูลค่ายาในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีรายการยาเดิมที่อยู่ในสภาพดีและเป็นรายการยาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ซึ่งระบุว่าใช้ยาเดิม

จากการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน 2550 เกสัชกรมีโอกาสนสอบสวนรายการยาเดิมของผู้ป่วยเป็นจำนวนทั้งหมด 2,025 รายการ และถูกนำกลับมาใช้ต่อตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องและเกิดความสอดคล้องทางยา คิดเป็นมูลค่ายา 67,278 บาท นอกจากนี้เกสัชกรยังมีโอกาสตรวจจับและค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยาประเภทการจ่ายยาผิด (Dispensing Error) ที่มีความรุนแรงระดับสูง (E) 1 รายและพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug Related problem) จำนวน 145 ครั้ง แยกเป็น Additional Drug Therapy, Adverse Drug Reactions และ Dosage Too Low เป็นจำนวน 98, 20 และ 13 ครั้งตามลำดับ

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการจากโรกระบบประสาท

โดยให้ความสำคัญต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

พ.ต.ท.นพ.โสภณนรินทร์ สิงหารุจ (รพ.ตำรวจ)

ผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคทางระบบประสาทมักเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนตามมาอย่างมากอันเป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากการประเมินพบว่าสภาพร่างกายของผู้ป่วยนั้นรักษาควบคุมได้ แต่สภาพจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นปัญหาใหญ่ประกอบด้วย ความกลัว ท้อแท้ และสิ้นหวัง

ญาติคือกำลังสำคัญที่สุดที่จะพลิกฟื้นชีวิตและจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นที่รักและร่วมพิธีกรรมไหวของครอบครัวต่อไป แต่ผู้ป่วยจำนวนมากกลับถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการเหลียวแล เป็นเพราะญาติมีปัญหามากมายอย่าง

ทางโรงพยาบาลตำรวจได้ศึกษาปัญหาที่ประเมินได้ จากสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ โดยทำโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” มาแก้ปัญหา โดยให้บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เกสัชกร นักโภชนาบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล มาร่วมกันจัดประชุมให้ความรู้ ฝึกฝน กับญาติผู้ป่วย ครั้งละ 200 ครอบครัว โดยมีการประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติก่อนเข้าอบรมและประเมินความรู้อีกครั้งหลังจบการอบรม

จนพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติมีความรู้ มั่นใจ ชำนาญ อย่างถูกต้องตามมาตรฐานพร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน อีกทั้งยังสร้างหน่วยงานที่ติดตามผลการรักษาต่อเนื่องและในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้เข้าอบรม ได้จัดตั้งเครือข่ายให้คำปรึกษาพึ่งพาซึ่งกันและกัน เช่น การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยพยุงเดิน รถเข็น เป็นต้น

เมื่อประเมินผลการรักษา พบว่า อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน รพ., อัตราการกลับมา
รักษาเป็นผู้ป่วยในของ รพ. และอัตราตายลดลงอย่างชัดเจน ที่สำคัญที่สุด คือสภาพจิตใจของ
ผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีความกังวลใจ พร้อมทั้งจะต่อสู้กับโรคร้ายอย่างไม่ย่อท้อและกลับมาเป็นร่มโพธิ์
ร่มไทรของครอบครัว เพราะได้ความรักและการดูแลที่ได้มาตรฐานจากญาติอันเป็นที่รัก

C17 : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เจริญความตายอย่างสงบ (1)

(Oral Presentation - Humanized Healthcare)

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Meeting Room 7

ผู้ดำเนินการอภิปราย: พ.อ.นพ.ดุสิต สถาวร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ (รพ.ลำปาง)

ความตายกับหัวใจของการให้

วิมลนันท์ ทรัพย์วรราชย์ (รพ.น้ำพอง)

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลน้ำพองได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในตึกผู้ป่วยในและในชุมชนแต่เป็นการดูแลแบบแยกส่วนกัน เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้านพยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่ดูแลโดยที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่ได้ติดตามอาการต่อ หากผู้ป่วยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลน้ำพองซึ่งมีพยาบาลชุมชนที่ได้รับการฝึกทักษะทางด้านดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้วก็จะได้รับการดูแลจากพยาบาลชุมชนในระยะสุดท้ายเมื่ออยู่บ้าน แต่ถ้าอยู่ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลพื้นที่นั้นยังไม่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้เวลาและมีศิลปะในการเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยแก้ไข้ปัญหาและได้รับการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสียชีวิต การส่งต่อด้วยคำพูดบอกอาการ รายละเอียด สภาพปัญหา เป็นการส่งต่อที่ส่งต่อได้ง่าย แต่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดจากการที่เราเห็นปัญหาเข้าไปช่วยเหลือ มีอารมณ์ความรู้สึกร่วมและการสร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดความไว้วางใจที่ผู้ป่วยและญาติมอบให้ นั้น ควรต้องได้รับการสานต่อมิใช่แค่ส่งต่อ เพราะเป็นหัวใจสำคัญในการเยียวยาสภาพจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ

และด้วยวัฒนธรรมความตายของคนพื้นถิ่นอีสานส่วนใหญ่ต้องการนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วเราจะทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปอยู่บ้าน จะได้รับการดูแลตามคำแนะนำที่ทางโรงพยาบาลให้ไปจริง ทางโรงพยาบาลน้ำพองจึงจัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้น โดยพยาบาลในตึกผู้ป่วยเริ่มดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หลังจากนั้นมีการโทรศัพท์ติดตามอาการเป็นระยะๆ และออกเยี่ยมบ้านโดยประสานงานและดูแลร่วมกับพยาบาลในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยวิถีชาวพุทธ

พ.อ.หญิงรัชนีวรรณ พันธุวงษ์ (รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์)

สายใยแห่งรัก

พิมพ์นภา แซ่โซว (รพ.เสาไห้)

ภาพชายชรารูปร่างผอมบางนอนอยู่บนเตียงผู้ป่วย มีผ้าสีเหลืองพันรอบกายท่อนล่าง ร่างกายเป็นอิสระจากสายระโยงระยาง มีเพียงสายให้อาหารทางจมูกเท่านั้นที่ถูกพาดขึ้นไปบนหมอนด้านข้างศีรษะ สายตาที่ดูแห้งแล้งคู่นั้นเหม่อมองเพดานห้องอย่างไร้จุดหมาย บางครั้งก็จะเอียงหน้ามองผู้คนที่เดินผ่านไปมา เสียงพูดคุยและรอยยิ้มที่ทำให้กำลังใจของญาติผู้ป่วยข้างเตียง ทำให้ชายชรายกแขนขึ้นพาดศีรษะด้วยแหวดาคุ่นคิด ก่อนที่จะปิดลงด้วยความอ่อนเพลีย

เดือนกว่าแล้วที่พวกเราพบว่า พระภิกษุชรารูปนี้ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยม มีเพียงพระที่อยู่วัดเดียวกันมาเยี่ยมสองสามครั้ง เคยถามถึงญาติ ภรรยาหรือบุตร ท่านบอกว่าภรรยาเสียชีวิตไปนานแล้ว มีลูกอยู่สองคนก็ไม่ได้ติดต่อกันมา 2 ปีกว่าแล้ว อย่าไปพูดถึงเขาเลย น้ำเสียงเต็มไปด้วยความความสะเทือนใจ ดิฉันได้คุยกับพระที่วัดเดียวกันที่มาเยี่ยมก็บอกว่าไม่เคยพบลูกๆ ของท่านมานานแล้ว หลายครั้งที่เข้าไปถามถึงลูกท่านจะไม่ยอมพูดอะไร นอกจาก “อย่าไปพูดถึงเขาเลย ตายแล้วก็เฒ่าไป”

ชายชราคนหนึ่งที่มีลูกถึงสองคน บัดนี้ท่านป่วยเป็นมะเร็งที่โคนลิ้นระยะสุดท้าย ท่านจะต้องจากไปโดยไม่ได้เห็นแม่แต่ลูกๆ หรือ ? มีปัญหาอะไรก็ตามสำหรับครอบครัวนี้ที่ยังค้างคาใจ หรือไม่เข้าใจกันอยู่หรือ? ท่านไม่ต้องการพบลูกๆ ของท่านจริงๆ หรือ? คำตอบมีอยู่แล้วในใจของดิฉัน ในที่สุด จากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ดิฉันก็ได้รายชื่อลูกๆ ของท่านมา รายละเอียดที่มีคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป อายุประมาณ 42 และ 45 อาศัยอยู่ในอำเภอนี้ จังหวัดนี้ การค้นหาจึงเริ่มขึ้น จากโทรศัพท์ปรึกษาตำรวจที่ สภ.ตำบลเสาไห้ การค้นหาสถานีอนามัยในตำบลที่คิดว่าลูกท่านอาศัยอยู่ ให้ข้อมูลไว้และเผื่อรอคำตอบ หนึ่งในอาทิตย์ผ่านไป ยังไม่มีข้อมูลเพิ่ม หลังปรึกษาในทีม คิดว่ายังมีอีกวิธีหนึ่ง คือค้นรายชื่อ-สกุลจาก ระบบ online จากความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันของโรงพยาบาล แต่เมื่อเข้าไปจริงๆ ก็พบว่าไม่ง่ายเลย มีคนชื่อสกุลเดียวกันเกือบ 10 คน ในตำบลต่างๆ ดิฉันประมวลจากเพศและอายุที่ใกล้เคียงกับที่ท่านบอก และส่งไปรษณียบัตร ไปถึงพวกเขาแบบสุ่มๆ ถ้าพวกเขาเป็นลูกของผู้ป่วยจริงๆ เขาคงมาเยี่ยม ดิฉันเผื่อรอคอยด้วยความตื่นเต้น ที่ครอบครัวจะได้พบกัน และแล้ว วันนั้นก็มาถึงเมื่อดิฉันมาถึงหอผู้ป่วยในตอนเช้า น้องๆ มาบอกว่าลูกๆ ผู้ป่วยที่เราค้นหาแล้ว ดิฉันดีใจมาก เราทำสำเร็จแล้ว ดิฉันรีบไปเยี่ยมผู้ป่วยทันที พบลูกชาย หญิงของท่านยืนอยู่ และหยิบไปรษณียบัตรที่ดิฉันส่งไปให้ดู และขอบคุณที่ได้ไปรษณียบัตรนี้ และบอกว่าพวกเขาติดตามหาพ่ออยู่ตลอด แต่ไม่ทราบว่าจะไปอยู่ที่วัดไหน เหมือนท่านย้ายวัดไปๆ มาๆ จากวันนั้นแหวดาค

ของท่านมีความสุข มีเสียงพูดคุย กับลูก และลูกๆ ก็ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลท่าน ท่านได้ปฏิบัติ
สวดมนต์ภาวนา จนวันสุดท้ายที่ท่านจากไปอย่างสงบ เป็นความสงบที่ดิฉันได้พบในทุกขั้นตอน
ของชีวิต ในช่วงของการเจ็บและตาย เป็นบทบาทของธรรมชาติล้วนๆ ไม่มีเรื่องของการยึด
ความตายหรือฝืนธรรมชาติ นอกจากการให้ยาบรรเทาอาการปวด

เรื่องราวของท่านได้ถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำของดิฉันและน้องๆ ในแผนกทุกคน
ด้วยความภูมิใจ ที่ได้ทำหน้าที่ของพยาบาลและบทบาทของความเป็นเพื่อนมนุษย์ ท่านได้ให้
ธรรมะแก่เรา ความตายเป็นธรรมะและเป็นธรรมชาติ

การป้องกันการฆ่าตัวตาย

ชลสินธุ์ ศรีลาศักดิ์ (รพ.บางไทร)

C27 : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เฝ้าชมความตายอย่างสงบ (2)

(Oral Presentation - Humanized Healthcare)

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 7

ผู้ดำเนินการอภิปราย: จันทร สังข์สุวรรณ (รพ.ตากลิ)

ทำบุญครั้งสุดท้าย

อุษณีย์ จรเขต (รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา)

เรื่องราวของพยาบาลเวรตรวจการที่พบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเหงาและว่าเหว
ต้องเข้าๆ ออกๆ รพ.หลายครั้ง ต้องใช้ความพยายามในการสร้างความสัมพันธ์

แรกๆ ป้าดุงไม่ค่อยพูด.....ถามคำตอบคำการเยี่ยมบ่อยครั้งทำให้ป้าดุงคุ้นกับเรา
มากขึ้นป้าจะไม่ค่อยถามถึงอาการของตนเอง มักจะคุยถึงสิ่งต่างๆรอบตัว มากกว่า แต่สิ่งที่
ป้าดุงพูดถึงและมีความสุขทุกครั้งทีกว้างถึงก็คือพูดถึงน้องสาวและอาชีพของตนเอง
.....น้ำเสียงดูมีความสุขและความภูมิใจ เสมอ

แม้จะทำใจได้ แต่ก็ยังเป็นห่วงน้องสาว

เราถามป้าดุงเสมอว่าต้องการใส่บาตรไหมเราจะนิมนต์พระให้แต่ป้าดุงก็ปฏิเสธทุกครั้ง
บอกจะลงไปทำบุญเอง วันแล้ววันเล่าป้าดุงก็ไม่ได้ลงไป จนกระทั่งวันนี้

ป้าดุงอาเจียนบ่อยครั้ง ไม่มีเรี่ยวแรง แม้แต่จะหายใจ.....สัญญาณชีพต่างๆเริ่ม
เปลี่ยนแปลง เราถามป้าดุงว่าป้าจะใส่บาตรไหม เราจะนิมนต์พระมาให้ ป้าไม่ตอบแต่พยัก
หน้าช้าๆ สายตาที่ป้ามองเรานั้น เป็นเหมือนคำขอบคุณที่ลึกซึ้ง เราจับมือป้าและบอกว่า
.....ป้ารอก่อนนะ..... ซึ่งขณะนั้นเป็นเวลา ป้ายสองเราโทรนิมนต์พระ.....บอกท่านว่า
ขณะนี้ผู้ป่วยอาการหนักต้องการใส่บาตรท่านรับนิมนต์ทันทีและจะเดินทางมาเอง

เราโทรแจ้งน้องสาวป้าดุงว่า ขณะนี้ป้าดุง อาการทรุดลงขอให้มาเยี่ยมด่วน..... แต่
น้องสาวป้าดุงบอกว่าเพิ่งกลับจากเยี่ยม แต่ขณะนี้อาการทรุดลงมากขอให้กลับมาด่วน เราได้
รีบลงไปซื้อของเพื่อถวายสังฆทาน เราทั้งวิ่งและเดินเพราะกลัวจะไม่ทันการ ป้าดุงได้ฟังธรรม
ถวายสังฆทาน.....กรวดน้ำ ด้วยตัวของป้าเอง น้องสาวของป้าดุงมาทันบอกลา หลังจากนั้นไม่
นานป้าดุง ก็หายใจแผ่วลง แผ่วลง ๆ..... ป้าดุงจากน้องสาวไปอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พัชรินทร์ แก้วรัตน์ (ศูนย์มหาวชิราลงกรณ รัชฎบุรี)

นิทานธรรมะกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ศิริมา โคตตาแสง (รพ.หนองกุงศรี)

การดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ (รพ.สรรพสิทธิประสงค์)

โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง

ไพรินทร์ สมบัติ (รพ.สมเด็จพระยุพราชบัว)

เราเริ่มดำเนินการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2547 หลังจากบางหอผู้ป่วย นำร่องใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว พบว่า “Guideline is not a cooked book.” การนำ Guideline ไปสู่การปฏิบัตินั้นยังต้องอาศัย “ทักษะ” ที่เชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ นอกจากนั้นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าทักษะ นั่นก็คือ ...ใจ... โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องอาศัยจิตใจที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

เราปรับปรุง Guideline ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัวอีกครั้ง โดยอาศัยหลักการปฏิบัติบนหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ตามแนวทางของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (The Thailand Center for Evidence – Based Nursing and Midwifery : A Collaboration Centre of The Joannabriggs Institute) ซึ่งทำให้CPG ของเรามีความน่าเชื่อถือตามหลักวิชาการมากขึ้น

แต่ก็อีกนั่นแหละ ด้วย “Guideline is not a cooked book”... ที่ทีมงานของเราซึ่งแต่เดิมไม่ได้มีใครที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนเลย จึงต้องชวนขวายเรียนรู้ด้วยตนเอง...มีผู้รู้ท่านหนึ่งกล่าวไว้ว่า ถ้าจะรอให้มีความรู้เต็มที่เสียก่อน ที่จะทำอะไร ในบางครั้งเราก็อาจจะไม่ได้ทำเลยซักเรื่อง ขอเพียงเรามีใจรักที่จะทำ และชวนขวายที่จะเรียนรู้ ทำไปด้วย เรียนรู้ไปด้วย สร้างเครือข่าย แสวงหากลุ่มคนที่สนใจร่วมกัน งานนั้นก็สำเร็จได้...เราได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากบทความ เอกสาร ตำรา และการเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยจริง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มคนผู้สนใจในโรงพยาบาล นอกจากนั้นเราก็มีช่องทางแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทาง Internet ด้วย เช่น ในWeb blog ต่างๆ ใน <http://gotoknow.org> ซึ่งจะมีปรมาจารย์ทางด้านนี้มาเขียน บอกเล่าเรื่องราว ให้เราได้ศึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากมาย

ในระหว่างที่พวกเราทำไปด้วยเรียนรู้ไปด้วย เราก็ได้สร้างเครื่องมือต่างๆที่จะช่วยให้การดูแลของเราตามแนวทางที่กำหนด มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างเช่นเรามีเครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวด มีแบบบันทึกความเจ็บปวดที่ให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้บันทึกเอง ซึ่งใช้บันทึกต่อเนื่องได้ถึงที่บ้าน มีเอกสารคำแนะนำต่างๆ รวมทั้งมี CD เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แก่

ผู้ป่วยและญาติเป็นต้น ซึ่งจากนี้ไปเราก็มีแผน ที่จะจัดการประชุมเล็กๆ เพื่อเป็นการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มคนที่สนใจ เป็นประจำในโรงพยาบาล

กระบวนการดูแลร่วมกันของ Patient care team เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามา Admit แพทย์จะเป็นผู้ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่...ถ้าใช่ แพทย์ก็จะเขียนระบุลงไปใน chart ว่าแจ้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย... พยาบาล ward ก็จะมีการแจ้ง case มาที่ APNs Case manager เพื่อเข้าไปร่วมดูแลตามแนวทางที่กำหนด พร้อมกับประสานทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องโดยตรงเราก็ยังมีบุคลากรที่มีจิตอาสาร่วมด้วย อย่างเช่นคุณพี่สว่าง (เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำห้อง Lab) ซึ่งก็จะช่วยทางทีม ในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่คนไข้และครอบครัวที่เป็นคริสเตียน เป็นต้น ในการดูแลนั้นเราเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ในเชิงรุก ทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งเมื่อมีการจำหน่าย ก็มีการวางแผนและดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เรามีช่องทางติดต่อทางโทรศัพท์ เป็น Hot line 24 ชั่วโมง เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งก็ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี กรณีมีการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนอกจากเราจะดูแลตามแนวปฏิบัติฯ (องค์ประกอบที่ 10 การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต)แล้ว ทางทีมงานของเราก็มีการสรรสร้างกิจกรรมที่เป็นการแสดงถึงความเคารพถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย นั่นก็คือ กิจกรรมการคารวะศพ นั่นเอง

ทำแล้วได้อะไร เราได้ดูแลคนไข้กลุ่มนี้มาด้วยกันทั้งสิ้น 32 ราย ในระยะเวลา 9 เดือน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงปริมาณอย่างแรก คือ Palliative outcome โดยแบบวัด POS (Palliative Outcome Scale) ใช้วัดได้ในที่ผู้ป่วยที่ยังรู้สึกดีอยู่ ผลก็คืออยู่ในระดับดีขึ้นไปทั้งหมด อย่างที่ 2 วัดที่ความพึงพอใจในการดูแล โดยแบบวัดที่สอดคล้องกับ 10 องค์ประกอบของแนวปฏิบัติ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ที่ ร้อยละ 85.90 อย่างที่ 3 วัดที่การตายดี (Good death)ซึ่งก็พบว่า ผู้ป่วยที่เราดูแลและเสียชีวิตไปแล้ว Good death ที่ร้อยละ 78.26 โดยรายที่ไม่ Good death ส่วนหนึ่งเนื่องจากญาติขอใส่ Endotracheal Tube เพื่อรอลูกที่อยู่ต่างจังหวัด บางส่วนเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งรับการดูจากทีมฯ ไม่ถึง 24 ชม

นอกจากนั้นเรายังได้ผลลัพธ์ที่ออกมาในรูปแบบของ คำชื่นชม รอยยิ้ม แววตาและคำขอบคุณ ซึ่งบอกไม่ได้ถึงมูลค่า

ตัวชี้วัดในมุมมองของผู้ให้บริการ เดิมเราวัดที่เปอร์เซ็นต์ของปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แต่วัดไประยะหนึ่งแล้ว พบว่าไม่เป็นปัญหา เนื่องจากเรามีเจ้าภาพในการดูแลที่ชัดเจน จึงเลิกวัดไปในที่สุด

อีกสิ่งหนึ่งที่พวกเราไม่ได้วัด แต่รับรู้ได้ด้วยใจของตนเอง ว่าเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานนี้ นั่นคือ จิตใจของตนเองที่อ่อนโยนขึ้น เราไม่เพียงแต่ได้ช่วยคนอื่น เรายังได้พัฒนาตนเองไปในคราวเดียวกัน อีกด้วย

C37 : จิตวิญญาณผสมผสานธรรมชาติ นำสู่ความสุข (Oral Presentation - Humanized Healthcare)

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Meeting Room 7

ผู้ดำเนินการอภิปราย: นพ.นพดล วณิชฤดี (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

การดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณในกลุ่มโรคเรื้อรัง/ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นางลักษณ์ เต็งประวัติ (รพ.สุรินทร์)

ประยุกต์ธรรมนำสิ่งดีคืนสู่หัวใจผู้ป่วยจิตเวช

เสาวกร ปานเพชร (รพ.สวนสราญรมย์)

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ไม่มีญาติ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทีมการพยาบาลต้องดูแลให้เกือบทั้งหมด ทำอย่างไรที่จะพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส จากการทบทวนวรรณกรรม ความรู้วิชาการ ผลงานวิจัยต่างๆ จึงได้พบว่าหลักธรรมคำสอนของพระพุทธองค์บนพื้นฐานหลักอริยสัจ 4 สามารถนำมาประยุกต์ในการดูแลได้ จึงได้นำหลักธรรมเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และเผยแพร่สู่บุคลากรทุกระดับในหอผู้ป่วย มีดังนี้ ศีลห้า พรหมวิหาร 4 สังคหวัตถุ 4 อิทธิบาท 4 บุญกิริยาวัตถุ 10 และมงคลชีวิต 38

จากการทบทวนด้วย C3THER และตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้ง 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทำให้ระบุปัญหาและความต้องการการดูแลที่ชัดเจนได้ หลังจากประชุมปรึกษากันแล้ว ทีมงานได้ไปทบทวนความรู้วิชาการในการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกเรื่อง

ทีมการพยาบาลทุกคนจะเล่าสู่กันฟังถ่ายทอดความรู้สึกดีๆ ทุกๆวันที่ส่งต่อเวร มีอารมณ์ขันและเต็มใจให้บริการ ดิฉันสังเกตดูสีหน้าแววตาทุกคนเปี่ยมล้นด้วยความเอื้ออารีย์ มีความเมตตา อยากให้ผู้สูงอายุท่านนี้ มีความสุข ก็ให้ความช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ และติดตามประเมินใส่ใจเอาใจใส่จากใจถึงใจ มีการวางแผนต่อพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

คำพูดของทีมการพยาบาลที่ตื้นตันใจและประทับใจคือ “พวกเราต้องดูแลท่านเหมือนดูแลพ่อแม่หรือญาติของตัวเอง” “พวกเราอยู่ที่นี่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทั้งนั้น เราต้องใช้หลักความเมตตาสงสาร ต้องอดทน ไม่โกรธกับพฤติกรรมของคนไข้ ดีใจที่ได้ทำบุญ” “พวกเราอยู่ที่นี้ไม่ได้ไปทำบุญตักบาตรหรือตักข้าวใส่บาตรพระกันบ่อยๆก็จริงอยู่ ขณะที่เราป้อนข้าวผู้ป่วยให้ถือว่าการที่เราตักข้าวใส่ปากผู้ป่วยคือการตักข้าวใส่บาตรพระก็แล้วกัน”

สายหยุดผู้ไม่เคยหยุดหวัง

สุธิมา บุตรรัตน์ (รพ.บ้านลาด)

อาทิตย์อัสดง....sunset

การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต

พญ.บุษกร พัวเกาศัลย์ (รพ.ทุ่งใหญ่)

สิ่งที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายต้องการมากที่สุดคือ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ให้ครอบครัวรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณความเชื่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้าน

กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 7 ขั้นตอน

ก. ชั้นเตรียมรับผู้ป่วยใหม่ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต และได้ให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาล OPD / ER โทรประสานงานกับหอผู้ป่วยใน 1 เพื่อบอกข้อมูลผู้ป่วยและอุปกรณ์พิเศษที่จะต้องให้กับผู้ป่วย

ข. ชั้นตอรับผู้ป่วย รับผู้ป่วยไว้ในห้องพิเศษที่เตรียมไว้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีพยาบาล Manager คอยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ค. ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในวันที่ 2 ของการนอนพัก พยาบาล Manager มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติให้ครบถ้วน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณความเชื่อ โดยใช้วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติได้ระบาย ปรีกษา และใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โครงการอาทิตย์อัสดงโรงพยาบาลทุ่งใหญ่
2. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วย โครงการอาทิตย์อัสดงโรงพยาบาลทุ่งใหญ่
3. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

นำข้อมูลที่ได้นำมาร่วมทบทวนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ง. ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เช่น ประเมินด้านการทำแผล การเตรียมและการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และประสานกับทีม Home Health Care (HHC) เพื่อเตรียมสภาพความพร้อมของที่บ้าน

จ. ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ประสานงานฝ่ายบริหารทั่วไป เพื่อขอรถพยาบาลนำส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยมีพยาบาล Manager นำส่งทุก Case

ฉ. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน มีการออกเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ ในกรณีฉุกเฉิน มีการประสานงานระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยใน 1 กับหน่วย EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ไปรับผู้ป่วยที่บ้านได้ทันที

ช. **ขั้นตอนหลังผู้ป่วยเสียชีวิต** ตัวแทนจากทีมดูแลผู้ป่วยให้กำลังใจญาติ และร่วม
ทำบุญนำพวงหรีดไปเคารพศพ

ห้อง Meeting Room 10

Short Movie & Happy World Café

มิติใหม่ของการนำเสนอและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น
เพื่อให้เกิดการผุดบังเกิดความคิดใหม่ ๆ

วันที่ 12 มีนาคม 2551

Oral Presentation: เบาหวาน แต่ไม่เบาใจ

Short Movie หนังสือที่เลือกสรรแล้ว 9 เรื่อง

วันที่ 13 มีนาคม 2551

World Café ศิลปะบำบัดกับการดูแลผู้ป่วย

สุนทรียสนทนา แก้ปัญหาได้จริงหรือ

จากการเริ่มต้นสู่การทำจริงของ Humanized Healthcare

ทำอย่างไรให้โรงพยาบาล (ของเรา) เป็น Living Organization

วันที่ 14 มีนาคม 2551

Happy Organization & Imaginary Hospital

Healthy & Happiness = Healthpiness

Education + Creative = Educreative

Volunteer + Entertainment = Voluntainment

A2X : เบาทหวาน แต่ไม่เบาใจ

(Oral Presentation)

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Meeting Room 10

ผู้ดำเนินการอภิปราย: พ.ต.หญิงธมนพัชร์ สิมากร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

คนเมืองกับคนชนบท ความ (ไม่เท่าเทียม) เรื่องเบาหวาน

วรรณภรณ์ กลิ่นสุข (รพ.กะสัง)

ดอกมะลิบานในใจเราเสมอ

พญ.สุรชาติพิชญ์ธรรมชาติ (รพ.นาหม่อม)

จากนโยบายสู่การปฏิบัติ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยใจ

นพ.สมพงษ์ จันทรโอวาท (รพ.แกดำ)

การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตท้องถิ่น

เยาวพา สิงห์สถิต (รพร.ด่านซ้าย)

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

สรัญญา พิจารณ์ (รพ.ดอยสะเก็ด)

A3X-A4X : Short movie

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Meeting Room 10

หนังสือ เป็นวิธีการนำเสนอแนวคิดและประสบการณ์การทำงานคุณภาพอีกวิธีหนึ่งที่สามารถสื่อความหมายให้ผู้ชมเกิดความเข้าใจและความประทับใจได้ในเวลาสั้นๆ และอาจจะได้มากกว่าการรับฟังถ้อยคำประโยคยาวๆ

เมื่อปี 2550 พรพ.ได้จัดประกวดหนังสือในกลุ่มนักศึกษาภายในชื่อเรื่อง Love My Patients ทำให้ได้เห็นศักยภาพของนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในการจัดทำหนังสือซึ่งจะได้นำหนังสือที่ชนะการประกวดมานำเสนอในห้องนี้

พรพ.เห็นว่าควรเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้ถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ จึงได้เชิญชวนให้โรงพยาบาลส่งหนังสือเข้ามารับการคัดเลือกเพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งนี้

นอกจากนั้น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งส่งเสริมให้นักศึกษาจัดทำหนังสือ ก็ได้ส่งหนังสือของนักศึกษาเข้ามาร่วมนำเสนอด้วยเช่นเดียวกัน

ลำดับที่	โรงพยาบาล	ชื่อเรื่อง
1.	สมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่	แปงแวง
2.	พะเยา	สุขภาพดี อยู่ที่เรช่วยกันสร้าง
3.	นครพนม	ที่นี่...มีรัก
4.	สวนปรุง	การช่วยเหลือแบบองค์กรรวม
5.	เขาวง	คุณยาย
6.	แม่ทา	EMS
7.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	The ICU วิกฤตแห่งชีวิต
8.	จิตเวชสระแก้ว	INTERNET
9.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Enough II

B1X-B4X : World Café สนทนาเบิกฟ้า เปิดโลกา

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-16.30 น. ห้อง Meeting Room 10

ดร.นพ.สกล สิงหะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.วรวิทย์ ไชวัชรกุล รพ.สันทราย

วันที่ 11-14 มีนาคม 2551 นี้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะจัด National Forum of Hospital Accreditation (HA) ขึ้นที่ IMPACT เมืองทองธานี เป็นครั้งที่ 8 สัมนาประจำปีนี้เป็นวาระที่เรียกว่าบุคลากรและองค์กรบริการสุขภาพของประเทศไทย มาชุมนุมกันมากที่สุดประจำปีก็ว่าได้ ปีก่อนรู้สึกจะมาร่วมประชุมกันกว่า 6,000 คน ปีนี้ก็คงจะมีแต่ มากขึ้นอีก หัวข้อหรือ theme การประชุมปีนี้เป็น Living Organization สมกับเป็นงานประชุม เกี่ยวกับสุขภาวะของคนในประเทศไทยอย่างแท้จริง

ในงานประชุมครั้งนี้ จะมีรูปแบบที่หลากหลาย และหนึ่งในรูปแบบทั้งหมด ที่ออกจะใหม่ สุด ไม่เคยทำมาก่อนในการประชุมครั้งที่แล้วๆมา ก็คือ กิจกรรมรูปแบบ World Cafe' นั่นเอง ซึ่งจะมีในวันที่ 13 มีนาคม 2551 ตั้งแต่เช้าจรดเย็น หนึ่งห้องต่างหาก

World Café ไม่ได้เป็นกิจกรรมใหม่ แต่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ 1995 เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการสัมมนา ที่ได้กลายเป็นที่นิยมมากขึ้นๆ เรื่อยๆ เรียกว่าเป็น "กระบวนทัศน์ใหม่ของการสัมมนา" ก็ว่าได้ ในวันนี้จึงอยากจะเขียนเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อให้เป็นบันทึกประกอบกิจกรรม สาระส่วนใหญ่มาจากหนังสือ The World Café, Shaping Our Futures Through Conversations That Matters ของผู้ให้กำเนิดกิจกรรมคือ Juanita Brown และ David Isaacs

All that we human do, we do in conversation.... As we live in conversation new kinds of objects continue to appear, and as we take these objects and live with them, new domains of existence appear! So here we are now, living with these very funny kinds of objects called firms, companies, profit, incomes, and so on. **And we are very attached to them.... Just the same, we are not necessarily stuck in any of the objects we create.** What is peculiar to human beings is that we can reflect and say, "Oh, I'm not interested in this any more." Change our orientation, and begin a new history. Other animal cannot reflect, as they do not live in language. **We are the ones who make language and conversation our manner of living... we enjoy it, we cares each other in language. We can also hurt each other in language.** We can open spaces or restrict them in conversations. This is central to us. And we shape our own path, as do all living systems.

Maturana and Bunnel, 1999 Biosphere, Homosphere, and Robosphere:
What Has That to Do with Business?

Available at: <http://www.sol-ne.org/res/wp/maturana/>

Discovering The World Café: The Intellectual Capital Pioneers

as told by David Isaacs

มกราคม 1995 Juanita กับ David เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมสนทนากลุ่ม Intellectual Capital Pioneers อันประกอบด้วย CEO, นักวิจัย ที่ปรึกษาองค์กร จากหลากหลายประเทศ ล้วนแล้วแต่เป็นผู้นำในวงการทั้งสิ้น ครั้งนี้เป็นครั้งที่สองแล้วในการสัมมนา กลุ่มนี้เลือกไปจัดสนทนาในหุบเขาทะเลมาลพาย (Mt. Tamalpais) อยู่ใน Mill Valley, California ทำเลอยู่ท่ามกลางป่าไม้โอ๊ก ฝนตกหนักตลอดเวลา มีหมอกแขวนลอยอ้อยอิ่งอยู่รอบ resort ที่เป็นที่พักประชุม Leif Edvinsson รองประธานของกลุ่ม Intellectual Capital สำหรับ Skandia Cooperation ประเทศสวีเดน เป็นผู้ร่วมประสานงาน

ณ ขณะนั้น Intellectual Capital และ Knowledge Management อยู่ในแค่ยุคเริ่มต้น เตาะเตาะ ยังไม่มีหนังสือเล่มไหนที่เขียนเกี่ยวกับเรื่องพวกนี้ ไม่มี guideline ไม่มีแผนท่ง แผนที่ จะเดินตาม วันนี้เป็นวันที่สองแล้วของการประชุมสนทนา และเมื่อคืนวาน เราค้างกันอยู่ที่คำถาม "อะไรคือบทบาทของผู้นำในการที่จะทำให้เกิดคุณค่าสูงสุดของ intellectual capital?"

Juanita เริ่มเป็นกังวลเพราะว่า บรรยากาศคัมหมุกขะมัว จะออกไปคุยกันที่ระเบียง อย่างที่วางแผนไว้ก็คงไม่ได้ จะจัดรูปแบบยังไงมาทดแทนก็ยังไม่ได้เตรียมอะไรเลย David ก็เลยพูดกับ Juanita ว่า "คิดออกแล้ว เราเอาโต๊ะที่วิมาทำเป็นโต๊ะกลางตั้งในห้องนั่งเล่น ให้คนมารวม ๆ กัน เสร็จแล้วก็คุยกันรอบ ๆ โต๊ะตอนที่เรากอยคนเดินทางมาดีไหม เสร็จแล้วก็เอาโต๊ะออก เริ่มวง dialogue กัน"

Juanita เริ่มหายใจคล่องขึ้น เธอกับเดวิดก็จัดแจงไปหาโต๊ะเล็กๆ มาตั้ง เก้าอี้ไว้นิลลี ขาวมาล้อม แยกคนหนึ่ง คือ Tomi Nagai-Rothe มาเยี่ยม ๆ มอง ๆ แล้วก็บอกว่า "นี่ยังกะโต๊ะ Cafe' เนาะ ยังไงต้องมีผ้าปูโต๊ะ!!" พูดบ๊ีบเธอก็ลงมือทำเลย ดัดแปลงเอาผ้าขาวจากแถวๆ นั้น เริ่มลงมือตกแต่งโต๊ะ ถึงตอนนี่ Juanita สิมเรื่องฝนที่กำลังตกหนักไปแล้ว เธอตัดสินใจว่าเราอาจจะต้องใช้แจกันดอกไม้มาวางสักหน่อย ว่าแล้วก็ไปหามาจากห้องใต้บันได ขณะเดียวกัน Tomi ก็ยังไม่หยุดตกแต่ง เธอวางดินสอเทียน crayon ลงไปตามโต๊ะแต่ละตัว แบบเดียวกับร้านกาแฟ แถวๆ นั้นทำกัน แล้วยังไปเขียนป้ายน่ารักติดไว้หน้าประตูว่า "Welcome to the Homestead Café " ล้อเลียนตามที่อยู่คือ Homestead Boulevard อันเป็นชื่อถนนเล็กๆ ที่เข้ามาในหุบเขานี้

พอจัดโต๊ะเสร็จ คนที่มาแล้วก็เริ่มเข้ามามุง ล้อมดู รู้สึกสนุกและสนใจในรูปแบบใหม่ ผู้มาเข้าร่วมไปหยิบขนมครวของ กาแฟ แล้วก็เลือกที่นั่งตามใจชอบตามโต๊ะกาแฟที่มีแจกันดอกไม้เล็กๆ ตั้งอยู่ตรงกลาง แทนที่จะเป็นแลปทอป หรือสมุดโน้ต แล้วก็เริ่มสนทนากัน บางคนเริ่มจด เริ่มวาด ร่าง ขยุกขยิกลงไปบนผ้าปูโต๊ะ ถึงตอนนี่ Juanita กับเดวิดก็ตัดสินใจว่าไม่ต้องจัด formal dialogue ring ที่เป็นวงใหญ่อย่างทุกทีแล้ว ลองทำอย่างนี้ไปเรื่อยๆ การสนทนาของ

ทุกโตะยังวนเวียนอยู่กับเรื่องที่ค้างคาใจทุกคน คือความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับ
ต้นทุนทางปัญญา

สี่สิบห้าปีที่ผ่านไป การสนทนาพูดคุยยังไม่มีความจะเลิกรา แยกคนหนึ่ง Charles
Savage ตะโกนขึ้นมาว่า "เฮ้ ผมชักอยากจะทำวงโน้หน้ามีอะไรเกิดขึ้นมาบ้างนะ เองไหม เรา
ทั้งคนไว้หนึ่คนที่โตะ แล้วที่เหลือแยกย้ายไปหากลุ่มใหม่ เอาสิ่งที่เราคุยกันโตะแรกเนี่ยไป
หว่านโตะโน้หน้าโตะนี้ เอาไปเชื่อมโยงกับอะไรที่เกิดขึ้นที่อื่น ๆ เป็นไง?" เสียงลงมติดันว่าน่าจะ
สนุกดี ก็ดำเนินการตามที่ชาร์ลแนะนำทันที

รอบนี้หน้าอีกชั่วโมงหนึ่ง ตอนนี้อยู่ในห้องเซ็งแซ่ไปด้วยการสนทนาที่เปี่ยมชีวิตชีวา
ผู้เข้าร่วมต่างก็ตื่นเต้น คุยกันแทบไม่หายใจหายใจ ในที่สุดก็มีคนเสนอแนะว่า "ขออีกสักรอบได้
ไหม เราย้ายกลุ่มคุยกันอีกทีหนึ่ง! เปลี่ยน host คนใหม่หนึ่งโตะ แล้วที่เหลือก็ไปหาที่ใหม่คุย"

การสนทนาดำเนินไปอย่างที่มีคนคุยมาตลอดประวัติศาสตร์สังคมของมนุษย์ ฝนก็ยัง
ตกอยู่ หนักขึ้น ๆ แต่ผู้คนก็ยังสนทนา พูดคุย เรียนรู้ นำพาเอาความคิด ทฤษฎี มาโยน มา
ทดสอบ มาถาม หาข้อคิดเห็น เกิดความคิดใหม่ เกิดข้อสรุปใหม่ มี Diagram ใหม่ รูปวาด
keywords เต็มผ้าปูโตะไปหมด ปรากฏว่าเวลาผ่านไปจนถึงอาหารกลางวันโดยไม่รู้ตัว

พลังงานที่เกิดขึ้นภายในห้องนั้นแทบจะสัมผัส จับต้องได้ เหมือนกับอากาศกำลังถูกอบ
หนึ่งอย่างช้า ๆ เดี๋ยวพูดกับกลุ่มว่า ขอให้แต่ละกลุ่ม ลองเอาผ้าปูโตะของกลุ่มตัวเอง มาวางเรียง
กัน แล้วทุกคนก็มุงดู แต่ละกลุ่ม ๆ เดินทัวร์ผ้าปูโตะอย่างช้า ๆ รับรู้ถึงอะไรบางอย่างที่ได้ "พูด
กำเนิด" ขึ้นมาสด ๆ ร้อน ๆ ท่ามกลางชุมชนของเราเอง

Juanita และเดวิดรับรู้ตอนนั้นเองว่าอะไรบางอย่างที่พิเศษได้เกิดขึ้นแล้ว เราเห็น
"ปรากฏการณ์" ที่ไม่อาจบรรยายด้วยภาษา ดูจราวกับว่า ปัญญาแห่งสมุห อันยิ่งใหญ่กว่าปัจเจก
จู่ ๆ ได้ผุดบังเกิดขึ้นภายในห้องนั่นเอง เป็นความรู้สึกเกือบจะเป็นมนต์ชลัง เป็นมนต์ที่เป็นความ
ตื่นเต้นแห่งการตระหนักรู้ อันยากแก่การจะอธิบาย แต่ก็มีความรู้สึกคุ้นเคยอย่างบอกไม่ถูก การ
เดินทางของความคิด จากโตะหนึ่ง ไปผสมรวม แล้วองกามขึ้นในอีกโตะหนึ่ง ผสมรวมและแตก
กิ่งก้านในอีกระบบหนึ่ง จากมุมมองอันแตกต่างและความสนใจที่หลากหลาย ได้บังเกิดขึ้นจาก
กิจกรรมที่เพิ่งผ่านไป

การสนทนา HA National Forum ที่ศูนย์ประชุม IMPACT เมืองทองธานีนี้ เป็นเวทีที่
สำคัญ เรื่องที่จะสนทนากัน ไม่ว่าจะป็นหัวข้ออะไรก็ตาม แต่ก็เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ
ประชาชนคนไทยทุกคน ความเห็นของทุกคนมีค่าทั้งสิ้น ไม่ว่าจะป็นเรื่องระบบการดูแลสุขภาพ
ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ หรือเรื่ององค์กรที่มีชีวิต องค์กรแห่งการเรียนรู้ ฯลฯ ความคิด
ความรู้สึก และความรู้ จากบุคลากรผู้ทำงานจริง ไม่ว่าจะป็นแพทย์ เป็นพยาบาล ทันตะ เกษัช
ประชาชนทุกคนที่เคยเจ็บไข้ได้ป่วย และหรือ ยังไม่เคยก็ตาม จะป็นผู้ที่มีส่วนได้ ส่วนเสียกับ
เนื้อหาที่เราจะจัดสนทนากันทั้งนั้น

จะไม่มีเวทีที่ยิ่งใหญ่แบบนี้ ที่จะเต็มไปด้วยกัลยาณมิตรหลากหลายจากทั่วทุกมุม ทั่วทุกแขนงของประเทศ มาชุกชุมกัน พูดคุยกันอย่างพี่น้อง อย่างใส่ใจ อย่างไม่ด่วนตัดสิน โดยจะมีวัตถุประสงค์ร่วมคือ "สุขภาวะแบบองค์รวม โดยถ้วนหน้าประชาชนไทย" อีกแล้ว ผมเริ่มรู้สึกตื่นตากับงานนี้ขึ้นมาทุกทีๆแล้ว

7 Principles of World Café

ในประวัติศาสตร์การก่อกำเนิดของสังคมมนุษย์มาตั้งแต่แรกเริ่ม ทุกๆ ศิวิไลซ์ ทุกๆ ชุมชน ล้วนงอกงามออกมาจากการเริ่มต้นพูดคุยกัน อย่างผ่อนคลาย ในห้องนั่งเล่น รอบกองไฟ ในที่ที่ไม่เคร่งเครียด จนกระทั่งผู้สนทนาเริ่มมีเวลา ตั้งใจ และใคร่ครวญอะไรบางสิ่งบางอย่าง ที่สำคัญ ต่อตนเอง ต่อครอบครัว คนรอบข้าง การสนทนาเป็นการเดินทางของความรู้ ข้อมูล เดินทางไปปรับความเชื่อ ความเห็น และกลายเป็นพฤติกรรม เรื่องที่สำคัญๆหลายเรื่อง ไม่มีผู้ใดเชี่ยวชาญไปกว่าคนที่ใช้ชีวิตอยู่กับเรื่องนั้นๆ และเมื่อมาถึงบางเรื่อง บางประเด็น ไม่ว่าใครก็มีส่วนการที่จะคิด จะมีความเห็น เพราะประเด็นนั้นๆมันมีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อคนทุกระดับชั้น

การเรียนรู้ในปัจจุบัน เป็นยุคที่เต็มไปด้วย "ผู้เชี่ยวชาญ" หรือ expert และยิ่งมาying ไปคนเรายังต้อง "ฟังพา" ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากขึ้นๆ ความเห็นของเราเองมีความสำคัญน้อยลงๆ เวลาไปประชุม เราก็จะเตรียมปากกา ดินสอ เทปอัดเสียง เพื่อไปบันทึกความรู้จาก expert สาขาต่างๆมากมาย เพื่อที่เราจะได้ "รู้มากขึ้น"

World Café เป็นกิจกรรมอีกรูปแบบหนึ่งของการบริหารจัดการความรู้ ที่ความรู้และความเห็นของ "ทุกคน" สำคัญ matter หมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสืบค้น เพื่อที่จะได้คุณค่าที่แท้จริง อันจะมี impact ต่อสังคมโดยรวม ความเห็น ความคิด และความรู้ ของสมาชิกทุกคนของสังคมนั้น ๆ จะมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างหลีกเลียงไม่ได้

ทำไมต้องผ่อนคลาย? ทำไมต้อง café?

ความคิดที่ผุดบังเกิด ตอนที่สภาวะจิตของเราแตกต่างกัน ก็มีความแตกต่างกัน ถ้าหากเราอยู่ในบางบริบท เราก็จะ "เลือกที่จะพูด หรือเลือกที่จะไม่พูด" เพราะมีความกลัว ความไม่แน่ใจ กลัวจะเสียหน้า กลัวจะไปคุกคามคนอื่น กลัวถูกจับผิด กลัวถูกตัดเงินเดือน กลัวเซย กลัวล้ำสมัย สิ่งที่เราพูดออกไปบางทีจึงเกิดการ "ปรุงแต่ง" จนกระทั่งข้อมูลที่เร share ไปนั้น เป็นข้อมูลที่แม้แต่ตัวเราเองก็ไม่ได้เห็นด้วย 100%

แต่ต่างจากตอนที่เรายู่ในบรรยากาศอันปลอดภัย เช่น ตามร้านกาแฟ ห้องนั่งเล่น ที่เราสามารถนั่งเอกเขนก ปลดแอกของฟอร์ม ของความระมัดระวัง อยู่ในท่ามกลางกัลยาณมิตรที่เราทราบว่าจะไม่ด่วนตัดสิน พูดคุยในที่ที่เราารู้สึกว่าความเห็นของเราก็มีความสำคัญ เท่าเทียมกับของคนอื่นๆ ไม่มียศถาบรรดาศักดิ์ ไม่มีตำแหน่ง ฐานะ ปริญญา มาขวางกันความรู้สึก เราก็

จะสามารถพูดออกมาจากใจ สื่อกออกมาจากใจ และส่งความคิดเห็นอันเป็นเบื่องลือก ตัวตนที่แท้จริงของเราออกไปได้

7 Principles of World Café

1. Set the Context
2. Create Hospitable Space
3. Explore Questions that matter
4. Encourage Everyone's Contribution
5. Cross-Pollinate and Connect Diverse Perspective
6. Listen together for Patterns, Insights, and Deeper Questions
7. Harvest and Share Collective Discoveries

Juanita และ David ได้นำเอาประสบการณ์การค้นพบรูปแบบกิจกรรม World Cafe' ไปทดลองใช้ ปรับปรุง สังเกต และวิเคราะห์สังเคราะห์ และประสบความสำเร็จทั่วโลก ความรู้สึกตื่นเต้นที่ผู้เข้าร่วมในแต่ละครั้ง จากการที่มีการ "ผูกกำเนิด" ของความรู้ และความรู้ในส่วนหนึ่งออกมาจากความคิดเห็นของตนเอง สร้างความประทับใจอย่างลึกซึ้งแก่ผู้เข้าร่วม Juanita และ David ได้รวบรวมปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของ World Café ไว้เจ็ดประการ

1. SET THE CONTEXT

"All thinking and learning takes place in a context. The mind always seeks context in order to create meaning."

Ed Clarke, Ph.D., Educator and author of Designing and Implementing an Integrated Curriculum

ส่วนประกอบของบริบท (context) มีสามส่วนใหญ่ ๆ คือ ผู้เข้าร่วม (participants) วัตถุประสงค์ (purpose) และ สิ่งแวดล้อม สิ่งเกี่ยวพัน (parameters)

เนื่องจาก "World Café" เป็นกิจกรรมสนทนา สมฤทธิผลขึ้นกับผู้มาเข้าร่วมค่อนข้างจะแน่นอน บรรยากาศที่จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นค้นหาสืบค้นความรู้ แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ถึงเครียด คุกคาม มากเกินไป อยู่ในสมดุลที่ดี จะเอื้ออำนวยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้

2. CREATE HOSPITABLE SPACE

"The idea is to create a physical space that enables you to move around in that space, and to create a social space that encourage you to swap and share and help each other. If you can design the physical space, the social space, and the information space together to enhance collaborative learning, then that whole milieu turns into a learning technology. People just love working there and they start learning with and from each other."

John Seely Brown, former Chief scientist, Xerox Corporation

บรรยากาศ เป็นอะไรทั้งหมดที่เรา "อยู่ในนั้น" และมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรม ความคิด คำพูดของเราเอง และของคนอื่นๆ รวมทั้งปฏิภยาต่อคำพูด การสนทนาด้วย space อาจจะมีมองเป็น พื้นที่กายภาพ พื้นที่สังคม และพื้นที่หล่อเลี้ยงข้อมูลความรู้ ทั้งสามอย่าง เกื้อกูลอาศัยพึ่งพากันและกัน บรรยากาศกายภาพเช่น ที่ที่เสียงหนักหู เพลงดัง กลิ่นไม่สะอาด อึดอัด อากาศไม่ระบาย ก็จะทำให้ผลแตกต่างจากสถานที่ที่มีความผ่อนคลาย รื่นรมย์ มีเพลงเบาๆ ไม่ดังเกินไป มีเสียงหัวเราะดังเป็นครั้งคราว ไม่ serious เกร็งเครียด

พื้นที่สังคม ได้แก่การสร้างสรรค์สนทนาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่มีความคุกคาม ความไม่เป็นมิตร ความเป็นศัตรู แต่มาอยู่ด้วยกันโดยมี value ร่วมกัน แม้ว่าอาจจะต่าง วัตถุประสงค์ แต่ในความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยง เราทุกคนมีสายใยบางๆ พัวพันเกาะเกี่ยวเราเข้าด้วยกัน โดยไม่มีชนชั้น หรืออุปสรรคทางภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ มาขวางกั้น

พื้นที่หล่อเลี้ยงข้อมูลและการเรียนรู้ จะเป็นอะไรที่เสริมการเรียนรู้ได้กว้างขวาง แตกหน่อ เต็มไปด้วยความสนใจ ความเข้าใจ ทุกคนฟังสิ่งที่ตนเองไม่เคยทราบ ไม่เห็นด้วย และคิดไม่ถึงด้วย positive attitude กระตือรือร้น ไม่ด่วนตัดสิน

บรรยากาศที่มีเพียงพร้อมทั้งสามประการ ก็จะเปี่ยมไปด้วยพลังแห่งการเรียนรู้ รู้เพิ่ม เข้าใจเพิ่ม และสอดประสานกลมกลืนในสังคมได้มากยิ่งขึ้น

3. EXPLORE QUESTION THAT MATTERS

"Because questions are intrinsically related to action, they spark and direct attention, perception, energy, and effort, and so are at the heart of the evolving forms that our lives assume... Creativity requires asking genuine questions, those to which an answer is not already known. Questions function as open-handed invitations to creativity, calling forth that which doesn't yet exist."

Marilee Goldberg. The Art of the Question

เคยมีคำถามเชิงอุปมาอุปมัยในการตั้งคำถามแบบว่า "จะเป็นเช่นไร ถ้าจะเกิดมีทองผุดขึ้นเมื่อมีการค้นพบคำถามที่สำคัญ ยิ่งใหญ่?" "What if the gold lies in discovering the big questions?"

ในการทำกิจกรรม World Cafe' ส่วนสำคัญอีกประการก็คือ "ประเด็นคำถาม" ประเด็นคำถามที่เรา "โยน" ลงไป ต้องเป็นคำถามที่เป็น "ตัวกวน" กวนระบบความคิด ระบบพฤติกรรมความเป็นอยู่ ไปจนถึง well-being หรือความอยู่รอด ของผู้เข้าร่วม ขององค์กร ของครอบครัว ของชุมชน ของประเทศ เป็นคำถามประเภท "ไม่ถามไม่ได้ ไม่ตอบไม่ได้ ไม่ทำเดี๋ยวนี้ไม่ได้" แล้วนั่นเอง

คำพังการ "ถาม" เอง ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปแล้ว แทนที่จะ "บอก" อย่างกิจกรรมบรรยาย หรือ "เล่า" อย่างการชม media ต่างๆ การถามนำไปสู่ action ได้ทั้งการกระทำ และการคิด เพราะเราจะคล้อยตามและจะ "หาคำตอบ" เมื่อถูกถาม แต่อาจจะเป็น passive เฉยๆ เวลาเราถูก "บอก" หรือ "เล่า" ให้ฟัง

4. ENCOURAGE EVERYONE'S CONTRIBUTION

"The idea of contribution is especially instructive because it lies in the area that unites the "I" and the "we." We contribute because we are part of something larger than our own lives and efforts, but the form of our contribution is based on our uniqueness and our individuality."

Carol Ochs, Women and Spirituality

คำถามที่น่าสนใจสำหรับผู้มาเข้าร่วมกิจกรรมก็คือ "จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าสิ่งที่คุณพูดคือหัวใจของเรื่องราวทั้งหมด?"

ประเด็นปัญหาที่สำคัญ มักจะมาจากการที่มีผลกระทบกว้างไกล ไป "โดน" ตัวตน ความ เป็นอยู่ มีอยู่ และความสำคัญของแต่ละคน เมื่อเป็นเช่นนี้ การได้ข้อมูลจาก stake-holders หรือ ผู้มีส่วนร่วมได้เสียครบ มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด

นอกเหนือจากเพื่อความครบของข้อมูลที่จะนำไปคิด ไปพิจารณาแล้ว เมื่อไรก็ตาม มีการมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น เมื่อนั้น จึงจะเกิดความเป็นชุมชนในภาคปฏิบัติ ที่มีฐาน กาย ฐานการปฏิบัติจริงมาเกี่ยวข้อง เมื่อไรก็ตามที่เราโยนความคิดเห็นเราลงไป เราได้ "กระโดด" ลงไปในวงอย่างเต็มตัว ความรู้สึกว่าเป็น "ส่วนหนึ่งของนิเวศ" เป็นความโหยหาของ มนุษย์ เพราะเราเป็นสัตว์สังคม แต่เดิมที่มีอุปสรรค มีกำแพงกันอยู่ เราก็รู้สึกไม่ได้มีส่วนได้ส่วน เสีย จนกว่าเราจะได้เริ่มมี contribution เมื่อนั้นแหละที่เกิดความเชื่อมโยงทางกายภาพ และเป็น bonding อันสำคัญ

5. CROSS-POLLINATE AND CONNECT DIVERSE PERSPECTIVE

"Whenever knowledge connects with knowledge, new combinations spontaneously take place. Ideas spark ideas, which sympathize with each other until more knowledge results. It is completely natural. ... Sharing knowledge means bring people into the conversation."

Verna Allee, The Knowledge Evolution

การสนทนาเป็นการใช้ความกล้าหาญอย่างหนึ่งที่จะออกไปเผชิญกับ diversity หรือ ความหลากหลาย ความเป็นไปได้อื่นๆ นอกเหนือจากที่เราเชื่ออยู่

การสนทนาที่แท้จริง เราจะรู้สึกสนุกสนาน ตื่นเต้น เมื่อเกิดความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับสิ่ง ที่เราไม่เคยรู้เห็น สนใจ หรือคิดถึงมาก่อน เกิดการผสมผสานใหม่ แม้แต่ความคิดเดิมของเรา

เมื่อโยนลงไป กลับออกมา ก็เปลี่ยนแปลงไป ไม่เหมือนเดิม เรากลายเป็นใหม่ ที่เติบโตกว่าเดิม กว้างขวางมากกว่าเดิม และมีความเข้าใจในคนอื่นมากขึ้นกว่าเดิม

ดังนั้น ในกิจกรรม World Café นั้น เราสนับสนุนการมีความคิดเห็นที่แตกต่าง การแลกเปลี่ยนความเชื่อ มุมมอง ขนบธรรมเนียม ซึ่งเป็น essence ที่สำคัญที่จะเกิดขึ้นในการสนทนาที่แท้จริง

6. LISTEN TOGETHER for PATTERNS, INSIGHT, and DEEPER QUESTIONS

"We listened, and through that listening a dynamism of its own developed. The end result . . . was a group spirit and group coherence stronger than any I have ever known, yet it was a "dance with many dancers," a group of individuals who had found an emergent reality drawing our differences into a meaningful whole."

Danah Zohar and Ian Marshall. *The Quantum Society*

คำถาม "จะเกิดอะไรขึ้น ถ้าหากการฟังจะนำไปสู่อีกระดับของปัญญา?"

สำหรับ "สุนทรียสนทนา" หรือ Dialogue ที่ David Bohm และกฤษฎมูรติได้สานสร้างสรรสร้าง เอาไว้ เป็นการสนทนาที่ต้องมีคุณสมบัติหลายประการ ได้แก่ การห้อยแขวน (suspension) การไม่ด่วนตัดสิน การละทิ้งตัวตน ศักดิ์ศรี ออกไปชั่วคราว เพื่อที่จะได้ "รับรู้" อย่างแท้จริง ก็จะพบว่า สิ่งที่การสนทนาทุกวันนี้ขาดหายไปก็คือ "การฟัง" นั่นเอง การฟังอย่างลึกซึ้ง จะเปิดมิติแห่งการรับรู้ เกือบจะเหมือนกับเรามีอวัยวะใหม่แห่งการรับรู้เกิดขึ้น ซึ่งก็จำเป็นในบางครั้งสำหรับการรับรู้เรื่องบางเรื่อง

"Man knows himself only to the extent that he knows the world; he becomes aware of himself only within the world, and aware of the world only within himself. Every object, well contemplated, opens up a new organ of perception within us."

Johann Wolfgang v. Goethe

และเมื่อเรามี "อวัยวะรับรู้ใหม่" นี้เอง ที่อะไรหลายๆอย่างจะผุดกำเนิดขึ้น ในการสนทนาอย่างลึกซึ้ง และเช่นในกิจกรรม World Cafe' นี้ จะเกิด waves of spiral dynamic of knowledge ขึ้น คลื่นแล้ว คลื่นเล่า พัดพามาไม่หยุดยั้ง ณจุดนี้เอง เหมือนเทพและอสูรที่ได้กวนเกษียณสมุทร ที่น้ำทิพย์อันซ่อนเร้นอยู่ในจักรภพผุดบังเกิดขึ้นมา คำถามที่ลึกซึ้งใหม่ๆ บังเกิดขึ้น ดวงตาเห็นความเชื่อมโยงใหม่ๆ บังเกิดขึ้น เกิด pattern เกิด insight หรือการ "มองเห็น หรือ รู้เห็น" และในที่สุดก็เกิด enlightenment หรือ การตื่นรู้ขึ้นได้

7. HARVEST AND SHARE COLLECTIVE DISCOVERIES

"There's another aspect to fostering mutual intelligence . . . what I call creating the "collective mindscreen." How can we help people sense the whole, together? Harvesting and sharing key ideas and insights is like putting up tent poles. It's what's

in the circle revealed by putting up those poles, not any of the individual poles, where the meaning of the conversation as a whole lies."

Finn Voldtofte, BDO ScanFutura

ช่วงที่สำคัญอีกช่วงหนึ่งของกิจกรรม World Cafe ก็คือ "ช่วงแห่งการเก็บเกี่ยวสมมุติ
ปัญญา"

ขณะที่เราหมุนเวียนไปตามโต๊ะเพื่อสนทนา เรามีการหวนเมล็ดแห่งข้อมูล ความคิด
ความเห็น ความรู้สึก ในที่สุด ก็จะถึงเวลาที่จะตกตะกอน แต่ละโต๊ะก็จะทำการสรุป วาดรูป วาด
ไดอะแกรม เขียนคำสำคัญลงไปบนกระดาษหรือผ้าปูโต๊ะ แล้วเราก็นำมา share กัน

แต่ละคนก็จะเริ่มกระบวนการตกผลึกสิ่งที่เกิดขึ้น และเก็บเกี่ยวสิ่งที่สนใจไป และรวมทั้ง
บางสิ่งบางอย่าง ที่ไม่มีใครเขียน ไม่มีใครจด เพียงรอเวลาที่จะสุกงอม เมื่อมีอะไรมากระตุ้นอีก
ครั้งหนึ่ง การสนทนาเปิดฟ้า เบิกโลกา ได้เตรียมเราทุกคนให้พร้อมสำหรับวันดังกล่าวนี้เอง

C1X-C3X : Happy Organization & Imaginary Hospital

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-14.30 น. ห้อง Meeting Room 10

นพ.สุกิจ สุขประเสริฐ รพ.แม่ทา
พรชัย หาญดี รพ.แม่ทา
จันทรานนท์ ตัญเจริญ รพ.แม่ทา

1. เป้าหมายสูงสุด (Aim)

คือ สักคมแห่งการสรรค์สร้างงานที่ก่อให้เกิดความสุขโดยทีมงานที่มีความสุข
(Happiness Team & Happiness Work Society)

ลำดับขั้นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ตามทฤษฎีของ Maslow ได้แก่ Self-Actualization Needs หมายถึง ความต้องการที่จะพัฒนาตนเองให้เต็มศักยภาพ และได้มีโอกาสทำงานตามที่ตนฝันไว้ โดยมีความรู้สึกว่าได้ทุกอย่างขั้นพื้นฐานตามที่คาดหวังไว้แล้ว (Physical, Safety, Social and Self-esteem Needs)

Self-Actualization Needs มักก่อเกิดจากปัจจัยบวก หรือสภาวะการณ์ที่เหมาะสม ดังนี้

1.1 บุคคลมีอิสรภาพในการดำรงบริบทแห่งชีวิตตน (กาย) หรือ Freedom Life style

1.2 บุคคลได้รับแรงกระตุ้นและแรงจูงใจให้มีกระบวนการคิดที่ต้องการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ (จิต) หรือ Educreative Thinking

1.3 บุคคลได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้สึกสำนึกรับผิดชอบต่อสาธารณะ(สังคมและสิ่งแวดล้อม) หรือ Public Mind

โดยปัจจัยรวมทั้งสามจะเอื้อให้เกิดกระบวนการสร้าง Volunteer ที่นำสู่วิธีปฏิบัติในแนวทาง Humanized Health Care

2. เส้นทางสู่องค์กรแห่งความเบิกบานและความสุขมวลรวม (Happy & Delight

Organization Way)

2.1 องค์กรการผลิตแบบสายพาน (Mass Product Belting Organization) สร้างแนวความคิดแบบโรงงาน (Factory Concept), ก่อเกิดวัฒนธรรมกำไร-ขาดทุน (Profit & Lose Culture), นำสู่สังคมแห่งระบบนายทุน (Capitalist Society)

2.2 องค์กรมาตรฐานคุณภาพ (Standardize Quality Organization) สร้างแนวความคิดแบบสำนักงาน (Office Concept), ก่อให้เกิดวัฒนธรรมการรับรู้, แข่งขัน และวัดผล (Competitive & Measurement Culture), นำสู่สังคมแห่งการเปรียบเทียบและยกระดับ (Innovation Society)

2.3 องค์กรมีชีวิตและพัฒนาการ (Evolution & Living Organization) สร้างแนวความคิดแบบบ้านที่อบอุ่น (Home Concept), ก่อเกิดวัฒนธรรมมิตรภาพและความเข้าใจ

(Friendship & Partnership Culture), นำสู่สังคมแห่งบูรณาการด้านชีวิตและความสัมพันธ์ (Integration Society)

2.4 องค์กรอุดมความคิดฝันและสร้างสรรค์ด้วยจิตวิญญาณ (Imaginary, Inspirit Organization) สร้างแนวความคิดแบบสถานปฏิบัติธรรมและแหล่งเรียนรู้ (Temple, Hospital & School Concept), ก่อเกิดวัฒนธรรมแรงบันดาลใจและความเอื้อเพื่ออารีต่อสังคม (Spiritual & Responsibility Culture), นำสู่สังคมแห่งการสร้างสุขจากการอาหารเพื่อแม่และหยิ่งรู้ (Happiness Society) ซึ่งเอื้อให้เกิดกระบวนการสร้าง Volunteer สู่วิถีแนวความคิดแบบ Humanized Health Care และเป็นที่มาของ Slogan Innovation & Integration for Happiness

3. กระบวนทัศน์และการวางตำแหน่งองค์กรเพื่อความมุ่งหมายไปสู่หลักแห่ง Maslow (Concept & Positioning to Maslow 's Theory)

Status สถานภาพที่เอื้อต่อ ความมุ่งหมาย	Doctor หมอ	Teacher ครู	Monk พระ
Image ภาพลักษณ์	Healthpiness (Healthy + Happiness)	Educreative (Education + Creative)	Voluntainment (Volunteer + Entertainment)
Activity กิจกรรม	Health Institute สถาบันเพื่อสุขภาพ	Learning เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	Volunteer สร้างความสุขจากการให้

จึงหลอมรวมเป็นที่มาของ Vision: Hospital of Volunteer & Learning Institution

4. รูปแบบการบริหารจัดการใหม่

ทฤษฎีความต้องการของ Maslow's Theory มนุษย์เราไม่ได้มีความต้องการเพียงการตอบสนองความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐาน ยังมีความต้องการที่สูงกว่า เป็นต้นว่าความปลอดภัย ความผูกพันกับสังคม การได้รับการยอมรับ และความสำเร็จที่ประจักษ์แล้ว ดังนั้น トラบใดที่บุคลากรไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในลำดับที่สูงขึ้นหนทางองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) เป็นไปได้ยาก

โรงพยาบาลแม่ทาจึงปรับรูปแบบการบริหารจัดการด้าน 4 M ใหม่อย่างมีนวัตกรรมและบูรณาการ โดยกลุ่มการพยาบาลซึ่งรับผิดชอบงานด้านบริการ ได้ให้ความสำคัญกับการบริหาร 2 M คือ M (Man) และ M (management) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ซึ่งรับผิดชอบงานด้านสนับสนุน ให้เน้นหนักการบริหารจัดการ 2 M คือ M (Money) และ M (Material)

โดยเราเชื่อว่า บุคคลจะทำงานสำเร็จได้จะต้องได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายและมีทรัพยากรเป็นทุนเริ่มต้นดำเนินการ ทีมงานจึงวางพื้นฐานดูแลการบริหารทรัพยากร 4 M ดังกล่าวด้วยกระบวนทัศน์และแนวคิด (Concept) ใหม่ ดังนี้

M (Man) ใช้หลักการ Volunteer (จิตอาสา) โดยการ Empowerment ใ้บุคลากรได้ทำงานในสิ่งที่ตนเองชื่นชอบและอยากแสดงออกซึ่งความสามารถที่แอบแฝงอยู่ภายในให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและทำให้ตนเองรู้สึกมีความสุขกับกิจกรรมที่ทำ

M (Money) บริหารจัดการภายใต้แนวคิดใ้บุคลากรเป็นเสมือน CFO (Chief Financial Officer) เน้นการกระจายทรัพยากรใ้บุคลากรมีต้นหรือทรัพยากรในการจะไปทำกิจกรรมได้ โดยจัดสรรเป็นรายหัวต่อไตรมาส เมื่อทุกคนมีงบประมาณรายหัวก็จะไปรวมกลุ่มกันเพื่อให้ได้งบประมาณโดยรวมขนาดใหญ่ขึ้น แล้วนำมาสรรสร้างกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรตามวัตถุประสงค์

M (Material) บริหารจัดการภายใต้แนวคิด ใ้บุคลากรทุกคนเป็นเสมือน CSO เน้นการกระจายวัสดุอุปกรณ์ของใ้ ตามภารกิจของหน่วยงาน ของทีมแนวราบ และชมรม ในระบบจิตอาสา (Volunteer) เพื่อสรรสร้างกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและสังคมตามวัตถุประสงค์เช่นกัน

M (Management) บริหารจัดการโดยกระบวนการวิธีสร้างความจูงใจ ทำทหายและใ้หลักการ Learning by Doing โดยมอบอำนาจการจัดการ ในการบูรณาการกิจกรรมให้เกิดความสุขแก่ ผู้รับบริการ สังคมสิ่งแวดล้อม องค์กร และตนเอง แบบจิตอาสา (Volunteer) มีผู้นำใ้ให้การสนับสนุนเวทีการแสดงออกซึ่งผลงาน พร้อมประกาศเกียรติคุณ ยกย่องความสำเร็จผ่านสื่อต่างๆ ดังตัวอย่าง เช่น

เจ้าหน้าที่รักและชอบความสวยงาม ต้องการใ้มีบริการดูแลบุคลิกภาพโดยการตกแต่งผมและเสริมความงามเพื่อนร่วมงานในยามว่าง รวมทั้งใ้บริการผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สามารถนำเสนอแนวคิดแก่ผู้บริหารและขอใ้งบประมาณด้านพัฒนาบุคลากร (งบ HRD ในระบบ Step Ladder Training) เป็นค่าลงทะเบียนอบรมส่วนบุคคล และหากต้องการมีทุนใ้การจัดกิจกรรมบริการสร้างความสุขใ้กับผู้ป่วย ญาติและบุคลากรของโรงพยาบาล ก็สามารถรวบรวมสมาชิกใ้มีความชอบแบบเดียวกัน จัดตั้งชมรม Busety & Smart ขึ้นโดยใ้งบประมาณรายบุคคลด้านการสร้างเสริมสุขภาพใ้โรงพยาบาลจัดสรรใ้ (งบ HPH ในระบบ Health SML Club) มีทีมประชาสัมพันธ์กระจายข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ พร้อมยกย่องการทำกิจกรรมใ้ทุกคนรับทราบรวมทั้งมอบเกียรติบัตรเครือข่ายร่วมทำความดีสู่สังคมในวันสำคัญของโรงพยาบาล

ห้อง Phoenix 1-3 (ห้อง Y)

Professional Update

เชิญชวนมา update ความรู้ของวิชาชีพ และสหวิชาชีพที่น่าสนใจ

วันที่ 12 มีนาคม 2551

Magnet Hospital

โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ หน้าอยู่ หน้าทำงาน

Clean Campaign

รณรงค์ร่วมกัน ป้องกันการติดเชื้อสำคัญ

IV CoP

ชุมชนแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง IV Care

วันที่ 13 มีนาคม 2551

Medication Reconciliation

ว่าด้วยเรื่องระบบยาสำหรับสหสาขาวิชาชีพ

Drug Systems Indicator

ทบทวนรอบด้าน ประสานหาข้อยุติ

Adverse Drug Reaction

จะใช้ประโยชน์อย่างไร

High Alert Drugs

กำจัดจุดอ่อนในการวินิจฉัยและติดตาม

“ปิ้งแฉับ” จากการฟังประสบการณ์ที่หลากหลาย

วันที่ 14 มีนาคม 2551

Clinical Governance

กำกับดูแล หรือส่งเสริมสนับสนุน

การป้องกันการฟ้องร้อง

บทสรุปจากกรณีศึกษา

Getting Evidence into Practice

ตัวอย่างของจริงที่ทำอย่างเป็นระบบ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน รพ.เซนต์หลุยส์
วรรณิ บุญช่วยเหลือ รพ.บำรุงราษฎร์
ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ รพ.ศิริราช

กลยุทธ์การพัฒนาโดย Magnet Hospital

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)

หลักการและเหตุผล

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการสั่งสมมาตามลำดับ และเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกๆ ที่พบมากแทบทุกโรงพยาบาล ซึ่งองค์การพยาบาลจำเป็นต้องค้นหา ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ และวิธีการใหม่ๆ ในการสร้างรูปแบบการบริหารจัดการ ที่จะสามารถธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่กับองค์การ เพื่อให้พยาบาลทำงานได้อย่างมีความสุขและเต็มความสามารถ อันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลที่ดีตามมา

แนวคิด โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจหรือ Magnet Hospital เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางและเป็นรูปธรรมในต่างประเทศ รวมทั้งได้รับการยอมรับจากผลการวิจัยเป็นแนวคิดที่สามารถดึงดูดและธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในองค์การได้อย่างดีและมีคุณภาพ โดยเน้นการเป็นโรงพยาบาลที่มีการบริการเป็นเลิศ พยาบาลมีความพึงพอใจในงานสูง มีภาระงานที่เหมาะสม พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในงาน และการลาออกโอนย้ายลดลง

วัตถุประสงค์

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวคิด ทฤษฎี ของ Magnet Hospital มาเป็นกลยุทธ์เพื่อการธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ต่อไปในองค์การ
2. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นและร่วมอภิปราย การนำแนวคิด Magnet Hospital ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติจริงภายในแต่ละองค์การได้

ประสบการณ์ในการทำแนวคิด Magnet Hospital มาใช้ในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

นับตั้งแต่ Dr. Mabel Wandelt University of Texas Austin ได้เป็นคณะทำงานของ American Academy of Nursing และรวบรวมข้อสังเกตจากการศึกษาหาสาเหตุของการย้ายและลาออกมาจากการพยาบาล ในต้น ค.ศ. 1980 และทำการวิจัยต่อมาในปี ค.ศ.1983 เกิดโรงพยาบาล Magnet ขึ้นนั้น

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ได้เริ่มทำการศึกษาโดยแนวคิด 14 ข้อ ของ Magnet Hospital มาวางแผนการพัฒนาและประยุกต์กระบวนการพัฒนาตามแนวทางของ HA เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ ปี ค.ศ.2005-2007 ติดตามประเมินผลโดยการสำรวจบรรยากาศองค์การ 6 ด้าน เช่น ศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลจากผู้ร่วมงาน พบว่า มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น ส่วนมาก ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านบริหารจัดการ เช่น อัตราการลาออกลดลง แต่ไม่มากนัก รวมทั้งผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Sandy Summers ที่ได้สรุปในงานประชุมวิชาการที่ Chicago 2006 ทั้ง 10 ข้อมาเปรียบเทียบกับแนวทางการพัฒนาด้านต่าง ๆ เช่น

1. สร้างบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัย โดยจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยให้เจ้าหน้าที่มีความสุข
2. จัดทำนโยบายเพื่อคุ้มครองและสนับสนุนพยาบาลและทีม กำหนดนโยบายการยกของหนัก การฉีด Vaccine เป็นต้น
3. เน้นความเข้มแข็งของพยาบาล เพิ่มขีดความสามารถของพยาบาล โดยส่งเสริมให้ศึกษาต่อต่างประเทศ ศึกษาดูงาน พัฒนาระบบ HRD เป็นต้น
4. สร้างความเข้มแข็งผู้บริหารการพยาบาล จัดทำหลักสูตร Micro MBA เน้นความรู้ ความสามารถด้านการจัดการ
5. การจัดการบุคลากร โดยปรับปรุงบันไดวิชาชีพ จึงให้โอกาสเข้าสู่ตำแหน่ง / ก้าวหน้า จัดหาบุคลากรให้พอเพียงมีความเหมาะสม สามารถโอนย้ายได้
6. สวัสดิการพนักงาน ปรับปรุงสวัสดิการให้พอเพียง เหมาะสม ส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ
7. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ โดยนำแนวคิด HA/ Lean Management / QA/ CQI/ PDP มาใช้
8. สร้างความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น ทั้งรูปแบบการเป็น PCT และพัฒนาระบบ เช่น IC / ระบบยา
9. ร่วมเป็นกรรมการพัฒนาระบบต่างๆ กับองค์กร เช่น
 - 9.1 เป็นคณะกรรมการชุดต่างๆ
 - 9.2 หัวหน้าพยาบาลร่วมประชุมกรรมการบริหาร เป็นประจำ
10. เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการนำแนวคิด Humanize Care / Spiritual Care ตามหลักการของ Verginia Satir (เข้าใจตนเอง-เข้าใจผู้อื่น-positive Thinking)

นับว่าการนำแนวคิด Magnet มาใช้จะช่วยให้พยาบาลสามารถทำงานในองค์กรที่มีความสุข เกิดขวัญกำลังใจเพิ่มขึ้น ภาควิชาใจในงานของตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถทำงานร่วมกับสหสาขาได้อย่างต่อเนื่อง

Magnet Hospital

ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

จากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่นำโครงการ Magnet Hospital มาใช้ในการพัฒนางานบริหารการพยาบาลและเป็นทางออกให้กับวิชาชีพพยาบาลในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยการทำให้พยาบาลมีความสุขกับงาน ส่งผลให้พยาบาลคงอยู่ในองค์กร ในขณะที่เดียวกันเป็นแนวทางพัฒนาวิชาชีพ ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งตัวพยาบาล ผู้รับบริการ และองค์กรที่พยาบาลนั้นทำงานอยู่ การเรียนรู้จากประสบการณ์โรงพยาบาลที่ได้ Magnet Award ของสหรัฐอเมริกา และนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยให้เหมาะสมกับเวลา สถานที่และวัฒนธรรม สามารถทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นโรงพยาบาลที่มีชีวิตชีวา น่ายุติได้

เส้นทางสู่โรงพยาบาล Magnet ประกอบด้วย การสร้างองค์ประกอบต่างๆ 14 องค์ประกอบที่เป็นแรงดึงดูดทำให้องค์กรเป็นที่น่าอยู่ องค์ประกอบดังกล่าวคือ

1. คุณภาพของภาวะผู้นำทางการพยาบาล ที่ต้องแสดงให้เห็นประจักษ์ว่าเป็นผู้ที่รักษาผลประโยชน์และสนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. โครงสร้างองค์กรที่มีลักษณะแบบราบ ที่ผู้สูงสุดขององค์กรพยาบาลรายงานโดยตรงต่อผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล และมีการกระจายอำนาจให้กับหน่วยงาน
3. รูปแบบการบริหาร ใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในทุกๆระดับขององค์กรพยาบาล และให้อำนาจกับหน่วยงานในการตัดสินใจ
4. นโยบายและโครงการสำหรับบุคลากร มีโครงสร้างเงินเดือนและสวัสดิการแบบการแข่งขัน เน้นระบบส่งเสริมผู้มีความรู้ความสามารถทางคลินิก ส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ทั้งทางด้านการบริหารจัดการและทางคลินิก
5. รูปแบบการดูแลที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยความเชื่อที่ว่าพยาบาลต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของตนเอง จึงจัดระบบให้พยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูล และรู้ว่า ตนเองทำงานได้ก้าวหน้าไปถึงไหน
6. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยการส่งเสริมการปฏิบัติงานด้วยการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
7. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หลักสำคัญที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพคือ การไม่โทษใคร แต่ใช้แนวคิดทำอย่างไร จึงจะจัดการกับความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น และทำอย่างไรจึงจะทำให้ถึงเป้าหมาย
8. การให้คำปรึกษา และมีแหล่งทรัพยากรที่คอยให้ความช่วยเหลือ เน้นมีผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่สามารถเป็นที่ปรึกษา แหล่งความรู้ และสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา
9. การมีเอกสิทธิ์ โดยการคาดหวังให้พยาบาลสามารถตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ในการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ

10. **ชุมชนและองค์กรบริการสุขภาพ** โดยการเน้นการสร้างชุมชนที่เป็นพวกพ้องกันในโรงพยาบาล และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชนภายนอกโดยการอาสาสมัคร
11. **พยาบาลคือครู** เน้นบทบาทความเป็นครูในการสอนผู้ป่วย สอนพยาบาล และชุมชน เพราะการสอนทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในวิชาชีพสูง
12. **ภาพลักษณ์การพยาบาล** เน้นการสร้างคุณค่าของพยาบาล โดยมองว่าคุณค่าอยู่ที่ผลงานของพยาบาลส่งผลให้ผู้รับผลงานได้ประโยชน์ และการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับพยาบาล
13. **ความสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ** การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยแต่ละวิชาชีพให้การยอมรับสมรรถนะของกันและกันเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ
14. **การพัฒนาวิชาชีพ** โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาโดยการผลักดัน ส่งเสริม และสนับสนุนการศึกษาภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง จัดหาทุนการศึกษา จัดสรรเวลาให้สะดวกกับการศึกษาในระดับสูงและการเติบโตทางวิชาชีพเป็นไปตามความเชี่ยวชาญทางคลินิกบนพื้นฐานสมรรถนะที่กำหนดขึ้น

องค์กรประกอบทั้ง 14 องค์กรประกอบ ดังได้กล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่พิสูจน์จากงานวิจัยมาแล้วทั้งสิ้น แต่การนำมาใช้ในประเทศไทยไม่ใช่เรื่องง่าย ตัวอย่างสถานการณ์ปัจจุบันที่คาดหวังพยาบาลทำได้ทุกอย่างทำให้เกิดสถานการณ์พยาบาลสับสนในบทบาท เพราะตัวหนังสือที่ว่าด้วยหน้าที่ไม่สอดคล้องกับงานที่ปฏิบัติ ส่งผลให้เป้าหมายการทำงานไม่ชัดเจน เกิดความขัดแย้งในตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติ

จากประสบการณ์ Magnet Hospital องค์กรประกอบทั้ง 14 องค์กรประกอบ เป็นเรื่องที่ผู้บริหารทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับคนอย่างจริงจัง โดยมีพื้นฐานบนความเข้าใจคนว่าเป็นคนคือสิ่งมีชีวิต ที่มีจิตใจ มีความรับผิดชอบ และแสวงหาความสุขในชีวิต การบริหารที่เข้าใจคนและสนับสนุนคนเห็นให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขตามแนวทาง Magnet Hospital น่าจะเป็นทางออกการบริหารจัดการทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน เราน่าจะลองเรียนรู้โดยการนำมาใช้อย่างจริงจังและนำบทเรียนมาแลกเปลี่ยนเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับประเทศไทยต่อไป

A3Y : Patient Safety Campaign in Thailand:

"Clean hand, Clean Equipment and Clean Care (VAP)"

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ศ.นพ.สมหวัง ด้านชัยวิจิตร

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การรณรงค์เรื่องความปลอดภัยในการดูแลรักษาคนไข้เป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญในทศวรรษที่ 21 โดยประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญในเรื่อง การล้างมือ ความปลอดภัยจากการติดเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่ง การให้ภูมิคุ้มกัน (vaccination) ความปลอดภัยจากการติดเชื้อหลังการผ่าตัด และการพัฒนาระบบการทำความสะอาดในระบบการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาแหล่งน้ำ และการพัฒนาระบบการทำความสะอาด ของอุปกรณ์การแพทย์แบบปราศจากเชื้อ

ในส่วนของประเทศไทยนั้นได้ร่วมทำการลงนามสนธิสัญญาร่วมกับ World Health Organization (WHO) ในการรณรงค์เรื่องความปลอดภัยในการดูแลรักษาคนไข้โดยเน้นในสี่ปัญหา ที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศได้แก่การรณรงค์การล้างมือ (clean hand) การพัฒนาระบบการทำความสะอาดของอุปกรณ์การแพทย์แบบปราศจากเชื้อ (clean equipment) และการดูแล ป้องกัน ผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (clean care) และ การลดความเสี่ยงในการให้ยารักษาผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง (drug safety) ในส่วนของการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้นได้รับมอบหมายในการ รณรงค์ การพัฒนา และการดูแล ป้องกันผู้ป่วยในสามบทบาทแรก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรที่ทำงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้มีความรู้ ความเข้าใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับ บทบาทเหล่านี้เพื่อนำไปปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง

การบรรยายครอบคลุมความรู้ร่วมกับการยกตัวอย่างการรณรงค์การล้างมือ การพัฒนาระบบการทำความสะอาดของอุปกรณ์การแพทย์แบบปราศจากเชื้อ และการกำหนดมาตรการ การดูแลป้องกันผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia) และสะท้อนปัญหาที่ได้ประสบจากการรณรงค์การพัฒนาและการดูแลป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย ในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด (resource limited setting) เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากร การแพทย์ที่ทำงานในส่วนของงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้น นำไปประยุกต์ใช้ในการ รณรงค์ การพัฒนา และการดูแล ป้องกันผู้ป่วย ตามความเหมาะสม กับ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง จำกัดในสถานพยาบาลนั้นนั้น

A4Y : Safety We Care : IV CoP

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

ดร.ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์	รพ.ศิริราช
เกษร ชีระชนานนท์	รพ.อุดรธานี
อาลี แซ่เจียว	รพ.สุราษฎร์ธานี
ประภาพร นิกรเพสย์	รพ.อินทร์บุรี

ในชีวิตประจำวันของการปฏิบัติงานเราพบว่าทุกวันจะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจจะเป็นการให้ยา เคมีบำบัด เลือดและสารประกอบของเลือด สารน้ำ และสารอาหาร TPN/ PPN กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่พบในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำ แต่เป็นที่ยอมรับว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงทั้งต่อชีวิตและคุณภาพของผู้ป่วย รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบต่ออาการอยู่โรงพยาบาลที่นานขึ้นและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังเป็นกรณีที่เป็นกรณีฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ได้มากกว่ากิจกรรมอื่นๆ

ดังนั้นการเรียนรู้เพื่อการปฏิบัติที่ปลอดภัยในกิจกรรมนี้ จึงไม่สามารถทำเพียง “อ่านจากมาตรฐาน” แต่เรารู้ว่า “การเล่าสู่กันฟัง” จากเพื่อนสู่เพื่อน เป็นการสร้างสมประสบการณ์ที่มีคุณค่า เช่น “แทงไม่เจ็บ ทำอย่างไร” “ฉีดยาตัวนี้ ถ้าผู้ป่วยปวดช่วยเหลื่ออย่างไร.....เพราะไม่มีใน leaflet ” “ ยาตัวนี้...เวลาผสมแล้วจะขุ่น...อย่าทำ” “เคยฉีดยาผู้ป่วยผิด เพราะ....” “ คำเตือนใหม่ เมื่อ ส.ค ปีนี้ ไม่ให้ฉีด Ceftriazone ร่วมกับ IV ที่มี calcium ผสม...ทำไมจึงยังมีคำสั่งการรักษาอยู่อีก” และอื่นๆอีกมากมายซึ่งทำให้มีคำถามที่หาคำตอบจากตำราไม่ได้ หรือไม่ทันต้องอาศัยการเล่าและบอกต่อเพื่อให้ทันกับการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและตัวเราเอง

จุดเริ่มต้น

ในเดือนเมษายน 2550 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนดำเนินโครงการ “Support for Development of Community of Practice in Nursing and Midwifery Services” จากองค์การอนามัยโลก ได้จัดประชุมผู้บริหารการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการเครือข่ายพยาบาลวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อระดมความคิดเห็นและจัดทำเป็นแนวทางดำเนินการพัฒนา Community of Practice เพื่อการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระหว่างวันที่ 14-16 พฤษภาคม 2550 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ก กรุงเทพฯ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้บริหารองค์กรพยาบาล จำนวน 15 คนได้เกิดแนวคิดและดำเนินการปฏิบัติเกิด CoP อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเล็งเห็นว่า CoP จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาความเป็นเลิศของการปฏิบัติการพยาบาลได้ทางหนึ่ง ใน

การนี้ประธานชมรมพยาบาลไอวีและเคมีบำบัดแห่งประเทศไทย เป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

บรรยากาศของการอบรมเชิงปฏิบัติการนี้เต็มไปด้วยแก่นสาระที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา CoP เช่น ในวันแรกมีการเล่าประสบการณ์ของความสำเร็จของ ดร.วัลลา ตันตโยทัย ผู้ประสานงานเครือข่าย KM เบาหวาน ทำให้เห็นภาพของความมุ่งมั่น กระบวนการของการพัฒนาเครือข่าย และผลลัพธ์ที่เป็นความสำเร็จที่เป็นที่ยอมรับในระดับชาติ สะท้อนให้เห็นปัจจัยของความสำเร็จของชุมชนนักปฏิบัติกลุ่มนี้ คือ ความมีวิสัยทัศน์ควบคู่กับความเป็นนักวิชาการของผู้นำชุมชนนักปฏิบัตินี้

ในวันที่ 2 ผู้ร่วมโครงการต้องไปพร้อมที่โรงแรมแต่เช้า เพื่อทำ Video Conference กับ Prof. Dr. Patricia A. Abbott, PhD. ซึ่งเป็น Co-Director of the PAHO/WHO Collaborating Center of Nursing Knowledge, Information Management & Sharing, Johns Hopkins School of Nursing พวกเราได้มีโอกาสถามคำถามที่แต่ละคนสนใจ ในส่วนของชมรมฯ ถามคำถามเกี่ยวกับความแตกต่างของวัตถุประสงค์ของ Web GANM กับ ONS หรือ INS ซึ่งเป็น Web ที่ชมรมฯ มี connection อยู่ เราได้รับคำตอบว่าความแตกต่างอยู่ที่ Web GANM ให้บริการไม่จำกัด ไม่จำเป็นต้องเสียค่าสมาชิกเหมือน web society ต่างๆ ที่ชมรมฯ เป็นสมาชิกและต้องเสียค่าสมาชิกรายปี และวิทยากรท่านสุดท้ายคือ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ที่มาคุยให้เราฟังในเรื่อง Management of KM in Nursing ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้มีความชัดเจนของกระบวนการการพัฒนา CoP แต่ทำให้เกิดความตระหนักว่าการส่งเสริมให้เกิด CoP ในแต่ละระดับเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาองค์กรอัจฉริยะ (Intelligent Organization)

ความคาดหวังอะไรและเตรียมงานอย่างไรบ้าง

หลังจากการผ่านการเรียนรู้แนวทางการพัฒนา CoP จากการสนับสนุนของ WHO เราพบว่าเราต้องกำหนดสิ่งต่างๆ ดังนี้ ควรมีวิสัยทัศน์อย่างไร ควรมีพันธกิจอะไรบ้าง ผลงานที่คาดหวังมีอะไรบ้าง มีแผนการดำเนินงานอย่างไร มีโครงสร้างในองค์กรและจัดระบบบริหารจัดการอย่างไร ในการดำเนินงานของ CoP นี้ จะสามารถระดมทรัพยากร (Resource mobilization) อะไรบ้าง จากแหล่งใด อย่างไร ควรเชิญผู้เกี่ยวข้อง/สถาบันใดบ้าง ร่วมเป็น steering committee สมาชิกของ CoP นี้ ควรมีคุณสมบัติอะไรบ้าง มีบทบาทและความรับผิดชอบอย่างไร

จากการที่ชมรมฯ มีองค์กรประกอบต่างๆ รองรับพร้อม และมีเครือข่ายพันธมิตรทั้งภาครัฐและเอกชนค่อนข้างเหนียวแน่นอยู่แล้วเราจึงสามารถวางแผนเตรียมงานจัดการความรู้ได้อย่างราบรื่น โดยใช้สโลแกนว่า Safety we care: IV CoP กำหนดจัดงาน KM สำหรับชุมชนนักปฏิบัติในแต่ละภาค 5 ครั้งในช่วง กันยายน 2550 – กุมภาพันธ์ 2551

ในการประชาสัมพันธ์ เรารู้สึกไม่มั่นใจว่าจะมีคนเข้าร่วมหรือไม่ เพราะเป็นวันเสาร์-อาทิตย์ ผู้เข้าร่วมต้องใช้เวลาส่วนตัว ไม่มี CNEU ให้ และปัญหาด้านงบประมาณ เนื่องจาก

ชมรมฯ ฟังก่อตั้ง เราไม่มีเงินมากพอที่จะสนับสนุนสมาชิกร่วมกิจกรรมนี้ได้ อย่างไรก็ตาม พันธมิตรภาคเอกชนคือ บริษัทเทอูโม ประเทศไทย ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือทำให้เราสามารถ ดำเนินการ CoP ได้

ในการจัดการความรู้แต่ละครั้ง เราตั้งเป้าหมายให้มีผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละครั้งไม่ควร เกิน 120 คน จัดแบ่งกลุ่มย่อยตามความสนใจและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มละ ไม่เกิน 50 คน (เราพยายามทำตามทฤษฎีที่เรารู้จักในห้องประชุมสัมมนา จากตำรา และ จาก web site) แต่เมื่อเราประชาสัมพันธ์พบว่าในแต่ละครั้ง มีผู้ตอบรับเข้าร่วม IV CoP เกิน จำนวนที่ตั้งไว้อย่างมากได้แก่ ครั้งที่ 1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 250 คน ครั้งที่ 2 ภาคเหนือ จำนวน 400 คน ครั้งที่ 3 ภาคใต้ จำนวน 202 คน และครั้งที่ 4 ภาคกลางซึ่งตาม แผนควรต้องเป็นครั้งสุดท้าย แต่คนลงทะเบียนล้นหลาม ทางทีมงานพยายามบีบให้กลุ่มเล็กลง โดยพยายามขอให้มีผู้สละสิทธิ์ แต่ไม่มีผู้ใดยอมถอย MD บริษัทที่สนับสนุนสปิริตแรงเพิ่มรอบ การจัด เพื่อให้กลุ่มเล็กลง และมีโรงแรมที่มีห้องรองรับพอ เพราะการจัดแต่ละครั้งผู้ลงทะเบียน ต้องพักค้างคืนมากกว่า 100 ห้องขึ้นไป และมีห้องประชุมกลุ่มย่อยสำหรับทำ CoP อย่างน้อย 6 ห้องขึ้นไป ดังนั้นจึงแบ่งการจัดรอบสุดท้ายเป็นครั้งที่ 4 จำนวน 300 คน และครั้งที่ 5 ภาค ตะวันออก จำนวน 160 คน โดยคาดหวังจะทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ทั่วถึง

การดำเนินการ IV CoP

ในการดำเนินการ CoP แต่ละครั้งมีการทบทวนวัตถุประสงค์/เป้าหมายให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ รวมทั้งปรับเปลี่ยนแนวทางการ ดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มซึ่งให้ข้อเสนอแนะในการทำทบทวนหลัง ปฏิบัติ (After Action Review: AAR) ของการทำ CoP

ผู้เข้าร่วมประชุมมีทั้งเพื่อนพยาบาลทั้งระดับปฏิบัติการและผู้บริหาร เพื่อนคุณหมอและ เพื่อนคุณเภสัชกร จากโรงพยาบาลระดับจังหวัดและอำเภอ ทีมงานพยายามอย่างเต็มที่ที่จะ ดำเนินการ CoP ให้ได้ตามแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนี้

ภาคเช้า เป็นการ overview ความรู้ที่เป็น explicit knowledge และทบทวน ด้าน IV Therapy และ Medication safety เพื่อ warm up ผู้เข้าร่วมประชุม ให้วางแผนตั้งประสบการณ์ หรือประเด็นเพื่อนำไปแลกเปลี่ยน

ภาคบ่าย แบ่งกลุ่มตาม specialty area/ area of interest ของผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ที่เป็น tacit knowledge ในประเด็นต่างๆ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ

1. ทบทวนปัญหาในด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา เคมีบำบัด และสารละลายทางหลอดเลือดดำ ตามกลุ่ม area of specialty ของผู้ร่วม IV CoP (a. กลุ่ม IV Therapy in Adult, b. กลุ่ม IV Therapy in Pediatric, c. กลุ่ม High Alert Drugs, d. กลุ่ม Chemotherapy and Biotherapy)

2. ร่วมแบ่งปันการแก้ปัญหาและเรียนรู้ความสำเร็จของเพื่อนๆจากโรงพยาบาลต่างๆ และประเด็นที่สนใจด้านการสร้างความปลอดภัยด้าน IV Care ได้แก่

a. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (ลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา, ลดการติดเชื้อ, ลดโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆด้าน IV Care, ลดค่าใช้จ่ายค่าวัสดุ อุปกรณ์, ลดเวลาในการทำงานของบุคลากร, เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ)

b. ความปลอดภัยของบุคลากร (ปลอดภัยจากการฟุ้งร้อง, ปลอดภัยจากการสัมผัสเคมี บำบัด)

ภาคค่ำ เป็นการสังสรรค์ โดยเป็นลักษณะ dinner party เป็นการสร้างเครือข่ายของ IV CoP จากโรงพยาบาลต่างๆ ไม่น่าเชื่อว่าเพื่อนๆ ชาว IV CoP นอกจากจะเข้มข้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยังมีกลิ่นเม็ดและที่เด็ดเพื่อเล่นเกมชิงรางวัลได้อย่างแยบยล น่าประทับใจจริงๆ

เช้าของวันอาทิตย์ เริ่ม 8.00 น.แต่ละกลุ่มนำเสนองานที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มย่อย สุ่มกลุ่มใหญ่ และมีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง เพื่อนำสู่ Best Practice และ Innovation ในการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำต่อไป

เที่ยงวันอาทิตย์ บทสรุป และพันธะสัญญาที่จะพบกันใน www.ivnthai.org เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และรับประทานอาหารเที่ยงใน fair well party และแยกย้ายกลับบ้าน

อย่างไรก็ตาม ในการเตรียมการเพื่อปฏิบัติการ CoP แต่ละครั้ง จะมีการศึกษา area of specialty และลักษณะโรงพยาบาลของผู้ร่วมประชุม ตามรายชื่อที่ส่งมาก่อนล่วงหน้า 2 อาทิตย์ เพื่อประเมินว่าควรจะใช้กลยุทธ์ใด จุดประกายให้การทำ CoP เป็นเป็นอย่างผ่อนคลาย เป็นกันเอง ภายใต้ความมุ่งหวังเกี่ยวความรู้ทั้ง Explicit & Tacit Knowledge in Infusion Care อย่างมีชีวิตชีวา

เรื่องเล่า IV CoP ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เกษร ธีระชนานนท์ (รพ.อุดรธานี)

ความปลอดภัยในการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แม้จะเป็นเรื่องพื้นฐานในการให้บริการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงวัยชรา แต่ยังคงเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพ และดูเหมือนว่าการที่จะประกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำเลยนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ถ้าทราบใดกระบวนการให้ยายังตกอยู่ในมือของมนุษย์ที่ยังมีความพลั้งเผลอ อย่างไรก็ตาม การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดยังมีโอกาสที่จะทำได้ ถ้าผู้เกี่ยวข้องกับการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้สร้างระบบที่ดีหรือวิธีการทำงานที่ถูกต้องตั้งแต่แรก เช่น การออกแบบกระบวนการให้ยาที่สามารถลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด การจัดระบบงานให้ส่งเสริมความปลอดภัย การนำเครื่องมือมาใช้อำนวยความสะดวก ระบบดักจับความผิดพลาดต่างๆก่อนถึงตัวผู้ป่วย วิธีการใดล่ะ? ที่จะช่วยให้เราเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลของเราได้

ในสมัยก่อน หากเราต้องการรู้ว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ทำอย่างไร ก็ต้องทำเรื่องขอไปศึกษา ดูงาน ซึ่งมีข้อจำกัดคือไปได้แค่ 1-2 แห่งต่อการศึกษาดูงานครั้งหนึ่งและต้องใช้งบประมาณสูง บางครั้งไปดูงานกลับมาแล้วก็ทำต่อไม่ได้ เพราะมีข้อจำกัดหรือบริบทที่แตกต่างกัน แต่สมัยนี้ ได้มีการนำแนวคิดเรื่องการจัดการความรู้มาใช้ ทำให้ลดข้อจำกัดเหล่านี้ เราสามารถแลกเปลี่ยน ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์กับบุคลากรในที่ต่างๆ ได้ครั้งละหลายๆ โรงพยาบาล มีหลาย ทางเลือกให้เราทดลองจนได้สิ่งที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลของเรา มีเครือข่ายให้เราได้ปรึกษา ถ้าเราพลาดสะดุดทกล้ม ไม่มีการหวงความรู้ หวงวิชา ในกลุ่มที่เรียกว่า “ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice)” ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายในการทำงานอย่าง เดียวกัน คือการสร้างความปลอดภัยในการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

CoP IV safety : จังหวัดอุดรธานี เกิดจากการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการของ บุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีเพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องระบบยาและระบบ IC มีการแลกเปลี่ยน ความรู้หลากหลายมุมมองจากบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลจากหอ ผู้ป่วยต่างๆ นำประสบการณ์จากการแลกเปลี่ยนความรู้มาทดลองปฏิบัติ จนสามารถสร้างระบบ ความปลอดภัยได้ในระดับหนึ่ง จากนั้นเราก็เริ่มขยายผลไปที่ รพช. น้องๆ เครือข่ายของเรา เชิญมาพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการผ่านเวที การประชุมของชมรมพยาบาลไอวีและเคมีบำบัดแห่งประเทศไทย ที่ออกสัจจตามภูมิภาค เพื่อปูพื้นฐานความรู้ให้ถูกต้องร่วมกันก่อนมีการสร้าง เป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อคิดเห็น นวัตกรรม และประสบการณ์ภายในกลุ่ม อย่างต่อเนื่อง ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่นเป็นกันเอง พี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้นไม่ใช่เพียงผู้ป่วยปลอดภัยเท่านั้น สิ่งที่น่าชื่นใจทำให้หายเหนื่อย คือเราได้ทั้ง Teamwork and Network ที่เข้มแข็งและทรงพลังตอบแทนกลับคืนมาอย่างคุ้มค่า

Coming together is beginning

Walking together is progress

Growing together is success.....แต่..ชาว CoP IV safety ทุกคน

เรื่องเล่า IV CoP ภาคใต้

อาลี แซ่เจียว (รพ.สุราษฎร์ธานี)

เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2551 ได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เพื่อให้ สารน้ำ เลือดยาและเคมีบำบัดปลอดภัย โรงแรมทิวลิปโลดิส จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งตัวดิฉัน ไม่ได้รับไควตาจากบริษัท Terumo แต่ได้รับไควตามาจากเพื่อนหัวหน้าหอ 2 คน ตอนแรกไม่ คิดจะไปเนื่องจากติดภารกิจส่วนตัว แต่ด้วยกลัวเพื่อนจะเสียใจจึงตัดสินใจไปประชุม โดยตั้ง ความหวังว่าคงจะได้ความรู้หรือ Technique ใหม่เกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่ พอการประชุมดำเนินไปรู้สึกผิดหวังเพราะเป็นการให้ความรู้แบบ overview เกี่ยวกับการให้ IV ซึ่งผิดความคาดหวังของตัวเอง รู้สึกเสียดายเวลาที่มาประชุมครั้งนี้

มีสะดวกอยู่ 2-3 คำที่เพิ่งเคยได้ยิน คือ ประชานชมรมพยาบาลไอวีและเคมีบำบัดแห่งประเทศไทย, IV Cop ขณะบรรยาย อ.ดร.มองพักตร์พูดคำว่า keep thinking บ่อยถึงบ่อยที่สุด ช่วงบ่ายแบ่งกลุ่มดิฉันได้อยู่กลุ่ม High Alert Drugs ก็มีการเลือกประธาน เลขา คนนำเสนอและให้การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการ High Alert Drugs ในแต่ละโรงพยาบาล โดยในกลุ่มได้เสนอแนวทางการจัดการ High Alert Drugs มีหลายรูปแบบ เช่น แบบ KM, RCA หรือ best practice มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางในแต่ละโรงพยาบาล บอกแนวทางการจัดการ High Alert Drug ซึ่งส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน

ที่ประชุมกลุ่มสรุปเสนอแบบ RCA แต่ตัวดิฉันไม่เห็นด้วย คิดว่าการจัดการ High Alert Drug น่าจะทำได้ Best Practice ได้ เมื่อเป็นเสียงข้างน้อยก็ต้องเก็บตัวเงียบ แต่หุฟังเพื่อนๆ โรงพยาบาลโรงพยาบาลอื่นเสนอปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ตอนเย็นมีการสังสรรค์ วันรุ่งขึ้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม ได้มีการนำเสนอของกลุ่ม 4 เรื่อง 5 กลุ่ม หลังจากนั้นอาจารย์ได้พยายามให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ดิฉันได้เห็นถึงความพยายามของอาจารย์ที่ให้พวกเราเล่าประสบการณ์ในการทำงานเพื่อเป็นการแชร์ให้กับพี่น้องพยาบาลที่มาประชุมพร้อมกัน 200 คน แต่ที่ประชุมยังเงียบอยู่ ขณะเดียวกันก็คิดว่าคงมีหลายคนคงไม่ได้อะไรกลับไป

จนดิฉันเงยหน้าอ่านป้ายการอบรมอีกครั้งว่าเป็นโครงการจัดการความรู้เรื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้สารน้ำเลือด ยา และเคมีบำบัดปลอดภัย พร้อมนึกถึงตัว Thinking Thinking ทำให้ถึงบางอ้อว่าการประชุม IV COP ครั้งนี้ เราจะเอาความรู้จากอาจารย์อย่างเดียวกองไม่ได้ แต่การประชุมครั้งนี้ต้องการให้ทุกคนนำความรู้เกี่ยวกับการให้สารน้ำ เลือด ยา และเคมีบำบัดที่เป็น Tacit Knowledge เช่น การแทง IV ไม่เจ็บทำได้อย่างไร เทคนิคการแทงเส้นในเด็กเล็กๆ หรือสิ่งเล็กๆน้อยๆที่ชาวพยาบาลมักจะลืมหาคำแนะนำเกี่ยวกับ position ของแขนที่ให้น้ำเกลือควรเคลื่อนไหวได้มากน้อยแค่ไหน แนวทางการจัดการ High Alert Drug การเป็นมือเขียนในการให้ IV เป็นต้น เมื่อคิดได้เช่นนั้นดิฉันได้ลุกขึ้นแสดงความคิดเห็นเป็นคนแรก (เนื่องจากอายุเกือบ 50 ปี แล้ว) และคิดว่าตัวเองคงต้องแชร์ประสบการณ์ที่ผ่านมาให้น้องๆ พยาบาลประมาณ 200 ชีวิต ได้รับรู้เพื่อเป็นทางลัดในการทำงาน

การต่อยอดจาก IV CoP สู่อุปนิสัย ดิฉันได้บอกสิ่งที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ คือ เมื่อกลับไปจะดำเนินการดังนี้

1. แสวงหา “เขียน IV” ของหน่วยงาน โดยให้พยาบาลทุกคนตั้งมาตรฐานการแทง IV หรือการทำหัตถการไม่เกินกี่ครั้ง/ราย เก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน
2. จัดทำ Best Practice เกี่ยวกับ High Alert Drugs ดังนี้
 - 2.1 รวบรวมกลุ่ม High Alert Drug ที่ใช้ในหน่วยงาน
 - 2.2 จัดทำคู่มือยา High Alert Drug ไว้ในหน่วยงาน
 - 2.3 มีเขavnป้ายที่เขียนบอกว่า “ยาความเสี่ยงสูง” ด้วยตัวหนังสือสีขาวบนพื้นสีแดง
 - 2.4 ทบทวนเนื้อหา High Alert Drug เมื่อมี case ในการ Pre-conference ทุกวัน

2.5 จัดทำ Nursing Care Plan ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา High Alert Drug แต่ ละตัวเพื่อลดเวลาทำงานของบุคลากร

2.6 เก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องลดความคลาดเคลื่อนจากการให้ยา, ลดโอกาสเสี่ยง จากภาวะแทรกซ้อนในการให้ยากลุ่ม High Alert, อัตราความพึงพอใจของ ผู้ป่วย

Best Practice & Innovation จากปักษ์ใต้ จากการที่ร่วมทำ IV CoP เราได้เรียนรู้ว่า พยาบาลปักษ์ใต้ก็เก่งไม่แพ้ที่อื่น ๆ เช่น เพื่อนจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใช้ NSS แทน heparin lock ในผู้ป่วยเด็ก 100 % อาจารย์บอกว่าสามารถทำได้เช่นเดียวกับ สมาคมพยาบาลกุมารแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา ขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางที่ยังใช้ heparin lock อยู่ นอกจากนี้ เพื่อนชาวสงขลาก็มีนวัตกรรมเป็นตาข่ายดักจับ near missed เคมี บำบัด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปลอดภัย นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของ Best Practice & Innovation จาก IV CoP ภาคใต้

CoP ช่วยเปลี่ยนวิธีคิด ในที่ประชุมวันนั้น สมาชิกก็มีการถ่ายทอดประสบการณ์ในการ ทำงานที่สะสมมานานให้ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกันทำให้เกิดประโยชน์ เราซึ่งเป็นรุ่นพี่ก็สามารถ สอนน้องๆพยาบาลได้โดยใช้เวที IV CoP มาแชร์ประสบการณ์ โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็ไม่ ต้องเสียงบประมาณ ต้องขอขอบคุณจริง ๆ ที่การประชุมครั้งนี้ได้เปลี่ยนวิธีคิดของดิฉันว่าการ ประชุมทุกครั้งเราต้องเป็นฝ่ายนั่งฟังเขาพูดวิชาการ มาเป็นเรามีส่วนร่วมในการแชร์ tacit knowledge ร่วมกัน ทำให้น้องหลายๆ คนได้ข้อมตินำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานของตน

TK และ EK ใน www.ivnthai.org

ชมรมพยาบาลไอวีและเคมีบำบัดแห่งประเทศไทย ตระหนักถึงการกระจายของการใช้ ไอซีทีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อินเทอร์เน็ตทำให้เกิด World Knowledge และ New Learning Society ดังนั้นชมรมฯ จึงมุ่งมั่นที่จะพัฒนา IVN web ขึ้น เพื่อเป็นที่ของการแชร์ความรู้ ของ ชุมชนนักปฏิบัตินี้

Tacit Knowledge (TK) และ Explicit Knowledge (EK) ในเว็บไซต์ชมรมพยาบาลไอวี และเคมีบำบัดแห่งประเทศไทย (www.ivnthai.org) มีเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ในเว็บ (IVN web Tools) ดังนี้ Web content : Articles, RSS (Really Simple Syndication) : News, Short note, Search, Wiki media “วิกิ” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “สารานุกรมต่อยอด” คือ เว็บไซต์ที่ให้ผู้ใช้งานสามารถใส่ข้อมูลและแก้ไขข้อมูลต่างๆได้อย่างง่ายดาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน การเขียนข้อมูลร่วมกัน, Web board or forum

บทสรุป

การรวมตัวจากความต่าง ไม่ว่าจะต่างวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ และ เกษัชกร ต่างภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออก ต่าง

โรงพยาบาล ได้แก่ ตะกั่วป่า ศิริราช นราธิวาส ศรีนครินทร์ กรุงเทพ พะเยา สมิติเวช และ
โรงพยาบาลอื่นๆ อีกนับร้อยจากทั่วประเทศ ต่างความชำนาญหรือสนใจ ได้แก่ ไอวีในผู้ใหญ่ ไอ
วีในเด็ก High Alert Drugs และ เคมีบำบัด แต่เมื่อเรารวมตัวกันใน IV CoP เพื่อแลกเปลี่ยน
เรียนรู้เรื่องของการปฏิบัติกันเป็น routine โดยมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) คือ ความ
ปลอดภัยในผู้ป่วย ไม่น่าเชื่อว่าเราสามารถสืบค้น Innovation และสิ่งที่กลุ่มชื่นชมยกย่องเป็น
Best Practice ได้จากการนำเรื่องเล่าความสำเร็จที่กำลังดำเนินการหรือวัดผลแล้วมาแชร์ในกลุ่ม
และยังพบว่าสมาชิก CoP ส่วนหนึ่งมีการสานต่อโครงการต่างๆที่นำมาเล่าให้แก่เพื่อนๆ ให้เกิด
เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็น “พลังแห่ง CoP” ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างมากในการ
ขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศขององค์กรในที่สุด

B1Y : Medication Reconciliation

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภก. กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง รพ.บำรุงราษฎร์
ภญ. สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ รพ.เลิดสิน
รศ.ภญ. ธิดา นิงสานนท์

เหตุการณ์เหล่านี้เคยเกิดขึ้นในโรงพยาบาลท่านหรือไม่

- ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้วไม่ได้รับยาที่เคยใช้อย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการโรคเดิมกำเริบ
- แพทย์สั่งหยุดยาบางชนิดชั่วคราวในระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก็ไม่ได้รับยาเดิมอีก
- มีการสั่งยาซ้ำซ้อน ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน เพราะไม่ทราบว่าเดิมผู้ป่วยใช้ยาอะไรอยู่
- ฯลฯ

เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นแต่ไม่มีการบันทึก จึงไม่ได้รับความสนใจที่จะนำไปสู่การแก้ไขหรือวางระบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ความคลาดเคลื่อนเหล่านี้นำมาซึ่งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลจำนวนมากไม่น้อย

เป็นที่ยอมรับกันว่าทุกรายของการบริการตั้งแต่ผู้ป่วย admit เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การย้ายหอผู้ป่วย ย้ายแผนกไปรับการรักษา หรือย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยามี้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นนี้กว่าครึ่งสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้หากมีระบบของ medication reconciliation ที่มีประสิทธิภาพ

หากเคยมีอุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในโรงพยาบาล และท่านอยากวางระบบเพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ ท่านจะเริ่มต้นอย่างไร กระบวนการนี้เป็นความร่วมมือของสหวิชาชีพ ไม่ใช่วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งดำเนินการเองทั้งกระบวนการ ผู้บริหารเองก็ต้องให้การสนับสนุน และมีนโยบายที่ชัดเจนกระบวนการนี้จึงจะเกิดขึ้นได้และดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำกันอยู่แล้วในโรงพยาบาล แต่ยังเป็นการทำไม่สม่ำเสมอและขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติแต่ละคน ยังไม่มีระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้กระบวนการนี้ประสบความสำเร็จ

IHI ได้ให้ความหมายและความสำคัญของ medication reconciliation ไว้ดังนี้

Medication reconciliation is the process of **creating the most accurate list possible** of all medications a patient is taking — including drug name, dosage, frequency, and route — and **comparing that list against the physician’s admission, transfer, and/or discharge orders**, with the goal of providing correct medications to the patient at all transition points within the hospital. Experience from hundreds of organizations has shown that poor communication of medical information at transition points is responsible for as many as 50 percent of all medication errors and up to 20 percent of adverse drug events in the hospital. Each time a patient moves from one setting to another, clinicians should review previous medication orders alongside new orders and plans for care, and reconcile any differences. If this process does not occur in a standardized manner that is designed to ensure complete reconciliation, medication errors may lead to adverse events and harm.

B2Y : ตัวชี้วัดระบบยา (Indicators for Drug System)

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์ รพศ.สุราษฎร์ธานี

ภญ. สุมาพร ไทยเจริญ รพศ.สระบุรี

ท่านเคยสงสัยในประเด็นเหล่านี้บ้างหรือไม่ว่า

- ตัวชี้วัดในงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลคืออะไร
- ตัวชี้วัดในงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างไร
- ท่านจะสามารถนำตัวชี้วัดในงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลต่าง ๆ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือองค์กรของท่านได้อย่างไร
- การเก็บข้อมูลเรื่องตัวชี้วัดในงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของท่านหรือเพิ่มภาระงานให้แก่ท่านหรือไม่
- และอื่น ๆ อีกมากมาย

หากท่านเป็นคนหนึ่งที่สงสัย หรือกังวลในประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวถึงข้างต้น เราขอแนะนำให้ท่านเข้ามาฟัง session นี้

โรงพยาบาลเปรียบเสมือนคลังข้อมูลทางยาที่มีมากมายมหาศาล เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลมักจะให้ความสำคัญกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทุกครั้งที่มีการทำงานก็จะมี การจัดเก็บข้อมูลเอาไว้เสมอ ซึ่งข้อมูลมากมายเหล่านี้ส่วนหนึ่งเราสามารถนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดในงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลหรือในระบบยาได้ และแน่นอนถ้าเราต้องการให้ ข้อมูลเหล่านั้นเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ตลอดจนรวมถึงองค์กรของเรา การจัดการข้อมูลที่มี อยู่อย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง นำเชื่อถือตาม หลักสถิติ การนำเสนอข้อมูลได้อย่างน่าสนใจ สามารถก่อให้เกิดกระบวนการวางแผน การ กำหนดแผนนโยบาย หรือสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อก่อให้เกิดการแก้ปัญหาเชิงระบบภายใน องค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม

ใน session นี้ วิทยากรจะได้แนะนำให้ทุกท่านรู้จักกับ 18 ตัวชี้วัดพื้นฐานในการจัดการ ระบบยาโรงพยาบาล ท่านจะทราบรายละเอียดของการเก็บข้อมูล และได้เรียนรู้กระบวนการใน การนำข้อมูลไปใช้ ตลอดจนเทคนิคในการนำเสนอข้อมูล และตัวอย่างของการวิเคราะห์ข้อมูล อย่างเป็นระบบ การวางแผนการใช้ข้อมูล ตลอดจนการนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ใน องค์กร

สำหรับท่านที่ผ่านการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดพื้นฐานมาแล้วอย่างโชกโชนแล้ว เรายังอยาก แนะนำให้ท่านเข้ามาฟัง session นี้ได้ เพราะวิทยากรจะนำเสนอแนวคิดต่อยอดในการพัฒนา ตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพสำหรับงานบริการทางคลินิกอีกหลายงาน ที่อาจจะวัดผลสัมฤทธิ์ได้

หลังจากการฟัง session นี้แล้ว เชื่อว่าทุกท่านคงจะมีพลังในการติดตามตัวชีวิตในงาน
เภสัชกรรมโรงพยาบาล ท่านคงจะไม่เบื่อหน่ายที่จะเก็บข้อมูลตัวชีวิต และท่านคงจะไม่รู้สึกว่
การเก็บข้อมูลเป็นเรื่องยาก หรือเป็นภาระที่มากจนเกินกว่าที่จะสามารถทำได้จริง ตัวชีวิต
ทั้งหลายจะไม่ถูกทำขึ้นเพียงเพื่อส่งต่อไปให้กับผู้บริหารตามหน้าที่ แล้วเก็บไว้ในลิ้นชัก ในแฟ้ม
หรือในคอมพิวเตอร์เท่านั้น แต่ตัวชีวิตเหล่านี้จะถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อองค์กรและต่อ
ผู้ป่วยของเราต่อไป

B3Y : กำจัดจุดอ่อนของการวินิจฉัยและติดตาม ADR

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

นพ.ชนพัฒน์ พวงเพชร

รพ.สมุทรสาคร

ภญ.จันทร์จิรา ขอบประดิด

รพ.สมุทรสาคร

ผศ.ดร.ภก.ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ

มหาวิทยาลัยมหิดล

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) อาจไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากการพิสูจน์เพื่อยืนยันโดยการให้ยาที่สงสัยซ้ำใหม่และติดตามผลที่เกิดขึ้นไม่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นจุดอ่อนสำคัญของการวินิจฉัย ADR และส่งผลต่อการเลือกให้ยาให้เกิดความปลอดภัย

การกำจัดจุดอ่อนนี้ต้องดำเนินการร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยทำการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด การตรวจร่างกายอย่างระมัดระวัง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความปลอดภัยที่ผ่านมาของยาที่ผู้ป่วยได้รับทุกชนิด และการวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยเกิดขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ โดยร่วมกันใช้ความรู้ และข้อมูลต่างๆดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อนของการติดตาม ADR คือ การถ่ายทอดข้อมูล ADR โดยการสื่อสารข้อมูล เกี่ยวกับการเกิด ADR ของผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดในครั้งต่อไปในรูปแบบการบันทึกในเวชระเบียน และการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการบันทึกในบัตรเตือนเรื่องยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และรับผิดชอบ

B4Y : การจัดการเชิงระบบ ยาที่มีความเสี่ยงสูง

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

พญ.สมฤดี ฉัตรสิริเจริญกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

น.ต.หญิงพรประภา โลจนะวงศกร รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

รพ.ศิริราช

ยาที่มีความเสี่ยงสูงนำมาซึ่งความสูญเสียชีวิต การเกิดทุพพลภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเยียวยาย่างมหาศาล ไม่นับรวมการเกิดคดีฟ้องร้องที่อาจมีขึ้นในภายหลัง การจัดการเชิงระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้เกิดขึ้นได้จริง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขที่ได้ทำงานอย่างมั่นใจ รับรู้ในความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รู้ตัวว่าควรจะมีระดับระวังอะไร โดยเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติตามขั้นตอนที่วางไว้

ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะถูกสั่งใช้มากในจุดที่วิกฤต เช่น ในห้องฉุกเฉิน แพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในกระบวนการสั่งใช้ยากลุ่มนี้และคอยติดตามผลหลังการให้ยา บทบาทของแพทย์ใน ER ที่ท่านจะได้รับฟังนี้เป็นกรณีที่เกิดขึ้นจริง เป็นเรื่องเล่าที่ทรงพลัง เป็นปัญหาที่ครั้งหนึ่งเคยเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า แต่ไม่ได้รับการแก้ไขเพราะไม่เคยได้มีการรายงาน ได้ยินแต่เสียงกระซิบเล่าสู่กันฟัง การจัดการเชิงระบบอย่างไรจึงจะเหมาะสมในสถานการณ์เช่นนี้

สถานการณ์ที่ห้องฉุกเฉินของพวกเราประกอบด้วยทีมงานในฝัน คือสั่งใช้ยาโดยแพทย์จบใหม่ รับคำสั่งและให้ยาโดยพยาบาลจบใหม่ จ่ายยาโดยเภสัชกรจบใหม่ หรือไม่มีเภสัชกรในบางช่วงเวลา

บทบาทของพยาบาลต่อการรับคำสั่ง การผสมยาและให้ยา การติดตามผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวัง เป็นสิ่งที่ทำได้ยากยิ่งในภาวะการณ์ที่พยาบาลมีเพียงน้อยนิด ขณะทำงานทุกอย่างที่เป็นงานคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต้องให้พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการแทบทั้งสิ้น พยาบาลจะต้องคิดอย่างไร ทำอย่างไร จึงจะพ้นทุกข์และทำงานอย่างมีความสุข

บทบาทของเภสัชกรต่อการจัดการกับยาที่มีความเสี่ยงสูง คงไม่ใช่เพียงการพิมพ์คู่มือที่คัดลอกมาจากที่อื่น ๆ และนำไปจัดวางไว้ในที่ต่างๆ ในโรงพยาบาลโดยไม่มีผู้ใดมีเวลาเปิดดู คงไม่ใช่เพียงการเพิ่มแบบฟอร์มในการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรอื่นๆ ต้องกรอกข้อมูลเพิ่มเติมโดยไม่ทราบที่มาที่ไปของการปฏิบัติตามขั้นตอนและรู้สึกว่าเป็นเพียงการเพิ่มภาระงานให้มากขึ้นเท่านั้น

ทำอย่างไรที่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจึงสามารถมาร่วมกันวางระบบที่รัดกุมเพื่อป้องกันโศกนาฏกรรมรายต่อๆ ไปด้วยกัน การแก้ไขเชิงระบบต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนมาจากฝ่ายบริหาร การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติงาน การให้ความรู้แก่บุคลากร การจัดการผลิตภัณฑ์ยาที่มีในโรงพยาบาล การกำหนด

เกณฑ์ในการเฝ้าระวังให้ผู้ปฏิบัติสามารถทำตามได้โดยง่าย การสื่อสารที่ทั่วถึงและมี
ประสิทธิภาพ การใช้สารสนเทศให้เกิดประโยชน์ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การติดตามประเมิน
เมื่อนโยบายถูกนำไปสู่การปฏิบัติ ฯลฯ มีอีกหลายสิ่งหลายอย่างที่ท่านสามารถใช้ความคิด
สร้างสรรค์ทำให้เกิดขึ้นได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาพยาบาล

ไม่มีอะไรสำเร็จรูปที่จะใช้ได้ผลดีเหมือนกันไปหมดทุกโรงพยาบาล การได้ฟังข้อมูลที่
หลากหลายอาจทำให้ท่านได้ "ปิ๊งแว็บ" แนวคิดใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลของท่าน ไม่มี
มีใครทำได้ดีไปกว่าท่านอีกแล้วเพราะท่านคือผู้ที่อยู่ในงานนั้น ตัวจริงเท่านั้นที่จัดการได้

C1Y : Clinical Governance & Beyond CPG

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

ศ.คลินิก นพ.อภิชาติ ศิวยาธร รพ.บำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล

C2Y : การป้องกันการฟ้องร้อง

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3

นพ.วันชาติ ธาดาตลทิพย์ รพ.เปาโลสมุทรปราการ
ศ.คลินิก นพ. อำนาจ กุศลนันท์ แพทยสภา
วรรณี พงษ์อำพันธ์ รพ.กล้วยน้ำไท

- บทสรุปจากกรณีศึกษา
- ก , ข , ค, ง ที่ควรระวัง
- พ.ร.พ ที่ต้องส่งเสริม

กรรมดี	ดีกว่า	วัตถุประสงค์
ทำดี	ดีแล้ว	เป็นพร
เราดี	ดีกว่า	ดวงดี

C3Y : Getting Evidence into Practice

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3

รศ.พญ.เจศกฐา ถิ่นคำรพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.อุษณีย์ สวัสดิพานิชย์	รพ.ขอนแก่น
นพ.บรรพจน์ สุพรรณชาติ	รพ.กาฬสินธุ์
ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โครงการพัฒนาการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาทางอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้มารดาและทารกแรกเกิดมีสุขภาพที่ดีขึ้น อันเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ พัฒนาการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาทางอนามัยแม่และเด็กในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งดำเนินการในไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และ อินโดนีเซีย โดยการสนับสนุนของ Welcome Trust

การดูแลรักษาพยาบาลที่พยายามนำมาใช้ได้แก่

1. การมีผู้ให้ความช่วยเหลือที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ ในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด
2. การให้ corticosteroid ในมารดาที่จะคลอดก่อนกำหนด
3. การให้ยาปฏิชีวนะในมารดาที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด
4. การให้ magnesium sulfate ในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ
5. การให้ยาปฏิชีวนะในมารดาที่จะต้องผ่าท้องคลอด
6. การดูแลรักษามารดาในระยะที่สามของการคลอด

การดูแลรักษาพยาบาลที่พยายามให้เลิกใช้ ได้แก่

1. การสวนอุจจาระและโกนขนในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอด
2. การตัดฝีเย็บในผู้คลอดทุกราย
3. การใช้คีมช่วยคลอด

Getting evidences to practices: the SEA-ORCHID* project in Thailand

Background: SEA-ORCHID is a five-year collaborative project (2004-08) between Australia and four countries in South East Asia. Using an interrupted time series design, the project aims to address whether the health of mothers and babies in Thailand, Malaysia, Philippines and Indonesia can be improved by increasing the capacity for research synthesis and implementation of effective interventions.

In Thailand, a provincial (Kalasin), regional (Khon Kaen) and university hospital (Srinagarind) are participating in the project.

Objectives: To assess whether current management of specific pregnancy and childbirth related practices follows best practice recommendations in three hospitals in Thailand.

Methods: During May-September 2005 a trained nurse at each hospital prospectively reviewed the case reports of 1000 women and extracted data on a range of maternal and infant outcomes. Frequencies and percentages were used to present the practices and health outcomes.

Results: For several practices, such as suturing of the perineum, oxytocin during third stage, early cord clamping and immunization against Hepatitis B, recommendations were followed in over 90% of cases across all hospitals. Rates for ineffective practices, such as shaving of the perineum and use of enema, varied widely among hospitals: 98.3 %, 43.0 % and 79.1 %, and 60.6%, 0.7 % and 29.0% respectively for Kalasin, Khon Kaen and Srinagarind Hospitals. We identified several practices for which adherence to recommendations could be improved: use of antenatal corticosteroids, support during labour, external cephalic version for breech presentation, and selective use of episiotomy. Two per cent of babies were either stillborn or died after birth. There were no maternal deaths. Details of interventions implemented at each hospital will be presented at the meeting.

Conclusions: The baseline data have highlighted several areas where more effective implementation of evidence is required. Interventions to improve practice have been implemented at each hospital and will address local barriers to the uptake of evidence.

*SEA- Optimising Reproductive and Child Health Outcomes in Developing Countries (ORCHID) is jointly funded by the Wellcome Trust, UK and the National Health and Medical Research Council, Australia. www.seaorchid.org

ห้อง Phoenix 4-6 (ห้อง Z)

Patient Safety

เชิญชวนมารับฟังประสบการณ์ที่หลากหลาย ในการจัดการความเสี่ยง
เกาะติดเรื่องฮิต Trigger Tool กำลังมาแรง

วันที่ 12 มีนาคม 2551

Patient Safety ที่ มอ.	ขอให้ดู ครูทำเป็นตัวอย่าง
Thai HA Trigger Tool	กระจกส่องความเสี่ยงทางคลินิก
Concurrent Trigger Tool	ใช้ trigger ฝ้าดู รู้แล้วจัดการทันที

วันที่ 13 มีนาคม 2551

Emergency Medicine	สำคัญที่ วินิจฉัย ให้รวดเร็ว
Risk Management	ยิ่งโรงพยาบาลใหญ่ ยิ่งต้องง่ายและต้องมัน
วัฒนธรรมมา RM สบาย	มากขึ้นหลากหลายสไตล์
ใส่ใจเป้าหมาย ปลอดภัยผู้ป่วย	ทั้ง PSG และการดูแลหัวใจ ออกซิเจน ดีซ่าน

วันที่ 14 มีนาคม 2551

ป้องกัน Error (การบ่งชี้, LAB), ใช้ Trigger ดู AE	
ติดเชื้อมาма ใช้ยาให้ถูก	Antibiotic, VAP, SSI
คิดไม่ถึง จึงติดเชื้อ	มือ เครื่องมือ ขยะ ห้องแยก ห้องผ่าตัด

A2Z : Patient Safety ในการสอนและงานบริการ

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

12 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

รศ.นพ.กิตติ ลีมอภิชาติ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.รังสรรค์ ภูยานนทชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ณนุดา ศรีสุทธิพรสกุล	รพ.สงขลานครินทร์
รศ.นพ.ธวัช ชาญชุกรานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความสำคัญของ patient safety goals

การให้บริการทางการแพทย์ในทุกกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสียหายได้ทั้งสิ้น ทั้งที่เป็นความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก ตั้งแต่ การเข้าถึงบริการ การประเมินก่อนการรักษา ขั้นตอนการรักษา การดูแลทั่วไป การดูแลเฉพาะ เช่นการผ่าตัด การคลอด การให้ยา ลดปวด ผู้ป่วยโรคเฉพาะ (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด , stroke) การวางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งความเสี่ยงจากกระบวนการสนับสนุน

ทำไมต้องมี Patient Safety Goals

ลองคิดว่า ทำไมพระเจ้าตากต้องทาบหม้อข้าวก่อนเข้าตีเมืองจันทน์ ? ทำไม IHI จึงรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิตแสนรายภายใน 1 ปี ? ทำไมองค์กรอนามัยโลกจึงรณรงค์ "Clean Care is Safer Care"? ทั้งหมดเป็นตัวอย่างของการแสดงความมุ่งมั่นร่วมกัน ดังนั้นความปลอดภัยเป็นเป้าหมายใหญ่ที่เราควรแสดงความมุ่งมั่นร่วมกัน

เป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2549-2550

โรงพยาบาลฯกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม จากการทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลตามโปรแกรมของโรงพยาบาลฯ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ผลกระทบ สถิติอุบัติการณ์ (miss, near miss) รวมทั้งติดตามผล โดยกำหนดตัวชี้วัด มากำหนดหัวข้อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมาย จุดเน้นและแนวทาง โดยใช้แนวคิดตาม HA-Thailand PSG ดังนี้

1. พัฒนาการบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง
2. ป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการตรวจทางรังสีวินิจฉัย
3. ป้องกันความผิดพลาดในการทำการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคนและผิดประเภท
4. ลดอัตราเสี่ยงการได้รับอันตรายของผู้ป่วยที่เป็นผลมาจาก ลื่น ตก หกล้ม
5. ป้องกันความผิดพลาดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. พัฒนาความปลอดภัยในระบบยา สารน้ำ

7. ลดอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

8. พัฒนาประสิทธิผลของการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้ PCT ยังได้กำหนด PSG เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะมีความปลอดภัย เช่น แนวทางการขนส่งผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจน แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การใช้ sedation guideline เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยไอซียู แนวทางการให้ยาเคมีบำบัดโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นต้น รวมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยของหน่วยงานสนับสนุน

การติดตามผล PSGs กำหนดตัวชี้วัด วิธีการติดตาม รวบรวมข้อมูล ผู้รับผิดชอบในการรายงานข้อมูล กำหนด action ของผู้รับผิดชอบนำข้อมูลไปใช้ เช่น การทำ RCA ของ คณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นต้น

A3Z : Thai HA Trigger Tool กระจกส่องความเสี่ยงทางคลินิก

12 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

ทพ.ญ.ภารณ์ ชาวาลุณี	รพ.สวนปรุง
นพ.วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์	รพ. เจริญกรุงประชารักษ์
นพ.สุรวุฒิ ลีพะทะกร	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
พญ.วิภาดา เชาวกุล	

Thai HA Trigger Tool กระจกความเสี่ยงทางคลินิก

นพ.สุรวุฒิ ลีพะทะกร (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล)

ในการจัดการความเสี่ยง พบว่าการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่สุดในแง่การค้นหา เรียนรู้ ป้องกัน และการประเมินขนาดของปัญหา เนื่องจากเกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางการแพทย์ที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะหากจะค้นหาความผิดพลาด (Error) ซึ่งเข้าใจว่าเป็นต้นเหตุที่นำไปสู่อันตรายต่อผู้ป่วย มักจะทำให้เกิดความขัดแย้ง ต่อต้าน และไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการให้ดีขึ้น

ปัจจุบันหลายประเทศจึงหันมาสนใจผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะที่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจริงๆ ซึ่งเรียกว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย (harmful adverse event) แล้วค่อยพิจารณาว่ามีระบบอะไรที่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างจริงจัง ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย พบว่าระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยสมัครใจ (voluntary incidence report) มีจุดอ่อนคือ มีเพียงร้อยละ 10-20% ของความผิดพลาดเท่านั้นที่ถูกรายงาน และจากรายงานเหล่านั้นพบว่า 90-95% มิได้ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ผู้ป่วย

The Institute for Healthcare Improvement (IHI) ในสหรัฐอเมริกาได้เสนอเครื่องมือที่เรียกว่า The Global Trigger Tool ในการค้นหาและวัดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย โดยการทบทวนเวชระเบียนที่ได้จากการสุ่ม โดยแนวคิดที่ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายมักเกิดในสถานการณ์เฉพาะหรือส่อแหลมบางอย่าง หากเราค้นพบสถานการณ์นั้นซึ่งเรียกว่า Trigger หรือ ตัวส่งสัญญาณ ก็มีโอกาสดังกล่าวเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายได้ โดย IHI ได้เน้นว่าต้องใช้มุมมองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ไม่ใช่เป็นจากการดำเนินโรค และนับเฉพาะการบาดเจ็บหรืออันตรายทางกายภาพที่รุนแรงระดับ E-I ตามเกณฑ์ของ NCC MREP เมื่อมีการทบทวนสม่ำเสมอระยะหนึ่งก็จะสามารถมองเห็นแนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายได้

พรพ. ได้นำเครื่องมือนี้มาดัดแปลงและใช้ชื่อว่า Thai HA Trigger Tool โดยได้เลือก Trigger จำนวนหนึ่งที่สามารถรวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิด มาค้นหาเวชระเบียน แล้วมาทบทวนเพื่อที่จะให้สามารถค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายได้มากขึ้นและเร็วขึ้น โดยความร่วมมือจาก 12 โรงพยาบาลนำร่อง แม้ว่ากิจกรรมนี้จะเพิ่งเริ่มต้น แต่พอจะเก็บ

เกี่ยวกับเรียนมาแล้วสู่กันฟังได้ในหลายแง่มุม ซึ่งอาจเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลที่เริ่มสนใจในเรื่องนี้

เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลสวนปรุง

ทพญ. ภรณ์ ชาวาลวุฒิ

Trigger tool มีใช้เป็นตัวใหม่ในที่ทีมงานโรงพยาบาลสวนปรุงไม่รู้จัก แต่เราต้องยอมรับว่าเรายังไม่เคยได้ศึกษาและนำมาทดลองใช้อย่างจริงจัง เราจึงไม่ร้องขอเมื่อได้รับคำเชิญจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เมื่อเราเข้าร่วมโครงการ เราพบว่าเราเป็นโรงพยาบาลจิตเวชเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ดังนั้นสิ่งแรกที่ทีมงานโรงพยาบาลสวนปรุงต้องร่วมกันจัดทำคือ การปรับปรุงให้ได้ trigger ที่เหมาะสมกับบริบทของการบริการจริง ทำให้ trigger ของโรงพยาบาลจิตเวชมีบางส่วนที่ต่างกับโรงพยาบาลฝ่ายกาย

เมื่อเราปรับ trigger ให้เหมาะสมกับบริบทแล้ว เราได้จัดทีมงานซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาล เภสัชกร มาร่วมกันอ่านเวชระเบียนที่ได้รับการกรองมาด้วย trigger ที่เราทำเป็นฉบับร่าง เราต้องยอมรับว่าเมื่อเราจะเริ่มต้นอ่านเวชระเบียนเราคาดว่าจะได้ข้อมูลที่เหมือนกับที่เราเคยทำการทบทวนเวชระเบียนมาตลอด

แต่เมื่อเราเริ่มทบทวนเวชระเบียนโดยมีโจทย์ที่ตั้งขึ้นจาก trigger tool เราค้นพบว่าในระบบการดูแลผู้ป่วยที่เราคิดว่าเราได้ค้นหา clinical risk อย่างครอบคลุมแล้วนั้น ยังพบประเด็นที่เป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยยังไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรงและทีมผู้ดูแลสามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นได้ แต่เราไม่ได้นำสิ่งเหล่านั้นมาเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การจัดการระบบ ทำให้เรายังมีโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย ๆ ได้

นอกจากนั้น เรายังพบโอกาสพัฒนาในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีกหลายเรื่อง ซึ่งหากเรายังอาศัยการค้นหาความเสี่ยงจากสิ่งเดิม ๆ ที่เราเคยมี เช่น การเขียนรายงานอุบัติการณ์ การทำกิจกรรม 12 ทบทวน การทำ quality round ต่างๆ เราอาจจะไม่มีโอกาสค้นพบโอกาสพัฒนาดังกล่าวเหมือนกับที่เราได้มาจากการใช้ trigger tool มาเป็นเครื่องมือเพิ่มเติม

จากประโยชน์ที่ได้รับจากการทบทวนโดยใช้ trigger tool โรงพยาบาลจึงขอสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต ในการขยายผลการทบทวนไปยังโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทุกแห่ง และเป็นแกนนำในการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากนำไปปฏิบัติร่วมกันในกลุ่มโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพแล้ว 7 แห่ง

ประสบการณ์ Trigger Tool ที่ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์

นพ.วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์ (รพ.เจริญกรุงประชารักษ์)

จากการทบทวนการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบปัญหาการหาตัวชี้วัดของ
การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อแสดงว่าเราทำได้ดีแค่ไหน และในระบบรายงาน
อุบัติการณ์จะมีการบาดเจ็บหรืออันตรายจากการรักษาพยาบาลน้อยมาก (ไม่ถึง 5%)

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ได้ทบทวนเวชระเบียนตามแนวทาง Global Trigger
Tool ของ IHI พบว่าจากการทบทวนเวชระเบียน 20 ฉบับ สุ่มพบ adverse event แค่ 4 ฉบับ
ทั้งที่ใช้เวลาทบทวนค่อนข้างมาก จึงได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่องของ พรพ. ใช้การค้นหา
เวชระเบียนตามแนว Thai Trigger Tool

ผลการทบทวนจะสามารถค้นพบความเสี่ยงทางคลินิกได้ดีมากสามารถต่อยอดได้โดย
PCT นำไปทบทวน Care Process และทำ Root Cause Analysis สร้างแนวทางปฏิบัติป้องกัน
เช่น ตัวอย่าง

1. คนไข้ Previous Cesarean Section ได้รับการผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์
หลังคลอดเด็กหายใจเร็วต้องใช้เวลา 9 วัน จึงจำหน่าย จึงมีการแก้ไขโดยกลุ่มสูติแพทย์ตกลง
เวลาที่จะผ่าตัดคลอดแบบ elective ที่ 39 สัปดาห์

2. เด็กหลังคลอดครบกำหนดดี แต่มี meconium stained amniotic fluid ตอนแรก
เด็กร้องดีต่อมาเกิด Meconium aspirated syndrome และ tension pneumothorax กุมาร
แพทย์และสูติแพทย์ได้ร่วมประชุมทบทวน และสร้างแนวทางป้องกัน

3. ผู้ป่วยได้รับยา NSAID ต่อเนื่องนาน 1 ปี เกิดไตวาย PCT อายุรกรรมและศัลยกรรม
กระดูกทบทวนและสร้างแนวทางปฏิบัติเฝ้าระวังผู้ที่ได้รับยา NSAID ต่อเนื่อง

ขั้นตอนการนำ Trigger Tool มาใช้ในโรงพยาบาล

1. ตั้งทีมที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจากคณะกรรมการเวชระเบียน คณะกรรมการ
บริหารความเสี่ยง ตัวแทนจากทีมนำทางคลินิกเพื่อไปศึกษา
2. ทบทวนดูแลแหล่งข้อมูลเพื่อหาเวชระเบียนเป้าหมายตามบริบทของโรงพยาบาล
3. จัดอบรมผู้ทบทวนให้มีความรู้อย่างดีก่อนทบทวน
4. ทบทวนเวชระเบียน และบันทึกตามแบบบันทึก
5. ทีมนำรวบรวมข้อมูลหา AE/1000 วันนอนของโรงพยาบาล
6. ทีมนำทางคลินิกนำ adverse event ที่ค้นพบกลับไปทบทวน และหาแนวทางเพื่อให้
เกิดความปลอดภัย

สรุปผลลัพธ์ของการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหา Adverse event ตาม Thai Trigger Tool

1. สามารถค้นหา Adverse event ที่เกิดในโรงพยาบาลได้สมบูรณ์ขึ้น
2. โรงพยาบาลสามารถติดตามดูตัวชี้วัด Adverse event / 1000 วันนอน ทั้งใน
ภาพรวมและแยกตาม PCT

3. PCT นำเหตุการณ์ที่ค้นพบไปทบทวนและสร้างแนวทางการป้องกันทำให้เกิดความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

4. โรงพยาบาลและบุคลากรจะปลอดภัยจากการถูกฟ้องร้องเนื่องจากผู้ป่วยมีความปลอดภัย

5. บุคลากรมีความภูมิใจ มีความสุขในการทำงาน

A4Z : Concurrent Trigger Tool

12 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-15.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	รพ.เซนต์หลุยส์
นพ.โชคชัย จารุศิริพิพัฒน์	รพ.สมิติเวช สุขุมวิท
พัชรินทร์ วงษ์รักษัมิตร	ศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ
นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงษ์	รพ.มหาราชนครราชสีมา

การค้นหาค่าความเสี่ยงโดย Concurrent Trigger Tool

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (รพ.เซนต์หลุยส์)

เมื่อโรงพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยนำแนวคิดของ HA มาใช้ในโรงพยาบาลระยะเวลาหนึ่งพบว่า การค้นหาค่าความเสี่ยงเป็นเรื่องสำคัญมากในการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ข้างเตียง “bedside” ตลอดเวลา การรวบรวมข้อมูลเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังความเสี่ยงโดยใช้การเฝ้าระวัง “trigger” เพื่อค้นหาค่าผิดพลาดที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากความผิดพลาดนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ

โรงพยาบาลเป็นเซนต์หลุยส์จึงได้ทดลองนำแนวคิดการค้นหาค่าความเสี่ยงโดย Trigger Tool มาปรับใช้ตามคำแนะนำของอาจารย์นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (พรพ.) และ IHI (Institute for health care Improvement) โดยให้คำจำกัดความตาม IHI 2007 P10 ว่าการเกิด Adverse Event (AE) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึงการเกิดอันตรายที่ไม่พึงเกิดต่อผู้ป่วย (ตามมุมมองของผู้ป่วย) และรวบรวมข้อมูลทุกวัน ทุกเวร ทุกคน ตรวจสอบ trigger ที่โรงพยาบาลดัดแปลงมาใช้ตามบริบทขององค์กร 6 modules จาก Global Trigger คือ Care, Medication, Surgical, Intensive Care, Perinatal, Emergency Department (2007 IHI P8)

และดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากการกำหนดรายการ (list) ที่สำคัญตาม module ให้ครบ 6 modules กำหนดไว้เป็นทิศทางการค้นหาค่าความเสี่ยงและเฝ้าระวังการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น พบว่ามีการให้เลือดจะเฝ้าระวังความผิดพลาดหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผูกมัดผู้ป่วยจะระมัดระวังการเกิดอันตรายต่อผิวหนังของผู้ป่วยหรือความไม่สุขสบายของผู้ป่วย เป็นต้น

จากประสบการณ์พบว่าบางเดือนมี AE ที่ได้จากการ Trigger ถึง 103 ครั้ง ทั้งนี้จะต้องถูกทบทวนโดยกรรมการ RM หรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันระดับความรุนแรง ซึ่งภายหลังการทบทวนพบว่ากว่า 50% ไม่ใช่ AE แต่การเฝ้าระวังนี้จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนักต่อแนวทางการป้องกันการเกิดความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี จากการทำ Focus Group และ Interview ทำให้ทุกฝ่ายมีความพึงพอใจและเข้าใจระบบการค้นหาค่าความเสี่ยง ตามแนวทางที่สรุปผลการทำ Trigger Tool ปี 2007

สรุปการเฝ้าระวัง Clinical Risk ผ่านทาง Trigger Tools ปี 2007

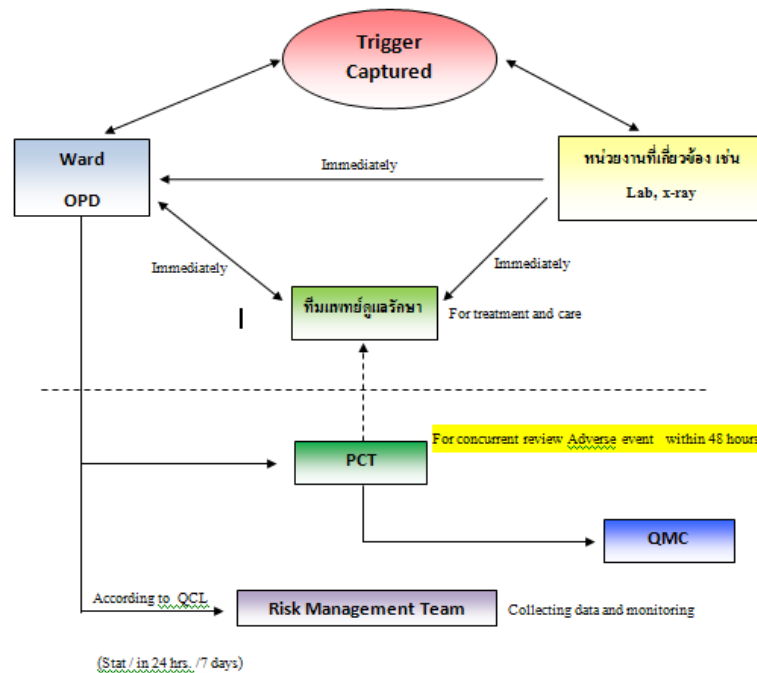
1. Ward ได้มีการเฝ้าระวังและให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Trigger Tool เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังทำให้มีการประเมิน/ สังเกต/ สังเวร/ เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น/เกิดขึ้นแล้วได้รับการแก้ไขโดยเร็ว เสียหายน้อย ผลกระทบน้อย
2. ทีม PCT ได้มีการนำ AE/สงสัย AE ที่ได้จากการวิเคราะห์ Trigger Tool นำไป ทบทวน/การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน/ทบทวนระเบียบปฏิบัติที่มีอยู่จัดทำเพิ่มเติม/ทำใหม่
3. ในกรณี Clinical Risk ที่สำคัญ ทางทีมเวชระเบียน/ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลได้ นำไปทบทวนทันที (ปกติกำหนดการทบทวนไว้ 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ได้นำผลการ ทบทวนแจ้งผู้เกี่ยวข้องทันทีให้มีการทบทวน/เฝ้าระวังและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน

Concurrent Trigger Tools in Samitivej Sukhumvit Hospital

นพ.โชคชัย จารุศิริพิพัฒน์ (รพ.สมิติเวช สุขุมวิท)

การใช้ “Concurrent Trigger Tools” หรือ “ตัวส่งสัญญาณ” เพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ (Adverse Events) ที่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยในระดับที่ต้องให้ รับการบำบัดรักษา เพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลด้วยการทบทวนเวชระเบียนโดย ทีมนำทางคลินิกแต่ละสาขาภายใน 48 ชม เป็นกระบวนการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุกที่ มีความเป็นไปได้ และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Flow of Concurrent Trigger Alert



PCT –Patient Care Team

QMC-Quality Management Committee

การทบทวนเวชระเบียนแบบ Concurrent Review

พัชรินทร์ วงศ์รักมิตร (ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ)

ปัญหาใหญ่ที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการรักษาคือการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (Substandard) ได้มีความพยายามที่จะหาวิธีการหลาย ๆ วิธี เพื่อใช้เป็นเครื่องชี้วัด และ เครื่องมือในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการรักษา ไม่ว่าจะเป็น การวัดติดตามผลลัพธ์การรักษา เช่น อัตราตาย อัตราการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังรับการรักษา การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา รวมทั้ง การทบทวนเวชระเบียนซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมมากที่สุดวิธีหนึ่ง

การทบทวนเวชระเบียน เป็นเครื่องมือสำคัญในการสืบค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ ด้านการดูแลรักษา รวมถึงกระบวนการทั้งหมดของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้ เป็นปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่ผู้ทบทวนเวชระเบียนทุกคนให้ความสำคัญ ดังนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการทบทวนเวชระเบียน คือ

1. เวชระเบียนที่สมบูรณ์ซึ่งหมายถึงการลงบันทึกเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ภายในเวลาที่เหมาะสม (ตามข้อกำหนดแต่ละองค์กร) รวมถึงการลงบันทึกโรค
2. ผู้ทบทวนเวชระเบียน ซึ่งป็นอาจเป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบ หรือทีมผู้รับผิดชอบ ซึ่งต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วย แนวทางการรักษา ที่มีอยู่ในองค์กร ความรู้พื้นฐานทางด้านคลินิก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญแต่ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร หรือยังไม่ได้มีการจัดทำขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมคือ แนวทางปฏิบัติในการรักษา หรือ แหล่งข้อมูลอ้างอิงที่มีการใช้เพื่อเป็น แนวทางในการปฏิบัติ การรักษาเพื่อให้สามารถใช้อ้างอิงในกรณีที่มี ประเด็นที่มีข้อโต้แย้งในการตัดสินใจในการรักษา อีกนัยหนึ่งก็คือมาตรฐานการรักษาขององค์กรซึ่งเป็น ข้อตกลงร่วมกันเพื่อถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานขององค์กร

การทบทวนเวชระเบียนที่กล่าวมาข้างต้น เป็น การทบทวนโดยการใช้เวชระเบียน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย และสรุปเรียบร้อย (Closed Chart Review) นั้นเป็นการทบทวนที่สามารถสืบค้นหาข้อมูลได้อย่างครบถ้วนที่สุดจากข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด ประเด็นของการทบทวนที่ได้ จะเป็น ประเด็นในการปรับปรุงพัฒนา และวางมาตรการป้องกัน แก้ไข ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก และเสริมสร้างมาตรการความปลอดภัยผู้ป่วยในระบบการดูแลของโรงพยาบาล ในความเป็นจริงของการทบทวนแบบนี้คือเราพบข้อมูลที่เป็นประเด็นที่บ่งชี้ว่าเป็นปัญหาทางคุณภาพ เพียงน้อยนิด สิ่งที่พบคือการไม่ลงบันทึก การบันทึกไม่ครบถ้วน การลงบันทึกที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมากกว่า ดังนั้นประเด็นที่ยังเป็นข้อสงสัยคือ หลักฐานการดูแลรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อาจไม่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนให้ผู้ทบทวนสามารถพบได้

การทำ Concurrent Review เป็นการทบทวนเวชระเบียนที่เป็นปัจจุบัน (Open Chart Review) มีหลักการและแนวทางในการทบทวนเหมือนการทำ Closed Chart Review แต่มีจุดสำคัญในการค้นหาข้อมูล เพื่อค้นหาปัญหาทางคุณภาพการรักษาของผู้รักษา ระบบความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการลุกลามของปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ไขได้อย่างทันที และการสืบค้นข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ทั้งที่เวชระเบียนแล้วยังเป็น ข้อมูลที่ได้จาก ประจักษ์พยานบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ ไม่ว่าจะเป็น การพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา พยาบาลผู้ดูแล ผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ การทบทวนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องเมื่อพบประเด็นสงสัยว่ามีปัญหาทางคุณภาพการรักษา รวมถึงการทบทวนระบบของโรงพยาบาลว่ามีมาตรการดูแลความปลอดภัยเรื่องนี้หรือไม่อย่างไร ข้อมูลทั้งหมดเมื่อรวบรวมในเวลาที่เกิดเหตุการณ์สามารถสืบค้นได้ง่าย ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพราะเหตุการณ์ยังเป็นปัจจุบัน ขณะเดียวกันยังสามารถ พบประเด็นความเสี่ยงในการปฏิบัติงานจริง ๆ ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างให้เกิดความตระหนักแก่ผู้ปฏิบัติงานในเรื่องของความปลอดภัยผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ ต้องมีการรายงานและมีการ ทบทวนกับผู้ปฏิบัติ ดังนั้นในการทำ Concurrent Review จึงเป็นมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกลดทอนความรุนแรง และความเสียหายที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อผู้ป่วยเองและองค์กร ประเด็นของการทบทวนที่ได้ จะเป็นประเด็นในการปรับปรุงพัฒนา และวางมาตรการป้องกัน แก้ไข ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นอีก และเสริมสร้างมาตรการความปลอดภัยผู้ป่วยในระบบการดูแลของโรงพยาบาล อีกทั้งยังส่งผลทางอ้อมให้เกิดการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้กระบวนการตัดสินปัญหาทางคุณภาพในแต่ละเรื่องที่มีประเด็นปัญหาทางคุณภาพ กระทำโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกสัปดาห์ ซึ่งคณะกรรมการนี้ประกอบด้วย ประธานคณะผู้บริหาร ประธานผู้บริหารฝ่ายแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสายงานคุณภาพ และผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โดยสรุปปัญหาทางคุณภาพเป็น 3 ประเด็นสำคัญคือ

1. ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาล
2. ปัญหาคุณภาพการบริการ
3. ปัญหาคุณภาพทางจริยธรรม

การสรุปรายงานความเสี่ยงและการติดตามผลดำเนินการแก้ไขบริหารความเสี่ยงที่ได้กระทำไป การรายงานความเสี่ยงสูงที่เกิดขึ้น มีการรายงานต่อคณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วย คณะกรรมการบริหารคุณภาพโรงพยาบาล รับทราบทุกเดือน เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินการแก้ไขโดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่ทำการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานั้น , ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยถ้ามีความจำเป็น , การแก้ไขหรือนำกระบวนการ, ระบบ, มาตรฐานการปฏิบัติงานแบบใหม่มาดำเนินการ และมีการติดตามประเมินผลจนแน่ใจ และนำไปสู่การปฏิบัติจริง

B1Z : Emergency Medicine

13 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

นพ.ครองวงศ์ มุสิกถาวร	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.สาทรียา ตระกูลศรีชัย	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
พญ.ทิพา ชาศคร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พ.อ.นพ.ธวัชชัย กาญจนรินทร์	รพ.พระมงกุฎเกล้าฯ
นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์	รพ.บีเอ็นเอช

Emergency Room Development and Quality Improvement

นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์ (รพ.บีเอ็นเอช)

ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงไม่น้อยกว่าห้องผ่าตัดหรือหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ (intensive care unit) เนื่องจากให้บริการผู้ป่วยที่มีความหลากหลายที่มีความแตกต่างทั้งด้านอายุ โรค ความต้องการทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต และต้องให้บริการอย่างรวดเร็วในขณะที่มีทรัพยากรจำกัด ที่สำคัญคือผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินหลายครั้งไม่มีญาติหรือผู้ดูแลมาด้วยทำให้เกิดช่องว่างของการสื่อสารทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถที่จะเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ห้องฉุกเฉินยังต้องให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้บุคลากรในห้องฉุกเฉินต้องมีความรู้ความเข้าใจในระบบการทำงานของทั้งโรงพยาบาลเป็นอย่างดีเพื่อที่จะสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพประหนึ่งเป็นทั้ง “โรงพยาบาล” นอกเหนือเวลาทำการราชการ

การปรับปรุงคุณภาพในการบริการของห้องฉุกเฉินจึงเป็นหัวใจสำคัญในการประเมินความสำเร็จของงานพัฒนาคุณภาพ ดังจะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลจะเน้นที่ผลงานของห้องฉุกเฉินเป็นหลัก แต่จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่จะไม่กล้าทำการเปลี่ยนแปลงในส่วนบริการนี้เนื่องจากเหตุผลหลายประการ

ประการหนึ่งคือกลัวว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำมาสู่งานที่มากขึ้นแล้วทำให้ผู้ทำงานเกิดความเบื่อหน่ายและลาออกในที่สุด อีกประการหนึ่งคือ ห้องฉุกเฉินไม่ใช่หน่วยบริการที่สร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล ดังนั้นการปรับปรุงบริการของห้องฉุกเฉินจึงแต่จะดึงดูดผู้ป่วยมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ทำให้ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ไม่ได้รับการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา

แต่จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าหากการบริการที่ห้องฉุกเฉินเป็นไปได้อย่างราบรื่นและรวดเร็วจะทำให้ผลการรักษาของโรคดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็น หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง (Sepsis syndrome) การติดเชื้อในปอด เป็นต้น ซึ่งทำให้โรงพยาบาลประหยัดงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยพัก

พื่อนอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง และในบางรายอาจให้การรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ด้วยซ้ำ ทำให้โรงพยาบาลสามารถเก็บเตียงเพื่อให้บริการผู้ป่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดัชนีในการประเมินคุณภาพของห้องฉุกเฉินที่ถูกนำมาอ้างอิงบ่อยๆ คือ ความรวดเร็วในการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินหรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการบริการอยู่ในห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้เตียงในห้องฉุกเฉินว่างลงและสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยรายต่อไปได้ จุดนี้จึงนำมาสู่ความจำเป็นที่ห้องฉุกเฉินจะต้องมีความสามารถในการวินิจฉัย สืบค้นหาโรคหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการบริการได้อย่างตรงจุดในเวลาที่เหมาะสมที่สุด (timely appropriate diagnosis) ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยกลวิธีที่ไม่ยุ่งยาก เช่น การใช้ screening questionnaire สำหรับโรคหรือกลุ่มอาการที่มีปัญหาในการวินิจฉัยบ่อยๆ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain screening questionnaire), อาการปวดท้อง, หรือ stroke questionnaire ที่ทำขึ้นเพื่อคัดแยกผู้ป่วยที่มีความน่าจะเป็นโรคสูงออกมาเพื่อทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมโดย Computerized Tomography

การทำ screening protocol, fast tract guideline, หรือการทำข้อตกลงระหว่างหน่วยงานเพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปอย่างรวดเร็วจึงเป็นตัวอย่างอันดีในการพัฒนางานบริการของห้องฉุกเฉิน

B2Z : ป้องกันและบอกกล่าวความเสี่ยง

13 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

พญ.ภาวิณี เอี่ยมจันทร์	รพ.พุทธชินราช
สมพร เจษฎาญาณเมธา	รพ.พุทธชินราช
นพ.วิสิทธิ์ เสถียรวันพันธ์	รพ.พุทธชินราช
นพ.กฤษณ์ ขวัญเงิน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทำคุณภาพง่าย ๆ **สโตร์พุทธฯ** (Simplify by **SIMPLE**)

พญ.ภาวิณี เอี่ยมจันทร์ (รพ.พุทธชินราช)
สมพร เจษฎาญาณเมธา (รพ.พุทธชินราช)
นพ.วิสิทธิ์ เสถียรวันพันธ์ (รพ.พุทธชินราช)

ของดีมีคุณภาพ ใครๆ ก็ชอบ โดยเฉพาะของ

นั้นมีราคาถูก หากว่าคุณภาพที่มาจากสินค้าที่ผู้คนจับจ่ายใช้สอย คงพิสูจน์กันได้ไม่ยากนัก แต่หากเป็นงานบริการก็จำเป็นต้องยากมากขึ้นอย่างไรก็ตามงานบริการทางสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยต่างมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้ผ่านการรับคุณภาพ HA เพื่อเป็นสิ่งรับประกันให้กับประชาชนว่างานบริการของโรงพยาบาลแห่งนั้นมีคุณภาพ อีกทั้งยังสร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นๆ อีกด้วย

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 907 เตียง บุคลากรประมาณ 2,200 คน เนื้อที่ 165 ไร่เศษ มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผ่านการรับรอง HA มาตั้งแต่ปี 2542 จนถึงปัจจุบัน ซึ่ง พรพ.ได้อนุมัติให้ผ่าน HA ในปี พ.ศ. 2549 และผ่าน HPH ในปี พ.ศ. 2550 จากผลของการรับรองทั้ง HA และ HPH โรงพยาบาลพุทธชินราชกลายเป็นที่ศึกษาดูงานและถูกรับเชิญไปบรรยายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพหลายเรื่อง เช่น การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงภายใต้ระบบปฏิบัติการ 24 ชั่วโมงได้, การพัฒนาระบบยาด้วย EPISODE 1-5, การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสโลแกน 3 ส. ขอสร้างเสริมสุขภาพ, การพัฒนาระบบ IC และอื่นๆอีกหลายระบบ ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นกระบวนการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพเพื่อมุ่งสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายเดียวกัน (ONE)

การทำคุณภาพง่าย ๆ สไตล์พุทธฯ (Simplify by SIMPLE)

Simplify by SIMPLE เกิดในโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากการนำทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดของ HA ลงสู่การปฏิบัติโดยให้ทุกคนทำตามมาตรฐาน HA ได้รับความร่วมมือไม่มากนัก เพราะการให้ทุกหน่วยงานกางหนังสือมาตรฐานเพื่อพัฒนา งานประจำทำให้หน่วยงานรู้สึกว่าเป็นเรื่องใหม่และยาก ทั้งๆที่ความจริงแล้วทุกหน่วยงานต่างมี กิจกรรมพัฒนาคุณภาพในเนื้องานประจำของตนเองอยู่แล้ว เพียงแต่ขาดทิศทางหรือนำของ องค์กรอย่างชัดเจนเพื่อรวบรวมและสร้างคุณภาพให้มีเส้นที่ สนุกสนาน ตื่นเต้น ไร้ใจ ได้ อารมณ์ร่วมจนท้ายที่สุดทุกคนในองค์กรเกิดความอึดอัด เหนื่อย บุกบันในการสร้างคุณภาพ ในระดับที่สูงขึ้น จนสามารถสะท้อนถึงการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่มีความต้องการที่อยากจะ ทำคุณภาพอยู่ตลอดเวลา (เป็นวัฒนธรรม)

SIMPLE บทสรุปกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลพุทธฯ แบบง่าย ๆ

1. **SPIDER** : การสร้างเครือข่าย คุณภาพแบบโยแมงมุมทั่วทั้งโรงพยาบาล เพื่อสาน ต่อคุณภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นเรื่องการนำระบบกลางลงสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการประเมินประสิทธิผลของเข็มมุ่ง เช่น NODE, MSN, MSWN, RMC, RMU, ICN, ICWN เป็นต้น

2. **Informal communication** : การลดช่องว่างของความไม่เข้าใจ จากการ สื่อสารที่อาจจะยังไม่ทั่วถึง เพราะโรงพยาบาลพุทธชินราชมีบุคลากรเป็นจำนวนมาก อีกทั้งการ ประชุมในเวลาราชการก็ติดปัญหาเรื่องไม่มีเวลาว่าง ดังนั้นจึงเกิดกิจกรรมดังเช่น การกินข้าว ด้วยกัน คุยกันนอกรอบ, Doctor Rally สุดท้ายก็เพื่อสานสัมพันธ์ ความมุ่งมั่นทางใจ ไร้ซึ่งข้อ ขัดแย้ง

3. **Make fun** : กระบวนการทำงานที่สนุกสนาน แต่ไม่ไร้สาระผลสุดท้ายต้องได้มา ซึ่งคุณภาพและความปลอดภัย มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล พุทธชินราช ดังเช่น การรณรงค์ระบบยาด้วยการสร้างสีสันการแต่งกาย ดีไซน์ร้องป่าว เล่า ความประทับใจให้กัน แบ่งปันรางวัลไปทุกหน่วยงาน

4. **Possible dream** : ฝันให้ไกล ไปให้ถึง โดยให้กำลังใจซึ่งกันและกันว่าทุก อย่างต้องทำได้ เช่น การร่วมมือการเขียนรายงานโดยกลยุทธ์ The 3 Bravers

5. **Lateral thinking** : การคิดนอกกรอบ จากการนำหัวใจของระบบงานมาสร้าง ชื่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ลดช่องว่างของความไม่เข้าใจการใช้ระบบงานที่สำคัญ เช่น ระบบปฏิบัติการ 24 ชั่วโมงได้, , ไวอา-ก้า (WI-ARCA)

6. **Easy** : การถอดเนื้อหามาตรฐานลงสู่การปฏิบัติแบบเรียบง่าย โดยไม่ต้องจัด ทฤษฎีลงสู่หน่วยงาน เช่น การสร้างเสริมสุขภาพโดยการใช้เข็มมุ่ง 3 ส. ขอสร้างเสริมสุขภาพ

บทสรุป

การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพที่มุ่งสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญนั้น อาศัยการนำอย่างมีกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อและความฝันของบุคลากรทุกคนว่า ไม่มีอะไรที่คนในโรงพยาบาลพุทธชินราชจะทำได้ เพราะเราเป็นเมืองแห่งนักรบต้องกล้าแกร่งเหมือนสมเด็จพระนเรศวร มหาราช ดังสุภาษิตที่ว่า

“ ยามศึก (พรพ.มาเยี่ยม) เราพร้อมมือกันรบ
แม้ยามสงบ เราก็พัฒนา
หากมีเวลา ก็พากันไปไหว้พระพุทธรชินราช
ทำให้เราไม่ขาดคุณธรรม”

สอดคล้องกับค่านิยมของ รพ.พุทธฯ ที่ว่า

“คุณภาพ คุณธรรม มีส่วนร่วม”

7 กลยุทธ์สวนดอก บอกกล่าวความเสี่ยง

อ.นพ.กฤษณ์ ขวัญเงิน (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์ (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

ปัญหาสำคัญในการทำงานของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่พบคือ เมื่อดำเนินการไปได้ระยะเวลาหนึ่ง (2-3 ปีจนถึงหลายปี) ยังไม่สามารถตอบองค์กรได้ว่า มีระบบจัดการอะไรที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบที่สร้างขึ้นจะมีความเข้มแข็งได้อย่างไร และระบบป้องกันความเสี่ยงที่มีอยู่ เป็นภาพจริงหรือภาพลวง

การดำเนินการที่ผ่านมาเป็นการไล่ตามแก้อุบัติเหตุหรือทำตามค่านิยม (Safety goal) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลได้พยายามค้นหาคำตอบเหล่านี้มาหลายปีเพื่อตอบคำถามตัวเองและผู้ปฏิบัติ แม้ขณะนี้จะยังไม่สามารถตอบโจทย์ได้ทุกข้อ แต่เชื่อว่าทิศทางการดำเนินงานที่ดี ควรมีการวางแผนประจำปี (เป้าหมาย) ให้เกี่ยวข้องกับปัญหาของโรงพยาบาล (บริบท) แผนปฏิบัติที่สั้นเข้าใจง่าย มีการเคลื่อนไหวได้ (dynamic) สำคัญที่สุดคือต้องทำได้ และวัดผลได้จริง

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลไม่ได้ยึดติดกับผลลัพธ์ของตัวเลขรวมที่ลดลง แต่ให้ความสำคัญกับ Near miss และเหตุการณ์สำคัญ ควบคู่ไปกับการควบคุมในระดับที่ปฏิบัติได้จริงเป็นสำคัญ (ความร่วมมือและhuman factors) ดังนั้นจึงได้กำหนดแผนการดำเนินงานประจำปี 2007 เพียง 3 เป้าหมายที่เป็น priority คือ การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบบริหารความเสี่ยง ใช้ 2 กลยุทธ์ การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับความเสี่ยงทาง

คลินิกอย่างเป็นระบบใช้ 3 กลยุทธ์ และ การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเชิงระบบกับ sentinel event ใช้ 2 กลยุทธ์ รวมทั้งสิ้น 7 กลยุทธ์

การนำเสนอการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ นี้ เป็นการนำตัวอย่างสำคัญของการดำเนินการในกลยุทธ์ต่างๆ ทั้ง 7 โดยยึดหลักว่า ระบบบริหารความเสี่ยงต้องใช้เวลาในการสร้างวัฒนธรรม และความตระหนัก การเร่งให้เกิดผลลัพธ์ในระยะสั้น เป็นการฝืนธรรมชาติของมนุษย์และองค์กร ซึ่งมักส่งผลตามมาด้วยการเกิด Re-outbreak ของปัญหาเดิมๆ เป็นระยะๆ

หวังว่าการนำเสนอนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อนำมา ปรับปรุงระบบของกันและกันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

B3Z : เมื่อวัฒนธรรมมา - RM จะสบาย

13 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

ศุภลักษณ์ ทิริวัฒนวงศ์	สถาบันบาราศนราดูล
ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ	รพ.กลาง
พ.ท.หญิงวรรณทิมา เจริญธรรมา	รพ.ค่ายจิรประวัติ
อรัญญา สกุลอิสริยาภรณ์	รพ.สมิติเวช
นพ.จิรชาติ เรืองวัชรินทร์	รพ.ศิริรัฐนิคม
รศ.นพ.รณชัย อธิสุข	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

การบริหารจัดการความเสี่ยงของห้องผ่าตัดแบบ FAME

ศุภลักษณ์ ทิริวัฒนวงศ์ (สถาบันบาราศนราดูล)

กระบวนการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลความเสี่ยง อย่างไรก็ตามพบว่าการบริหารจัดการความเสี่ยงแบบเดิม ๆ นั้นมีจุดอ่อนตรงที่บุคลากรไม่ค่อยเห็นความสำคัญ เกิดความเสี่ยงแล้ว ไม่อยากจะรายงาน กลัวเป็นความผิด เจ้าหน้าที่ไม่เปิดใจ เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวจึงเกิดแนวคิดที่จะให้ทุกคนบริหารจัดการความเสี่ยงให้สนุก ทำให้ง่าย ทำทุกวันและไม่เป็นภาระ โดยการนำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาปรับ เพื่อให้ทุกคนเปิดใจ และเปลี่ยนความคิด เห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยง โดยเน้นที่การทำให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เปิดใจ บุคลากรกล้าที่จะเล่าความเสี่ยงสู่กันฟัง มีการแบ่งปันข้อมูล แบ่งปันประสบการณ์ที่พบเพื่อให้ได้ทางออกที่ทุกคนเห็นร่วมกันโดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ระบบการจัดการความเสี่ยงของห้องผ่าตัดโดยใช้รูปแบบของ FAME ประกอบด้วย

Fun for Finding Risk คือ การค้นหาความเสี่ยงให้สนุกและเป็นระบบ ต่อเนื่อง ทำให้เกิดวัฒนธรรมค้นหาความเสี่ยงด้วยความเต็มใจ **Assessment Risk** คือการประเมินระดับความเสี่ยง ABC DEF GHI แบบเปิดเผยร่วมกัน **Management the Risk** คือการจัดการความเสี่ยงอย่างถูกต้อง ซึ่งหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงและมีการกำหนดกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง และ **Evaluate the Risk** คือ การติดตามประเมินผลการจัดการความเสี่ยงว่าบรรเทาเบาบางหรือหมดความเสี่ยงหรือไม่

ห้องผ่าตัดได้ผสมผสานใช้ KM และการบริหารความเสี่ยงด้วย Model FAME ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 จนถึงปัจจุบัน ผลที่ได้คือเจ้าหน้าที่ค้นหาหรือพบความเสี่ยงระดับต่ำ (Low Risk) คือ A B C มากขึ้นซึ่งปัญหาส่วนใหญ่จะได้รับการแก้ไขทันทีจากการพูดคุยผ่านเวที Morning Talk ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk) คือ D E F ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ถึงตัวผู้ป่วยแล้วแต่ยังไม่ร้ายแรงลดลงหรือเกิดขึ้นแต่ไม่ซ้ำกับของเดิม ความเสี่ยงระดับสูง (High Risk) คือ

G H I ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้กระบวนการจัดการความรู้ (KM) โดยการดึงเอาศักยภาพที่มีอยู่ในตัวคนออกมา ร่วมกับการเปิดใจกันละกันยอมรับในคุณค่าของการและกัน และเมื่อตั้งออกมาสนธิพลัง (Synergy) กับเพื่อนร่วมงาน ร่วมสังคัม ก็จะมีพลังเพิ่มพูนปัญญามากขึ้นไปอีก เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อผู้ป่วย โดยเน้นที่จัดการความเสี่ยงให้สนุก ทำได้ง่าย และไม่เป็นภาระกับบุคลากร การบริหารความเสี่ยงที่ยากก็จะไม่ยากอีกต่อไป

Safety culture รพ.กลาง

ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ

วัฒนธรรมความปลอดภัย เรื่องแรกที่หน่วยงานเห็นว่าสำคัญและมีประโยชน์อย่างมาก คือการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเห็นว่าไม่ใช่เรื่องยาก เพราะพยาบาลจะคุ้นเคยกับความเสี่ยงอยู่แล้ว ไม่เชื่อลองย้อนกลับไปมองบันทึกการพยาบาลจะพบว่า มีการตั้งปัญหาผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงอยู่มากมาย ถ้าทำได้จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และองค์กร เมื่อเวลาผ่านไป สิ่งที่ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นคือ การบริหารความเสี่ยงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานและคนอื่นๆ เข้าใจและลงมือทำ ดังนั้นทางหน่วยงานมองว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ

เมื่อเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและโรงพยาบาลไม่เข้าใจว่า ทำไมต้องรายงานความเสี่ยง ส่วนใหญ่เห็นว่าการรายงานเป็นการฟ้องผู้ร่วมงาน เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำงานผิดพลาด อาจจะถูกผู้บังคับบัญชาลงโทษ / ตำหนิ ผู้รายงานรู้สึกผิดและเป็นปมด้อย เพื่อนร่วมงานก็มองว่าตนเองไม่รอบคอบ ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่เข้าใจ เกิดการต่อว่ากันเป็นต้น การรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลมีน้อยมาก เดือนละไม่ถึง 100 ใบ และ 3 ใน 4 เป็นการรายงานอุบัติการณ์จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ

จากหน่วยงานเล็กๆ หน่วยหนึ่งในโรงพยาบาล ที่มีเพียงบางคนเข้าใจและยื่นหยัดดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่คนส่วนใหญ่ไม่ตระหนัก ไม่กล้ารายงาน หัวหน้าหน่วยงานต่างๆเลย ไม่ให้ความสำคัญ รวมทั้งการปกปิด ไม่กล้ายอมรับ หลากๆหน่วยงานไม่เคยรายงานอุบัติการณ์เลย จนกระทั่งปัจจุบันมีการรายงานอุบัติการณ์ทุกหน่วยงาน จำนวนใบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 700 – 800 ใบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานอุบัติการณ์ในหน่วยงานนี้ ถือเป็นเรื่องปกติและเป็นวัฒนธรรมสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคน ผู้รายงานไม่รู้สึกลำบากใจแต่อย่างใด หน่วยงานนี้ทำได้อย่างไร ?

เส้นทางสู่ “วัฒนธรรมความปลอดภัย” (Safety Culture)

พ.ท.หญิงวรรณทิมา เจริญธรรมา (รพ.ค่ายจิรประวัติ)

ท่ามกลางความเสี่ยงที่มากมาย ท่ามกลางทัศนคติของหลากหลายผู้คนในโรงพยาบาล มากด้วยความคิด มากด้วยความสามารถ มากด้วยสติ – ปัญญา และตัวตน ระยะเวลา 5 ปีที่

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ เริ่มปลูกแนวคิดร่วม – จับมือกันทำ สร้างทีม สร้างพลังแห่งความไว้วางใจ สร้างความปลอดภัยให้เป็นวัฒนธรรม มองความเสี่ยงเป็นความสุข สนุกไปกับการจัดการ ทั้ง - รุก - รับ - ร่น – ถอย – กลมกลืน – ต่อเนื่อง ขยายผล และเชื่อมโยง

เบื้องหลังการทำงาน เราให้ความสำคัญกับ คน (ใจ) และทีม กลยุทธ์เรื่อง การชม การให้การบ้าน การประชุมที่เกิดผลลัพธ์ ทำให้ง่าย ทำให้สั้น ทำให้ปะทะน้อยๆ ทำให้ต่อเนื่อง ทำให้เกิดคุณค่า และทำให้เกิดผลลัพธ์ โดยมีกาละ – เวลาที่เหมาะสม

☺ ทีมที่รักจะทำ ทีมที่คุยกันได้ ยิ่งคุยกัน ยิ่งเข้าใจ เข้าถึง และมองเห็นโอกาสพัฒนาพร้อมจะมีส่วนช่วย อยากจะมีส่วนร่วม

☺ และแล้วก็ได้พบว่า เพียงมองเห็นแก่นของปัญหา เข้าใจทุกสรรพสิ่ง ว่าล้วนเชื่อมโยงเป็นระบบสัมพันธ์กัน เพียงรวมใจกันคิด ร่วมมือกันทำ พร้อมกันเป็นทีม ความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตที่ดี ก็ไม่ได้อยู่ไกลเกินฝัน

☺ จากผู้ป่วยหนึ่งคน ขยายเป็นผู้ป่วยทุกคน จากโรคหนึ่งโรคเป็นหลายๆ โรค จากความเสี่ยงเล็กน้อย จนถึง Sentinel Events เมื่อการพัฒนาคุณภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน จากปัญหาที่มากมาย จากความเสี่ยง เป็นความปลอดภัย เมื่อวัฒนธรรม ความปลอดภัยเกิดขึ้น ไม่เพียงแต่ ผู้คนในสังคมจะได้รับการดูแลรักษาที่ดี โรงพยาบาลปลอดภัย สิ่งแวดล้อมปลอดภัย และคุณค่าที่เหนือกว่าคุณค่าอื่นใดก็คือ ความสุข ความปิติ และความภูมิใจ ที่ก่อเกิดในหัวใจของคนทำงานทุกคน

Risk Management Information System: Faster, Easier More Effective

อรัญญา สุกุลอิสริยาภรณ์ (รพ.สมิติเวช)

ความเป็นมา

เป็นที่ทราบกันดีว่าการค้นหาความเสี่ยงเพื่อจัดทำแนวทางการแก้ไขและป้องกันเป็นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกที่สำคัญ แต่ในขณะเดียวกันการรายงานอุบัติการณ์ก็มีความสำคัญในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรับเพื่อนำมาซึ่งการวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนาหน่วยงาน รวมถึงการพัฒนาเชิงระบบขององค์กร สิ่งที่ทำทนายของระบบคือการปรับเปลี่ยนทัศนคติของทั้งผู้รายงานและผู้ได้รับเรื่อง

ศูนย์คุณภาพและฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท จึงร่วมกันพัฒนากระบวนการรายงานอุบัติการณ์จากการบันทึกในเอกสารเป็นการรายงานผ่านทางสารสนเทศ ซึ่งเชื่อว่านอกจากประสิทธิภาพของการจัดการความเสี่ยงแล้วจะกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ผู้ที่รายงานจะได้รับการชื่นชมในเรื่องราวที่พบเห็นและรายงาน เรื่องราวที่

รายงานจะได้รับการจัดการทั้งจากหน่วยงาน / ทีมที่เกี่ยวข้อง ได้รับการติดตามอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดแนวทางการป้องกัน ทั้งนี้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสารประเด็นความเสี่ยง
- เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการรายงานอุบัติการณ์
- เพื่อส่งเสริมและสร้าง quality culture เกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยง โอกาสเกิดความเสี่ยง โดยให้มีช่องทางการรายงานมากขึ้น มีการรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม และที่สำคัญคือไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รายงาน
- เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการสามารถตอบสนอง หรือส่งต่อข้อมูลให้กับทีม/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หลายทีม/ หน่วยงาน ภายในครั้งเดียวและทันต่อเหตุการณ์
- เพื่อเป็นการรักษาความลับ(confidential data) โดยมีการจำกัดจำนวนผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล
- เพื่อเป็นการประหยัดกระดาษ (paperless)

ผลลัพธ์

- จำนวนการรายงาน incident เพิ่มขึ้นจากเดิม 11% (2005-2006) และ 8% (2006-2007)
- การแก้ปัญหาอย่างเป็น real time โดยการนำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาสื่อสาร ทบทวนหาแนวทางป้องกันและแก้ไข ดังนี้
 - Morning brief ของหน่วยงานในตอนเช้าและในขณะส่งเวรระหว่างเปลี่ยนทีม ปฏิบัติงานของทุกวันโดยผู้บังคับบัญชาระดับกลาง
 - Morning brief ของทีมบริหารในตอนเช้าทุกวันโดยผู้บังคับบัญชาระดับสูง
- ขั้นตอนการกำกับติดตามอย่างเป็น real time เนื่องจากมีการส่งถึงผู้บังคับบัญชาระดับกลาง และผู้บังคับบัญชาระดับสูงอย่างทันเหตุการณ์ ทำให้เกิดการกำกับ ติดตาม การให้คำแนะนำช่วยเหลือและสนับสนุนให้การแก้ปัญหาหรืองานสำเร็จลุล่วงโดยดี ตลอดจนการออกนโยบายในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
- ทุกหน่วยงานนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน หาแนวทางการป้องกันและแก้ไข โดยสามารถดึงข้อมูลดูได้เป็นทุกวัน รายสัปดาห์ รายเดือนหรือกำหนดช่วงระยะเวลาที่ต้องการทราบได้ รวมทั้งจะข้อมูลการติดตามเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เปรียบเทียบความถี่ของการเกิดอุบัติการณ์ได้ สะดวกต่อการรวบรวมจัดทำเป็น Risk Profile ของแต่ละหน่วยงาน และทบทวนเป็นระยะๆ เช่นทบทวนทุก 6 เดือน
- มีการประเมินความพึงพอใจของการใช้ระบบดังนี้
 - ผู้รายงาน (reporter) เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนระบบการรายงาน (ก่อน 40% และหลัง 90%)

- ผู้รับข้อมูล (receiver) เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนระบบการรายงาน (ก่อน 55% และหลัง 90%)
- ผู้จัดการแผนก (manager) เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนระบบการรายงาน (ก่อน 65% และหลัง 100%)

ระบบบริหารความเสี่ยง/ธนาคารความเสี่ยง

นพ.จิรชาติ เรืองวัชรินทร์ (รพ.ศิริรัฐนิคม)

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม บริหารจัดการภายใต้หลักการที่ว่า ทุกคนเป็นผู้ที่จัดการความเสี่ยงซึ่งหมายความว่าทุกคนทุกระดับในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมกับการบริหารความเสี่ยงทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ การจัดการความเสี่ยงเป็นเรื่องของทุกคนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริรัฐนิคมแบ่งความเสี่ยงเป็น 8 กลุ่มความเสี่ยง ดังนี้

1. ด้านคลินิกบริการ
2. ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
6. ด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม
7. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์
8. ด้านข้อร้องเรียน

ในประเด็นของความเสี่ยงด้านคลินิกบริการ (Clinical Risk) สามารถแยกย่อยได้ ดังนี้

1. Common Clinical Risk ซึ่งได้ประสานกับ Patient Care Team (PCT) แบ่งได้เป็นประเภทดังนี้: ระบบยา, การเฝ้าระวังการติดเชื้อ, การระบุตัวผู้ป่วย, ระบบการส่งต่อ, การพัฒนาศักยภาพบุคคล, สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม, ระบบดูแลต่อเนืองที่บ้าน/ชุมชน, ระบบเวชระเบียน/สารสนเทศ

2. Specific Clinical Risk ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากโรคหรือปัจจัยของตัวผู้ป่วย ซึ่งคณะกรรมการความเสี่ยงได้ประสานงานกับ ทีมPCT เพื่อบริหารจัดการดังนี้

Case Management

- สหวิชาชีพร่วมกันค้นหาความเสี่ยงเป็นรายบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ผู้ป่วยไข้เลือดออก admit ในตึกผู้ป่วยใน ทีมสหวิชาชีพร่วมกันค้นหา Specific Clinical Risk ของผู้ป่วย เช่น
 - เสี่ยงต่อการเกิด hypovolemic shock หลังจากไข้ลด
 - เสี่ยงต่อการเกิด volume over load จากการให้ IV fluid
- หลังจากนั้นในผู้ป่วยรายนี้ทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น เช่น
- มี dengue chart ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- เปิดเส้น IV เตรียมไว้อีกข้างเพื่อความรวดเร็วในการ load IV กรณีผู้ป่วย shock เป็นต้น

Disease Management

- กลุ่มโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาล หรือกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยง คณะกรรมการความเสี่ยง และทีม PCT จะร่วมกันวางแผนป้องกันความเสี่ยง (Specific Clinical Risk) ในภาพรวม เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้ป่วย COPD, ผู้ป่วย head injury เป็นต้น

หลักการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศิริราชนิคมแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การบริหารความเสี่ยงเชิงรุก ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลใช้กระบวนการทบทวนคุณภาพ โดยมี unit profile ช่วยในการค้นหา ทบทวน กระบวนการทำงาน เพื่อป้องกัน ฝ้าระวัง และแก้ไขความเสี่ยง (หัวหน้าพาทำคุณภาพ, ใช้ unit profile ในการพัฒนางาน)

2. การฝ้าระวังความเสี่ยง ทุกคนทุกหน่วยงานมีหน้าที่ฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงที่เกิด พร้อมทั้งเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้งโดยการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ซึ่งเน้นให้เขียนเชิงบวก ซึ่งแนวทางการเขียนรายงานความเสี่ยงเชิงบวกของโรงพยาบาลศิริราชนิคม คือ เขียนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและให้เขียนว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้พบเด็กไข้สูง ชักเกร็งขณะนั่งรอตรวจ ซึ่งจะมีแนวทางการเขียนความเสี่ยงเชิงบวก ดังนี้

- พบอุบัติการณ์เด็กไข้สูง ชักเกร็ง ขณะนั่งรอตรวจ
- สิ่งที่ได้จัดการไปแล้วคือ รีบนำเด็กไปห้องฉุกเฉินเพื่อเช็ดตัว และแจ้งพยาบาล แพทย์ทราบ
- แนวทางการพัฒนา คือ การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยหน้า OPD

การเขียนรายงานความเสี่ยงเชิงบวกจะทำให้ผู้เขียนรายงานรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้จัดการความเสี่ยงนั้นได้ และไม่ได้กล่าวโทษใคร ซึ่งใบรายงานนี้ก็จะป็นแนวทางให้ OPD พัฒนาระบบคัดกรองต่อไป

3. การบริหารความเสี่ยงเชิงรับ เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถจัดการความเสี่ยงได้ตามระดับที่ได้แบ่งไว้

- ระดับต่ำ เป็นความเสี่ยงที่ทุกคนสามารถจัดการกับความเสี่ยงนั้นได้ด้วยตัวเอง เช่น พื้นลื่น , อุปกรณ์ต่างๆ ไม่พอใช้

- ระดับปานกลาง หัวหน้างานจะเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมและดำเนินการแก้ไข

- ระดับสูง ผู้อำนวยการจะเป็นผู้จัดการและควบคุมความเสี่ยง

สำหรับการรายงานความเสี่ยงนั้น เพื่อความสะดวกชัดเจนแก่ทุกคน โรงพยาบาลศิริราชนิคม ได้กำหนดความเสี่ยงสำคัญที่ต้องรายงานผู้อำนวยการทันที ดังนี้

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยอาละวาดในโรงพยาบาล / ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล

3. อุบัติเหตุหุ้
4. อัคคีภัยในโรงพยาบาล
5. ทรัพย์สินมีค่าสูญหาย
6. เจ้าหน้าที่ถูกคุกคาม/ถูกทำร้ายร่างกาย
7. พบโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น โรคซาล์ โรคไข้หวัดนก
8. เกิดการชุมนุมประท้วง
9. ภัยธรรมชาติรุนแรงในพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน
10. ความเสี่ยงรุนแรงระดับสูง / GHI

การแบ่งระดับความสำคัญของความเสี่ยง จะใช้หลักการของ Risk Matrix โดยพิจารณาจาก 2 ประเด็น คือ ความรุนแรงและความถี่ของอุบัติการณ์

4. การจัดการข้อมูลความเสี่ยง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเป็นผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แบ่งประเภทความเสี่ยง และนำเสนอให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขเชิงระบบ และส่งข้อมูลย้อนกลับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้รับทราบ

เป้าหมายและตัวชี้วัดของการบริหารความเสี่ยง คือ

1. จำนวนใบรายงานอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้น

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลปีงบประมาณ 2549 พบว่าในแต่ละหน่วยงานยังมีการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์น้อย คณะกรรมการความเสี่ยง จึงได้มีการจัดโครงการ RM day ขึ้นเพื่ออบรมเจ้าหน้าที่ในการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์เชิงบวกและให้รางวัลกับหน่วยงานที่สามารถเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ได้มากที่สุดในรอบปีและในปีงบประมาณ 2550 พบว่าในแต่ละหน่วยงานยังมีการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์น้อย และในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น 30 %

2. ประเด็นความเสี่ยงที่นำเสนอได้รับการแก้ไข 80 %

จากการรวบรวมข้อมูลในปีงบประมาณ 2550 พบประเด็นความเสี่ยงที่นำเสนอได้รับการแก้ไข 50 % ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้

จากเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่วางไว้ คณะกรรมการความเสี่ยงจึงได้คิดค้นกิจกรรมและนวัตกรรมที่ช่วยให้การตอบสนองและแก้ไขปัญหาบรรลุตามเป้าที่ตั้งเอาไว้โดยการจัดทำธนาคารความเสี่ยง (The Risk Bank) ขึ้นมา

The Risk Bank ธนาคารความเสี่ยง

ได้ประยุกต์แนวคิดของ Risk Monitoring มาเพื่อเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์ที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่อง และติดตามความสำเร็จและสถานการณ์ของการบริหารความเสี่ยง

จากแนวทางการทำ Risk Monitoring เช่น

- Risk Reassessment
- Risk Audit

- Variance analysis
- Trend analysis
- Reserve analysis

ประกอบกับการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาลศิริราชจึ้นคม จึงได้บูรณาการแนวคิดธนาคารความเสี่ยงขึ้นมา (The Risk Bank)

การทำงานของธนาคารความเสี่ยงมีหลักการทำงานคล้ายๆ กับการทำงานของธนาคารคือให้มีการนำเงินมาฝากและมีการนำเงินไปลงทุนไปสร้างให้เกิดกำไรเช่นเดียวกับธนาคารความเสี่ยงจะเป็นแหล่งรวบรวมใบรายงานอุบัติการณ์ที่ทุกคนได้ช่วยกันค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงและเขียนส่งมาโดยมีกรรมการความเสี่ยงทำหน้าที่เหมือนพนักงานธนาคารเก็บรวบรวมประมวลผลและนำเสนอข้อมูลเพื่อให้คณะกรรมการต่างๆ มากู๋ยืมไปลงทุน โดยการวางแผนเชิงระบบต่อไป

นวัตกรรมนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญ และหันมาเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มากขึ้น โดยการเพิ่มแรงจูงใจทางบวกให้ทุกคนหันมาช่วยกันค้นหาความเสี่ยง และเขียนใบรายงานกันมากขึ้น อีกทั้งยังแสดงให้เห็นคุณค่าของการเขียนใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ว่าสิ่งที่เขียนรายงานมานั้นได้มีการดำเนินการแก้ไข มีการตอบสนอง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้เขียนเอง กับเพื่อนร่วมงาน และกับผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาลที่น่าอยู่ มีความปลอดภัยสูง

B4Z : ใส่ใจเป้าหมาย ปลอดภัยผู้ป่วย

13 มีนาคม 2551 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

นพ.รังสฤษดิ์ กาญจนวนิชย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.อ.ศ.นพ.ชาติรี เรืองฤทธิ์นำชัย	รพ.สินแพทย์
นพ.วุฒิชัย ปุญญาประมัย	รพ.สินแพทย์
นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ	รพ.สิชล
บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง	รพ.สมิติเวช
รศ.นพ.จรัล กังสนารักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โครงการ Fast Track และการก่อตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วย Acute MI ภาคเหนือตอนบน

นพ.รังสฤษดิ์ กาญจนวนิชย์ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยสำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจากการปริแตกของผนังหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้รับเลือดมาเลี้ยงนานกว่า 30 นาทีจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 จะเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะใน 2 ชั่วโมงแรกจากเริ่มเกิดอาการ การรักษาที่ดีที่สุดคือการเปิดหลอดเลือดที่ตีบตัน (reperfusion) อย่างเร่งด่วน ซึ่งมีอยู่ 2 วิธีคือ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดและการใช้บอลลูนเพื่อขยายหลอดเลือด การใช้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ถึงร้อยละ 50-90 และสามารถลดอัตราการตายจากประมาณร้อยละ 20-40 เหลือเพียงร้อยละ 5-10 แต่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดถ้าได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุดภายใน 4 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ

ข้อมูลจากการศึกษาทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย (Thai ACS registry) แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก (ST elevation MI) สูงถึง 17 % ซึ่ง สูงกว่าในประเทศตะวันตกถึง 2.4 เท่า สาเหตุที่สำคัญเกิดจากล่าช้าของการให้การรักษาเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน ซึ่งอาจแบ่งเป็นการล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากระบบส่งต่อ และระบบภายในโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับการส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ทีม PCT โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้คำนึงถึงการร่นระยะเวลาการเปิดหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมาตลอด นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ได้มีพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจภายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถร่นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเปิดหลอดเลือด (door to treatment) ลงได้มาก แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วน

หนึ่งที่ยังมีระยะเวลาการเปิดหลอดเลือดที่ไม่เหมาะสม และยังมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 48 ที่ไม่ได้
รับการรักษาดังกล่าว โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) เกิดจากการมาถึงโรงพยาบาลช้าเกิน
12 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก จึงไม่มีข้อบ่งชี้ของการเปิดหลอดเลือดโดยด่วนแล้ว
สาเหตุของการล่าช้านี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลในชุมชนและ
โรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งยังมีความสามารถจำกัดในเรื่องการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ

ด้วยเหตุนี้ในปี พ.ศ. 2548 PCT หัวใจและหลอดเลือดจึงร่วมกับโรงพยาบาลใน
เครือข่ายร่วมก่อตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาคเหนือ (ตอนบน) ขึ้น
เพื่อร่วมกันวางแผนให้มีระบบปรึกษาและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและใกล้ชิดกว่าเดิม โดยทาง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จัดให้มีการรับปรึกษาคัดส่งไฟฟ้าหัวใจทาง fax โดยมีแพทย์
โรคหัวใจให้ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงและถ้าเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจริง จะ
มีระบบการส่งต่อแบบ fast track กล่าวคือทางโรงพยาบาลจะสามารถเตรียมอุปกรณ์ และ
บุคลากรพร้อมรับที่หอผู้ป่วยวิกฤตและห้องตรวจสวนหัวใจ และผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลา
วินิจฉัยสืบค้นโรคที่ห้องฉุกเฉินอีกต่อไป

ผลลัพธ์ของการดำเนินการพบว่าสามารถลดเวลาที่ใช้ในห้องฉุกเฉินลงจาก 40 นาที
เหลือเพียง 7 นาที ($P < 0.001$) ลดเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ลงจาก
70 นาทีเหลือ 40 นาที ($P < 0.001$) และลดเวลาการเปิดหลอดเลือดโดยบอลลูน (door to balloon
time) ลงจาก 130 นาทีเหลือ 95 นาที ใกล้เคียงมาตรฐานสากล (universal bench mark :
door to needle time 30 นาที, door to balloon time 90 นาที)

วิธีการดังกล่าวได้ขยายผลดำเนินการไปยังโรงพยาบาลศูนย์ลำปางและโรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์ และได้ประสานงานกับสำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการจัด
อบรมเชิงปฏิบัติการแก่โรงพยาบาลต่างๆ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั่วประเทศต่อไป

Pulse oximetry screening for clinically unrecognized critical congenital heart disease in the newborns.

พ.อ.ศ.นพ.ชาติรี เรืองฤทธิ์นำชัย (รพ.สินแพทย์)

Aim: To determine the incidence of clinically unrecognized critical congenital heart
disease (CCHD) in the newborns by using pulse oximetric screening.

Methods: Pulse oximetry was performed on clinically normal newborns at 24-48
hours of age. If screening oxygen saturation (SpO₂) was below 95%,
echocardiography was then performed. Data regarding true and false positives as well
as negatives were collected and analyzed.

Results: Pulse-oximetric screening was performed on 1847 clinically normal
newborns. Low SpO₂ (<95%) was found in three babies two of them had CCHD ,
including one with transposition of the great vessels, one with complete
atrioventricular canal with moderate tricuspid regurgitation (sensitivity: 100%;

specificity: 99.8%; positive predictive value: 100%; negative predictive value: 100%; accuracy: 99.8%).

Conclusions: In addition to routine physical examination in the newborn infants pulse oximetry may improve the early diagnosis CCHD in the newborn. If oxygen saturation in clinically normal newborns is below 95% at 24-48 hours of age, referral to a cardiology unit is suggested.

การดูแลทารกตัวเหลือง

Nursing empowerment to help early diagnosis of neonatal hyperbilirubinemia at Synphaet Hospital using skin bilirubinometer.

นพ.วุฒิชัย ปุณญาประมัย (รพ.สินแพทย์)

Early diagnosis of neonatal hyperbilirubinemia can save babies from serious brain damage or even their lives. In most private hospitals the diagnosis requires blood test which usually awaits physical examination by attending physician on next ward round.

Intervention: Nursing empowerment in diagnosis of hyperbilirubinemia was implemented at Synphaet Hospital since mid 2006 using skin bilirubinometer (JM-103, Konica Minolta). All nursery nursing staffs were trained to use the equipment and evaluated by head nurse and neonatologist. They are authorized to measure skin bilirubin any time in any babies that looks unusually yellow for their ages especially those with risk factor e.g., those whose mothers are Rh negative or have blood group O. The measurement value will be compared to normal bilirubin values. Any measurement higher than the 95th percentile will be immediately reported to physician for further investigation or immediate intense phototherapy which in some cases avoided the need for blood exchange transfusion should the diagnosis was delayed.

Result: Before this the use of bilirubinometer 47 hours of age was an average time of diagnosis of early hyperbilirubinemia compared to current 33 hours of age. The value of bilirubin at the time of diagnosis was averagely 14.1 mg% previously are reduced to 12.8 mg%. In addition to the earlier diagnosis our babies also benefit from less pain and blood loss not mentioning less parental anxiety and/or depressive feeling.

Conclusion: Nursing empowerment using bilirubinometer help early diagnosis of neonatal hyperbilirubinemia and their prompt management.

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นพ.เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ (รพ.สิชล)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย เป็นสภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ด้วยอาการเจ็บหน้าอก

การประเมินสมภาวะวิกฤติ การตรวจ วินิจฉัย การสั่งการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินเป็นสำคัญ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ทันเวลาสามารถทำให้มีเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ทันท่วงที ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับขึ้นอยู่กับเวลาที่เกิดอาการซึ่งสัมพันธ์กับเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ทีมการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งมีอายุรแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยสาขานี้ได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล ให้สามารถวินิจฉัย และสั่งการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด จะช่วยลดอัตราการตาย อัตราการส่งต่อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ประเด็นสำคัญและความเสี่ยง

2.1 การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Non-traumatic chest pain) และสงสัยกลุ่ม coronary syndrome มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ใช้แบบประเมินภาวะ chest pain เพื่อประเมิน High risk กลุ่ม Acute coronary syndrome (ACS) ตรวจร่างกายและทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทันที

2.2 การรักษาที่รวดเร็ว เมื่อวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตามเฉียบพลันให้เริ่มการรักษาด้วยยา Aspirin, Morphine, Oxegen, Isordil (Isosorbide dinitrate) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลงได้และเริ่มยาละลายลิ่มเลือด ในรายที่มีข้อบ่งชี้ และ ไม่มีข้อห้าม

2.3 การได้รับยาในเวลาที่เหมาะสม การให้ยาละลายลิ่มเลือดรักษาที่ได้ผลดีต่อผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ เวลาที่เกิดจนถึงการให้ยา (Door to needle time) ภายใน 1 ชั่วโมง ถ้าช้าไปกว่านี้จะได้ผลไม่ดี ทำให้เพิ่มอัตรา การเกิด ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. เครื่องชี้วัดและผลกรดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	2547	2548	2549	2550
จำนวนผู้ป่วย (คน)	27	26	40	53
เสียชีวิต (คน)	7	12	5	1
จำนวนผู้ที่ต้องได้รับ SK (คน)	NA	17	24	19
เวลาเฉลี่ย Door to needle time (เป้าหมาย <60 นาที)	NA	12 ช.ม.	55 นาที	46 นาที
EKG (เป้าหมาย < 10นาที)	NA	14 นาที	5 นาที	3 นาที

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การดำเนินงานของทีม

ทีมดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม มีการจัดทำแบบประเมิน chest pain โดยยึด Criteria / Standard สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ปี 2548 คือ อาการเจ็บหน้าอก, ผล Lab Cardiac Enzyme / EKG เปลี่ยนแปลง และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction และกำหนด บทบาท ของแพทย์และพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยกำหนดเมื่อ

พบผู้ป่วย เจ็บแน่นหน้าอก (Non-traumatic chest pain) และสงสัยกลุ่ม Acute coronary syndrome ให้มีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ตรวจ Trop-T ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่ม low risk, intermedia risk, high risk และให้การรักษาตาม CPG มีการจัดประชุมประสานงาน ทบทวน ปรับปรุง แก้ไขระหว่างทีมผู้ดูแลห้องฉุกเฉิน ICU ตึกอายุรกรรม ทั้งทีมแพทย์และพยาบาล

4.2 เครื่องมือคุณภาพ: การทบทวนเวชระเบียน, การทบทวนการดูแลผู้ป่วย C3THER, การทำ Root Cause Analysis, การศึกษา Evidence-based medicine

4.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย: ห้องฉุกเฉิน ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับโดยใช้แบบประเมิน Chest Pain เพื่อค้นหากลุ่ม Low risk, High risk ตามขั้นตอน และประสานกับหน่วยงานที่ต้องส่งต่อ ได้แก่ ตึกอายุรกรรมหรือ ICU ซึ่งเมื่อแรกรับจะมีการประเมินสภาพผู้ป่วย และให้การดูแล โดยใช้แบบ Care Map และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.4 แบบหรือองค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุน: สนับสนุนการจัดสัมมนาวิชาการการอ่าน และการแปลผล EKG, การจัดประชุมติดตามผลงานเดือนละครั้งของทีม PCT อายุรกรรม

4.5 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น: EKG, Monitor EKG, Infusion pump

4.6 ระบบยา: เกสซ์กรฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยาละลายลิ่มเลือดและผลข้างเคียงของยา โดยใช้แบบประเมินและติดตามการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เกสซ์กรวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและให้บัตรบันทึกประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือดพร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยตามนัดของแพทย์

4.7 ชั้นสูตรโรค ตรวจและรายงานผล Lab: CK, CK-MB, Trop – T

5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA)

5.1 มีการพัฒนาการใช้ Care Map ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5.2 ติดตามการใช้แบบประเมิน chest pain และปรับปรุงให้สามารถใช้ได้ดียิ่งขึ้น

5.3 พัฒนาการสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการรักษาให้สามารถเก็บข้อมูลได้สมบูรณ์ มากขึ้น

5.4 การอ่านผล EKG ได้อย่างรวดเร็ว โดยพยาบาลและเมื่อมีผลเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที โดยการฝึกการอ่าน EKG ภายในหน่วยงานแต่ละหน่วยงาน

5.5 ประเมินแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกโดยสามารถแยกผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารและ ระบบหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้อง

5.6 มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

How to implement 2007 IPSGs Successful

บุศรา ศรีอรุณเรืองแสง (รพ.สมิติเวช)

จากการที่โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ดำเนินการในการรับรองคุณภาพตาม
มาตรฐานสากล (Joint Commission International Accreditation) นอกจากJCI Standardแล้ว
ยังมีมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (International Patient Safety Goals) ซึ่งกำหนดไว้
ดังนี้

- เป้าหมาย ที่ 1 มาตรฐานการป้องกันผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- เป้าหมาย ที่ 2 มีการสื่อสารระหว่างทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- เป้าหมาย ที่ 3 มาตรฐานความปลอดภัยในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยไม่เก็บสารละลายที่มี
ความเข้มข้นสูงในหอผู้ป่วย
- เป้าหมาย ที่ 4 มีการจัดการเพื่อไม่ให้เกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง และผิดประเภท
- เป้าหมาย ที่ 5 มาตรการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- เป้าหมาย ที่ 6 มีมาตรการในการป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการพลัด ตก หกล้ม

ปัญหาของการนำเป้าหมาย 6 ข้อคือการนำข้อปฏิบัติเหล่านี้ลงสู่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเข้าใจ
และปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมที่ได้ รับมอบหมายจึงจัดวางแผนดำเนินการดังนี้

แผนดำเนินการ กลยุทธ์ กลุ่ม 2007 International Patient Safety Goals Samitivej Sukhumvit Hospital			
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการและเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย ในองค์กร</p> <p>2. เพื่อให้ ผู้ปฏิบัติ เข้าใจและสามารถปฏิบัติ Safety Goal ทั้ง 6 ข้อ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ</p>		
กลยุทธ์	เครื่องมือ	วิธีการ	ผลที่คาดหวัง
1. สื่อสาร	<p>1. Poster</p> <p>2. คำคล้องจอง</p> <p>3. ไปถึงโต๊ะที่ทำงาน</p> <p>4. Matrix IPSGs</p> <p>5. ให้เห็นกันบ่อย ๆ</p>	<p>1. Poster แต่ละ goal</p> <p>2. หมั่นบ่งชี้, มีทวนกลับ, จับ E' lyte ออก, บอกถูกข้าง, ต้องล้างมือ, ย้ำผู้ป่วยแน่น</p> <p>3. E mail - Lotus note</p> <p>4. แจกทอง.คะแนน แชร่ลูกโซ่</p> <p>5. ไม่โปรสำหรับพกพา, ทำสื่อแจก....สวย....เก๋</p>	<p>1. แพทย์ พยาบาล</p> <p>เจ้าหน้าที่ทุกระดับ</p> <p>จำได้ พูดถึง Safety Goals</p>
2. เยี่ยมหน่วยงานให้ความรู้เรื่อง IPSGs	<p>ไปที่หน่วย</p> <p>ช่วยน้อง ๆ จำให้ได้</p>	<p>1. ทีม safety Goal เยี่ยม ตาม หน่วยงาน จัด คะแนนให้ มีคำชมเชย ประจำวัน</p> <p>2. ทีม IPSGs เข้าไปถึงหน่วยงาน พูด เล่า แนะนำ ข้อปฏิบัติ ทุกเวลาเราให้คุณรู้จัก IPSGs</p>	<p>2. สร้างความเข้าใจ</p> <p>และกระตุ้นทีมงาน</p>
3. ผ่านผู้จัดการแผนก	<p>เล่าสู่กันฟัง</p> <p>ลองเชิงจำได้บ๊</p>	<p>1. จัดอบรมผู้ช่วย/ ผจก, ผู้ช่วยฝ่าย / ผู้จัดการฝ่าย</p> <p>2. มี pre- post ความเข้าใจ ทุกท่านที่เข้ามา</p>	<p>3. ผู้จัดการแผนก</p> <p>ช่วยติดตาม</p>
4. Work shop	<p>กระตุ้นในงาน QD</p> <p>6 Goal 48 นาที</p>	<p>1. ร่วมโดยศูนย์คุณภาพ ในวัน Quality Day</p> <p>2. ทุกหน่วยของ โรงพยาบาลส่งเจ้าหน้าที่ มา เข้า work shop class ละ 1 ชม 3 วัน 6 class</p>	<p>4. กระตุ้น และ</p> <p>ส่งเสริมให้ เกิดการปฏิบัติได้ จริง</p>
5. ติดตามความสำเร็จ	<p>complianceทุก 1 wk</p>	<p>สังเกตการปฏิบัติได้ ถูกต้อง ในกลุ่มรับไปคนละ goal พบกัน</p> <p>ทุกเย็น เดินไปเยี่ยมหน่วยงาน ในเวลา 3 สัปดาห์</p>	<p>compliance 100 %</p>

สิ่งที่ได้ จากการ implement ครั้งนี้คือ

1. แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม เข้าใจ Patient Safety Goals และปฏิบัติได้
2. ผู้ป่วยปลอดภัย
3. เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน เนื่องจากมีการค่า compliance ทุก 2 เดือน

C1Z : ป้องกัน error, ใช้ trigger ดู AE

14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

อังคณา วิรุพห่อศวะ	รพ.กรุงเทพ
นพ.อัสมาน อาลี	รพร.ยะหา
วาสนา ขยันการนา	รพ.อุทัยธานี
น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรธัญ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
นพ.สมชาย ชินล้ำประเสริฐ	รพ.กลาง
นพ.วิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์	รพ.พนัสนิคม
พญ.ณัฐกร ประกอบ	รพ.ลพบุรี

การบ่งชี้ผู้รับบริการ

อังคณา วิรุพห่อศวะ (รพ.กรุงเทพ)

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลกรุงเทพ มีจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 150 -170 คน มีจำนวนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่คอยให้บริการประมาณ 50 คนต่อวัน ประกอบกับขั้นตอนในการให้บริการเป็นลักษณะการส่งต่อเพื่อทำกระบวนการย่อยตั้งแต่ 5-15 ขั้นตอน จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ต้องเรียกผู้รับบริการเข้ารับการตรวจในทุกกระบวนการ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่สามารถจำชื่อลูกค้าได้

จากการทำงานที่ผ่านมาเราพบว่าผู้รับบริการหลายท่านมีชื่อเหมือนกันหรือคล้ายกัน ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือชาวต่างชาติก็ตาม ทำให้เกิดความเสี่ยงในการชี้บ่งผู้รับบริการผิดคน ส่งผลให้ผู้บริการตรวจสุขภาพผิดขั้นตอน ไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับตามความต้องการ รวมทั้งผู้บริการรู้สึกเสียหน้าเมื่อได้ยินชื่อและลุกขึ้นยืนและเมื่อทวนสอบถามสกุลแล้วแต่ไม่ใช่ชื่อของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการตรวจสุขภาพผิดคนเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ
2. เพื่อลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ เนื่องจากรำคาญที่ต้องถูกถามชื่อ-สกุล และวันเดือนปีเกิดซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง
3. เพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกเกี่ยวข้องกับการชี้บ่งผู้รับบริการ

การพัฒนาวิธีชี้บ่งผู้ป่วย

ระยะแรก ได้ใช้วิธีการจดจำลักษณะที่สำคัญของลูกค้าและจดบันทึกเพื่อส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ แต่ก็พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้บันทึกเมื่อมีผู้ใช้บริการจำนวนมากมาใช้บริการในเวลาพร้อมๆ กัน และสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องผู้รับบริการเสียหน้าได้เท่านั้น

ระยะที่ 2 ได้ปรับเปลี่ยนการจดจำลักษณะสำคัญของผู้รับบริการ มาเป็นการจดอักษรภาษาอังกฤษ 2 หลักที่ปักอยู่ที่เสื้อคลุมของผู้รับบริการ พร้อมๆ กับที่ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพได้นำเอา Patient Safety Goal ปี 2006 มาใช้ทั่วทั้งองค์กร จึงได้เพิ่มเติมวิธีการซึ่งผู้รับบริการด้วยการถามคำถามแบบ active question โดยใช้ 2 ตัวบ่งชี้ คือชื่อ-สกุล และวันเดือนปี เทียบกับเวชระเบียนในทุกขั้นตอน ทำให้ไม่พบความเสี่ยงในการซึ่งผู้รับบริการผิดคน แต่ผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะบ่นว่าต้องตอบคำถามเดียวกันซ้ำๆ ในทุกขั้นตอน ถึงแม้จะมีการอธิบายความสำคัญและประโยชน์ต่อผู้รับบริการให้ทราบแล้วก็ตาม

ระยะที่ 3 จึงได้พัฒนาการซึ่งผู้รับบริการโดยการผูกป้ายข้อมือที่มีชื่อ-สกุล และวันเดือนปีเกิด เมื่อผู้ป่วยมาลงทะเบียนเพื่อรับบริการ เพื่อใช้ในการซึ่งผู้ป่วยโดยดูจากป้ายข้อมือเทียบกับเวชระเบียนในทุกขั้นตอนแทน

การส่งตรวจผู้ป่วยผิดคน

การลดความเสี่ยง เวชระเบียนกับผู้ป่วยไม่ตรงกัน

นพ.อัสมาน อาลี (รพร.ยะหา)

จากปัญหาการส่งตรวจผู้ป่วยผิดคน (เวชระเบียนกับผู้ป่วยไม่ตรงกัน) ของห้องบัตร ซึ่งมีสูงถึง 8 ครั้งในช่วงเวลา 3 เดือน (ตค.49 – ธค.49) ถือเป็นปัญหาเรื่องความปลอดภัยที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 95 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีชื่อ-ชื่อสกุลที่เหมือนกันเป็นจำนวนมาก จากฐานข้อมูลในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ชื่อ-ชื่อสกุลซ้ำซ้อนกันมากถึง 2,209 ชื่อ (จำนวน 4,965 คน) ชื่อที่มีการซ้ำซ้อนมากที่สุดมีมากถึง 12 ชื่อ คือชื่อ แอเสาะ อาแด ซึ่งจากการตรวจสอบทั้ง 12 ชื่อ พบว่าล้วนเป็นคนละคนกันทั้งสิ้นเนื่องจากมีชื่อพ่อและแม่ที่ต่างกัน (มิใช่เป็นความผิดพลาดในการทำบัตร) และจากการตรวจสอบในฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีชื่อ แอเสาะ อาแด ถึง 29 คน ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุกรณีเวชระเบียนกับผู้ป่วยไม่ตรงกัน

จากการที่โรงพยาบาลได้นำโปรแกรม Hos XP มาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยทุกจุดบริการ จึงได้นำความสามารถของโปรแกรมมาประยุกต์ช่วยในการระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ด้วยการ

1. เพิ่มข้อความเตือนเมื่อเจ้าหน้าที่เช่นแพทย์ พยาบาลหรือเภสัช คลิกเลือกชื่อผู้ป่วย จะทำให้ทราบว่ามีผู้ป่วยที่ชื่อ-ชื่อสกุลเดียวกันนี้อีก...คน สำหรับรายที่กำลังเลือกนี้มีพ่อ, แม่ชื่ออะไร ช่วยในการระบุตัวผู้ป่วยโดยใช้ชื่อพ่อ แม่

2. ถ่ายรูปผู้ป่วยบันทึกลงแฟ้มประวัติในคอมพิวเตอร์

คุณสมบัตินี้มีอยู่ในโปรแกรมHos XP แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยนิยมใช้สาเหตุเพราะจะทำให้เปลืองพื้นที่ในการจัดเก็บข้อมูลและเสียเวลาในการถ่ายรูป แต่ในบริบทของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โรงพยาบาลเห็นว่ามีค่าจำเป็น จะช่วยในการระบุตัวผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผลการดำเนินการ พบว่ามียังมีอุบัติการณ์อีก 2 ครั้งในเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ 2550 เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้น ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยมากนัก แต่หลังจากเดือนมีนาคม 2550 ไม่มีอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดอีก

โอกาสพัฒนา ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่า ไม่เข้าใจว่าทำไมแพทย์/พยาบาลต้องถามชื่อตนเองซ้ำทุกจุดบริการ ทั้งที่ชื่อก็มีปรากฏอยู่แล้วในเอกสาร **ต้องให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่า :** ยิ่งคุณรำคาญจากการถูกถามชื่อมากเท่าไร นั่นหมายถึงความปลอดภัยและคุณภาพของโรงพยาบาลมากเท่านั้น เมื่อใดผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เมื่อนั้นโรงพยาบาลก็แทบจะไม่ต้องถามชื่อผู้ป่วยอีก ผู้ป่วยจะรีบบอกชื่อตนเอง นั่นหมายถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ปลูกฝังไปในตัวผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว **แล้ว** นี่คือนสิ่งที่ทำลาย.....

การตรวจสอบผลการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

วาสนา ชัยนการนา (รพ.อุทัยธานี)

กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค โรงพยาบาลอุทัยธานี ได้พัฒนาการตรวจสอบผลการชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความผิดพลาดของการรายงานผลการวิเคราะห์ที่มีความเสี่ยงต่อการรักษาโดยจำแนกตามกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน พบว่าการผิดพลาดจากกระบวนการก่อนการวิเคราะห์ (pre – analytical) 90.92% ความผิดพลาดจากกระบวนการวิเคราะห์ (analytical) 4.54% และความผิดพลาดกระบวนการหลังการวิเคราะห์ (post - analytical) 4.54%

จากความผิดพลาดดังกล่าวจึงได้กรณีตัวอย่างศึกษา ในปี 2549 – 2550 จำนวนทั้งหมด 22 ราย แบ่งเป็นงานด้านโลหิตวิทยา 11 ราย (partial clot 7 ราย, dilution effect 2 ราย และ human error 2 ราย) และด้านเคมีคลินิก จำนวน 11 ราย (contamination 7 ราย, dilution effect 2 ราย, human error 1 ราย และไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย)

จากอุบัติการณ์และความถี่ที่เกิดขึ้นจึงได้คิดค้นแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อลดความเสี่ยงจากกระบวนการวิเคราะห์ โดยได้พัฒนาปรับปรุงแผนผังการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ (flow chart) มีการพัฒนาแบบองค์รวม มีกลไกการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร พร้อมทั้งมีการประสานเชื่อมโยงกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการสร้างระบบดังกล่าว ทำให้สามารถนำมาใช้ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ มีส่วนช่วยแพทย์ในการนำไปประกอบการวินิจฉัยในการตรวจโรค

พยากรณ์โรค ติดตามการรักษา ประเมินผลการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่มีต่อผู้ป่วยที่อาจเกิดการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง รวมทั้งสร้างความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการมากขึ้น

ก้าวใหม่ของงานเวชระเบียน สู่วัฒนธรรมความปลอดภัย

น.อ.อนันต์ชัย เดชอมรรธัญ (รพ.ภูมิพลฯ)

คณะกรรมการเวชระเบียน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. เริ่มดำเนินการทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) โดยใช้ Trigger Tool ตั้งแต่ปลายปี 2549 โดยมีแรงจูงใจจากเรื่อง Safety Goal ของ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. และแนวคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการรักษายาบาล

ในเบื้องต้นพบแรงต้านทั้งจากสมาชิกของคณะกรรมการเวชระเบียนเอง และจากทีมพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทีมผู้ทบทวนเวชระเบียนได้พยายามหากวิธีในการลดแรงต้านตามบริบทของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. และเชื่อมโยงผลการทบทวนไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง เช่น CLT ต่างๆ คณะก.บริหารความเสี่ยง, องค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาล เป็นต้น ซึ่งหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้นำผลการทบทวนไปวิเคราะห์ (Root cause analysis)

ผลการวิเคราะห์พบว่า มีทั้งสาเหตุและปัจจัยที่สามารถปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ถึง 80% ในปี 2550 มีการทบทวนเวชระเบียน 3 ครั้ง คือ เดือนมีนาคม, มิถุนายน, และกันยายน พบมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 6.8, 5.9, และ 7.6 ต่อ 1000 วันนอนตามลำดับ และระดับความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ที่ ระดับ E, F

ในปี 2550 หน่วยที่เกี่ยวข้องมีการสร้าง CPG 4 เรื่อง, clinical tracer 5 ฉบับ, ทบทวน work instruction 10 เรื่อง และอบรมให้ความรู้บุคลากร อีก 1 เรื่อง นอกจากนี้การทบทวนเวชระเบียนในครั้งต่อ ๆ ไป พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีจำนวนลดน้อยลงด้วย แม้ยังไม่เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญชัดเจนก็ตาม แต่ที่เห็นชัดคือระบบการทบทวนเวชระเบียนเป็นที่ยอมรับในองค์กร มีการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล และการเกิดนวัตกรรมการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการทบทวนเวชระเบียนและเชื่อมโยงข้อมูลซึ่งกันและกัน จนอาจกล่าวได้ว่าการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นกิจกรรมที่หน่วยต่าง ๆ ให้ความสำคัญ และเกิดเป็นวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. แล้ว

การใช้ IHI Global Trigger Tool เพื่อ enhance patient safety

นพ.สมชาย ชินล้าประเสริฐ (รพ.กลาง)

เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2549 อาจารย์อโนวัฒน์ ศุภชุตินกุล ได้มาเยี่ยมเยียนและแนะนำให้ชาวโรงพยาบาลกลางได้ทราบถึงประโยชน์และแนวทางในการใช้ Global trigger tool ซึ่งนับได้ว่าอาจารย์เป็นแรงบันดาลใจให้พวกเรานำเครื่องมือนี้มาใช้ โดย PCT สุนทรเวชกรรม ได้อาสาเป็นทีมแรกที่นำไปศึกษาและนำมาใช้อย่างจริงจัง เริ่มต้นด้วยการศึกษาแนวคิด คู่มือการใช้ ผังการทบทวนเวชระเบียนจาก training record และศึกษาคำอธิบาย trigger ทุกตัว โดยดูได้จาก web site ของ IHI ที่ <http://www.IHI.org> ในช่วงแรกพวกเราใช้บัญชี trigger เดียวกับที่สถาบัน IHI กำหนด มี 6 modules ด้วยกัน

ต่อมาก็จัดตั้งทีมผู้ทบทวนเวชระเบียน (reviewer) และมีสุนทรเวชกรรมอีก 1 คนเป็นผู้ตัดสินใจในกรณีที่มีปัญหาเช่น มี Adverse Events : AEs หรือไม่รุนแรงระดับใด โดยทีมนี้จะต้องตรวจสอบในทุก module ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6 modules ได้แก่ care module, surgical module, medication module, perinatal module, intensive care module และ emergency department module

วิธีการคือสุ่มเวชระเบียน 20 ฉบับต่อเดือน ใช้เวลาในการตรวจสอบฉบับละไม่เกิน 20 นาที และอีก 20 นาที โดยสลับเวชระเบียนกันอ่านกับ reviewer อีกคน ชั้นแรกให้ตรวจสอบว่ามี trigger หรือไม่ ถ้าพบก็ให้บันทึกลงใน worksheet ต่อมาให้ตรวจสอบเวชระเบียนในขอบเขตที่เกี่ยวกับ trigger ที่พบว่า มี AEs ที่เกี่ยวข้องกับ trigger นั้นหรือไม่ ถ้าไม่พบว่ามี trigger ก็ถือว่าเสร็จสิ้นการตรวจ แต่ถ้าพบว่ามี trigger จึงให้สืบค้นหา AEs ที่เกี่ยวข้องต่อไป ถ้าพบว่ามี AEs หรือมี harm เกิดขึ้น reviewer ก็ต้องจัดความรุนแรงด้วยว่าอยู่ในระดับใด หลังจากตรวจเวชระเบียนเสร็จแต่ละฉบับ reviewer จะต้องเติมสิ่งที่ตรวจพบลงใน worksheet จากนั้นรวบรวมผลทั้งหมดบันทึกลงใน Global Trigger Tool Review Summary Sheet อีกครั้งหนึ่ง และทำที่สรุปจึงนำไปจัดทำรายงานระดับอุบัติการณ์ AEs บน run chart ต่อไป

ตัวอย่าง Medication module

หลังจากการทบทวนพบว่ามี trigger การใช้ยา narcane (narloxone) พบว่าทารกแรกเกิดมี APGAR score ต่ำเนื่องจากการให้ pethidine เพื่อบรรเทาอาการปวดในหญิงเจ็บครรภ์คลอด เป็นผลให้ต้องใช้ยา narcane เป็น antidote จึงปรับปรุงให้มีการเฝ้าระวังในการใช้ยา pethidine มากขึ้น ผลลัพธ์คือ ทำให้ลดอัตราการให้ pethidine จาก 42 รายต่อเดือน เหลือ 24 รายต่อเดือน และอัตราการให้ narcane ในมารดาที่ได้รับ pethidine ลดลงจากร้อยละ 5.57 เป็น 0

ผลลัพธ์ภาพรวมของกลุ่มงานสุนทรเวชกรรม ภายหลังจากใช้เครื่องมือ Trigger tools ในการค้นหา Adverse Events คือแนวโน้มของการเกิด AEs ต่อ 1000 วันนอน ลดลงจาก 40 / 1000 วันนอน เป็น 20 / 1000 วันนอน

การใช้ Trigger tool สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงรุก

นพ.วิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์ (รพ.พหุศาสตร์)

โรงพยาบาลพหุศาสตร์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีระดับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง จำนวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงปี 2549 จำนวน 1271 เรื่อง ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนการให้บริการผู้ป่วย โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก บางเหตุการณ์มีความรุนแรงมากกว่าระดับ E ขึ้นไป เช่น การวินิจฉัยผิดพลาด, การแพทย์อย่างรุนแรง, การส่งต่อผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม เป็นต้น แต่ก็ไม่พบว่ามีเหตุการณ์เหล่านี้อยู่ในรายงานความเสี่ยงแต่อย่างใด ทำให้เกิดปัญหาตามมาภายหลัง

จากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เราต้องมองหาเครื่องมือที่สามารถจะดักจับปัญหาได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญคือ จะต้องไม่ซ้ำซ้อน และ ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับงานประจำด้วย เครื่องมือที่โรงพยาบาลนำมาใช้คือ trigger tool

ในครั้งแรกที่ได้เห็น trigger tool ในฉบับภาษาอังกฤษ พวกเราได้จัดทีมขึ้นประมาณ 7-8 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ มาช่วยกันแปล และ ทำความเข้าใจกันในกลุ่ม จากนั้นก็ได้วางแผนการดำเนินงาน โดยทำการสุ่มเวชระเบียนขึ้นมาโดยใช้ระบบตามทีเอกสารแนะนำคือ 10 หยิบ 1 โดยไม่แยกประเภท พอได้เวชระเบียนมากลุ่มหนึ่ง (ทดลองหาข้อมูลภายใน 2 เดือนย้อนหลัง) ทางกลุ่มได้แยกกันเพื่อทดลองหา trigger จากเวชระเบียนเหล่านี้ก่อน จากนั้นก็มารวมกันเพื่อสรุปการดำเนินงาน และ ช่วยกันหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากเวชระเบียนที่มี trigger เหล่านี้

สรุปผลการดำเนินงานในช่วงแรก พบว่าหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้น้อยมาก เนื่องจากเวชระเบียนที่ค้นมาได้แทบไม่พบว่ามี trigger เลย อีกทั้งทีมงานยังไม่มี ความชำนาญในการทบทวนเวชระเบียน ซึ่งการแปลผลทางห้องปฏิบัติการบางอย่าง หรือ การรักษาบางอย่างของแพทย์นั้น ไม่ทราบว่ามีเหตุผลอย่างไร ทำให้ทีมงานสรุปผลว่ายังไม่สามารถนำเครื่องมือนี้มาใช้ได้เนื่องจากข้อจำกัดดังที่ได้กล่าวเบื้องต้น

จากนั้นทีมงานก็ได้มารวมกลุ่มกันทำความเข้าใจใหม่ โดยได้รับคำแนะนำ อีกทั้งได้ร่วมอบรมกับทาง พรพ. ซึ่งมีการปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลในบ้านเรา เช่น การทบทวนเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงสูง, การดัดแปลงตาราง trigger, การยกตัวอย่าง case ในการทบทวน ทำให้ทีมงานมีความเข้าใจในเครื่องมือนี้มากขึ้น จากนั้นเราจึงรวมตัวกันเพื่อเริ่มทำงานกันใหม่

การดำเนินงานใหม่ของเรา โดยทีมที่ได้รับการอบรมจาก พรพ. ได้ทำการอบรมความรู้เรื่อง trigger tool ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง จากนั้นก็ได้มีการแบ่งทีมใน โรงพยาบาลออกตามหน่วยงานต่างๆ โดยในแต่ละทีมจะมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาประจำทีม โดยเลือกเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงสูงตามปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงานนั้นๆ

ได้กำหนดให้มีการทบทวนเดือนละ 1 ครั้ง โดยทำการทบทวนหา trigger และ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากเวชระเบียนเหล่านี้โดยทีมในหน่วยงาน พอได้ข้อมูลทั้งหมดเราจะ ลงในใบสรุปและเสนอแนวทางการแก้ไข ถ้าพบเรื่องที่เร่งด่วนจะทำการแจ้งไปที่ทีมบริหาร ความเสี่ยงตามระบบที่วางไว้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกส่งไปที่ศูนย์คุณภาพเพื่อทำการวิเคราะห์และ รวบรวมทุกเดือนต่อไป

สรุปการดำเนินงาน เราพบว่าการรายงานความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการดำเนินการแก้ไขอย่างทันท่วงทีและสามารถดักจับปัญหาได้ เพิ่มขึ้น มีการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แม้ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่ระดับต่ำกว่า E ก็ตาม สร้างความตระหนักและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร

C2Z : ติดเชื้ออย่างมา ใช้ยาให้ถูก

14 มีนาคม 2551 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

นพ.บวรชัย จีระชน	รพ.สมิติเวชศรีราชา
อินทิรา ดวงมะวงศ์	รพ.ภาพสินธุ์
สุห้วง พันธุ์ถาวรวงศ์	รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
ปราณี อัครมภรณ์	รพ.สมิติเวช
พญ.ดารารัตน์ รัตนรักษ์	รพ.นครปฐม

Antibiotics Stewardship

นพ.บวรชัย จีระชน (รพ.สมิติเวชศรีราชา)

การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น ไม่เหมาะสม หรือไม่ทันต่อสถานการณ์ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา ได้ติดตามศึกษาข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ในโรคที่พบได้บ่อยที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คือ URI และ acute diarrhea พบว่าการแจ้งข้อมูลให้แพทย์ทราบอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมขึ้น

การศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน dog bite wound พบว่า การใช้ยา Amoxicillin + Cavulamic acid ทำให้อัตราการติดเชื้อน้อยกว่าการใช้ Amoxicillin หรือ Cloxacillin

โรงพยาบาลได้ใช้ Indication sheet เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างขวางที่โรงพยาบาลพยายามควบคุมไว้ (reserve antibiotics) พบว่าทำให้แพทย์ใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในกรณีผู้ป่วยที่สงสัยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) โรงพยาบาลใช้ flow chart ตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อกระตุ้นเตือน ให้แพทย์และพยาบาลร่วมมือกันในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว

การดูแลเพื่อป้องกัน VAP

อินทิรา ดวงมะวงศ์ (รพ.ภาพสินธุ์)

การดูแลเพื่อป้องกัน VAP เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของหน่วยงาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 2) ให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า 1) มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP ไม่ชัดเจน ปฏิบัติที่หลากหลาย 2) ผู้ป่วยสูงอายุ ระยะเวลาอนโรยพยาบาลนาน ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานจากพยาธิสภาพของโรค 3) การให้การรักษาที่เสี่ยงต่อการเกิด VAP เช่น

การใส่ NG tube 4) สาย circuit ของ volume ventilator ไม่เพียงพอไม่สามารถเปลี่ยน Circuit ได้ภายใน 72 ชั่วโมง

กำหนดแนวทางแก้ไข/แนวทางปฏิบัติ 1) ด้านบุคลากร พัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด VAP ดังนี้ การทำความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การดูแลท่อทางเดินหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ การดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุด 2) ด้านผู้ป่วย ปฏิบัติตามมาตรการการรักษาของผู้ป่วยแต่ละโรคและระมัดระวังเรื่องการใส่ยาลดกรดและการใส่ NG tube 3) ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ประสานศูนย์เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มบรรจุในแผนครุภัณฑ์

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเรื่องการดูแลเพื่อป้องกัน VAP พบว่าอุบัติการณ์เกิดลดลงจากเดิมและมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มมากขึ้นทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแล และคุณภาพจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ตลอดไปนอกจากต้องพัฒนาด้านเจ้าหน้าที่แล้วยังต้องพัฒนาด้านเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆให้มีความทันสมัยและมีคุณภาพการใช้งานด้วย

การลด VAP

สุห้วง พันธุ์ถาวรวงศ์ (รพ.ชุมพรฯ)

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นหอผู้ป่วยขนาด 12 เตียง ดำเนินการตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2545 โดยรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด bird จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2546-2547 พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) เท่ากับ 29.47 และ 29.93 ครั้งต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และเป็นกลุ่มปัญหา High risk , High cost , High volume ของหอผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ฉะนั้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ คือ การปฏิบัติการพยาบาลจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทบทวนมาจากงานวิจัย เอกสารวิชาการต่างๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในขณะนั้นๆ (Evidence based practice by Evidence based patient) ประกอบกับการประเมินสภาพผู้ป่วยตลอดเวลา (Ongoing Assessment) และตั้งคำถามต่อสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกครั้ง (Criticise) จัดเป็นแนวทางที่ดีในการป้องกันและลดการเกิด VAP

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) การล้างมือ 2) การให้ Oral care โดยการใช้การแปรงฟันวันละ 4 ครั้ง 3) การวัด pressure cuff ไม่เกิน 20 มิลลิเมตรปรอท 4)

การดูแลเรื่องอาหารโดยเน้นการเพิ่มไขขาวในอาหารที่ให้ทางสายยาง 5) การจัดทำที่เหมาะสมตามสถานการณ์ 6) การประเมินสภาพของปอดก่อนให้การพยาบาล 7) การทำ Postural drainage ร่วมกับนักกายภาพบำบัด 8) การเช็ด Ambu bag ด้วย Alcohol 70% ทุก 8 ชม. และ 9) การใช้เทคนิคการดูดเสมหะที่ถูกต้องเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามปีงบประมาณ 2548-2550 มีแนวโน้มลดลง คือ 18.52, 13.61 และ 10 ครั้ง ต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ

Surgical Site Infection (SSI) Bundle

ปราณี อภิรมภรณ์ (รพ.สมิติเวช)

โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง เปิดรับบริการผู้ป่วยตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2540 จากสถิติพบว่าการผ่าตัดคลอด (C-Section) เป็นหัตถการที่พบบ่อยที่สุด (high Volume) และ จากการทำ Nosocomial Infection Surveillance ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 – ต.ค. 2550 พบว่าผู้ป่วย มีแผลผ่าตัดติดเชื้อ เพียง 3 ราย จากการ ผ่าตัดคลอด 1,166 ครั้ง (SSI Rate = 0.26%) Target= 1%

ปัญหาที่พบ จากข้อมูลการทำ Nosocomial Infection Surveillance พบว่า

1. สุกติแพทย์นิยมสั่งยาปฏิชีวนะเชิงป้องกัน (Prophylactic Antibiotics) เป็น 3rd Generation of Cephalosporin 100% ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีโอกาสก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา (E.coli ESBL + ve และ K.pneumoniae ESBL + ve) และราคาพยาบาลค่อนข้างสูง

2. การกำจัดขนนิยมใช้มีดโกน (Razor) ในการกำจัดขน 100% ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด Microabrasion และก่อให้เกิดแผลติดเชื้อได้สูง ~ 5.6% แม้ว่าอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดจะพบน้อย แต่เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด คณะอนุกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จึงนำ SSI Bundle จาก Institute for healthcare Improvement (IHI) มา Implement เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2550 วัตถุประสงค์ เพื่อประกัน process ที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อและผลการดำเนินการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทุก process 100%

C3Z : คิดไม่ถึง จึงติดเชื้อ

14 มีนาคม 2551 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

อริศรา สุวรรณฤกษ์	รพ.กรุงเทพ
อุทุมพร ศรีสภาพร	รพ.ขอนแก่น
ภก.สุรสิทธิ์ วัชรสุขโพธิ์	รพ.ขอนแก่น
พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล	รพ.ขอนแก่น
นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ	รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Clean Care is Safer Care Hand Hygiene Campaign

อริศรา สุวรรณฤกษ์ (รพ.กรุงเทพ)

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูง อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น การแพร่กระจายเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อย คือ การแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสโดยตรง (Direct Contact Transmission) จากมือของบุคลากรทางการแพทย์

การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดีที่สุด ทำได้ง่าย สิ้นเปลืองน้อย และได้ผลดีที่สุด คือ การล้างมือที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะสามารถช่วยลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

จากข้อมูลการล้างมือของบุคลากรใน Critical Care Unit พบว่ามี compliance การล้างมือ 30-40 % และมีการล้างมือที่ถูกต้องครบ 6 ขั้นตอนเพียง 7-10 %

การล้างมือที่ถูกต้องจะช่วยให้ปลอดภัยต่อการติดเชื้อได้ การที่บุคลากรจะมีพฤติกรรม การล้างมือที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ ความรู้ความเข้าใจ ข้อจำกัดของเวลาปฏิบัติงาน นิสัยหรือการให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อ และสิ่งที่สำคัญคือ ความตระหนักของบุคลากร

ทางแผนกควบคุมโรคติดเชื้อมีจัดอบรมให้ความรู้และเพิ่มอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น โปสเตอร์ขั้นตอนการล้างมือ กระดาษเช็ดมือ เครื่องแอลกอฮอล์สำหรับล้างมืออัตโนมัติ สบู่เหลว การอบรมให้ความรู้เป็นระยะๆ และการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามการล้างมือในบุคลากร พร้อมทั้ง feed back ข้อมูลให้หน่วยงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาการล้างมือในบุคลากร จะช่วยส่งเสริมและสร้างความตระหนักให้บุคลากรล้างมือเพิ่มขึ้นถึง 90 % ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล

Isolation precautions

อริศรา สุวรรณฤกษ์ (รพ.กรุงเทพ)

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) เกิดขึ้นจากองค์ประกอบสามประการ คือ host, agent, environment การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบทั้งสามนั้นต้องตัดวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อเพื่อทำลายวงจรการติดเชื้อ วิธีการที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งเรียกว่า Isolation Precautions (การแยกผู้ป่วย)

เนื่องจากเชื้อโรคแต่ละชนิดมีวิธีการแพร่กระจายหรือวิธีการติดต่อกันที่แตกต่างกัน การเลือกวิธีการแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสัมฤทธิ์ผลยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยของบุคลากร สิ่งสนับสนุน สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองเช่น เครื่องป้องกันร่างกาย และ การสื่อสารส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องทราบ

ทางโรงพยาบาลได้แยกกลุ่มผู้ป่วยตามวิธีการแพร่กระจายเชื้อ โดยติดสัญลักษณ์ Isolation (สติ๊กเกอร์สี) ที่ Chart Kardex และแขวนป้าย Isolation หน้าห้องผู้ป่วยเพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงวิธีการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการใช้เครื่องป้องกันร่างกายที่เหมาะสม สัญลักษณ์สีที่ใช้ในการแยกผู้ป่วย ดังนี้

1. Transmission – Based Precautions

1.1 **Contact Precautions** ใช้สัญลักษณ์ Isolation สีเขียว

1.2 **Droplet Precautions** ใช้สัญลักษณ์ Isolation สีส้ม

1.3 **Airborne Precautions** ใช้สัญลักษณ์ Isolation สีฟ้า

2. **Reverse Isolations** การแยกผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ใช้สัญลักษณ์ Isolation สีชมพู

3. **Drug Resistance Precautions** (ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา) ใช้สัญลักษณ์ Isolation สีม่วง

การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์

อุทุมพร ศรีสภาพร (รพ.ขอนแก่น)

บทนำและวัตถุประสงค์ : การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ จะลดการปนเปื้อนเชื้อได้ร้อยละ 80-90 การทำความสะอาดที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอุปกรณ์ขนาดเล็กที่มีลักษณะซับซ้อน อุปกรณ์นั้นจึงยังปนเปื้อนอยู่ ยังไม่มีการตรวจสอบประสิทธิภาพการล้างทำความสะอาดว่าสะอาดจริงหรือไม่ มีเพียงการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ ปัจจุบันพบการปนเปื้อนในอุปกรณ์บางอย่าง ทำให้เกิดโรค เช่น โรคควัวบ้า (CJD) ซึ่งการทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อปกติไม่สามารถทำลายเชื้อได้ จากการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลขอนแก่นที่ผ่านมา พบการปนเปื้อนเชื้อร้อยละ 8.28 (K. pneumoniae, A.

baumannii, Coagulase negative staphylococci และ Ps. aeruginosa) ในอุปกรณ์ที่ผ่านการทำความสะอาด และทำลายเชื้อแล้วของศูนย์บริการอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ จึงศึกษาประสิทธิภาพการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำความสะอาดยาก

ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาอุปกรณ์ที่ทำความสะอาดยากของห้องคลอด หน่วยจ่ายกลาง ศูนย์บริการอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ทันตกรรมและห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ตัวอย่างคือ Artery clamp, Swivel connector, คีมถอนฟัน และ Sphincterotome ประเมินความสะอาดของอุปกรณ์ด้วยตาเปล่าและตัวทดสอบ HemoCheck ซึ่งเป็นชุดทดสอบสำหรับตรวจหาคราบเลือดที่ปนเปื้อนในอุปกรณ์ กำหนดตัวอย่างโดยการสุ่มเลือกวันที่ทดสอบในอุปกรณ์ ภายหลังทำความสะอาด ก่อนนำไปทำลายเชื้อหรือทำให้ปราศจากเชื้อ รวบรวมข้อมูลในเดือน มีนาคม 2550 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ และวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ไคร์สแควร์ และฟิชเชอร์ เอ็กแซก

ผลการศึกษา : ประสิทธิภาพการทำความสะอาด ประเมินความสะอาดด้วยตาเปล่ามีคราบสกปรกร้อยละ 25.74 ประเมินด้วย HemoCheck มีเลือดปนเปื้อนร้อยละ 48.53 การตรวจสอบการทำความสะอาดด้วยตาเปล่าและ HemoCheck มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและอภิปราย: ประสิทธิภาพการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำความสะอาดยาก อยู่ในระดับต้องปรับปรุง การตรวจสอบด้วย HemoCheck มีประสิทธิภาพดีกว่าสายตาอย่างมีนัยสำคัญจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ ทบทวนแนวทางปฏิบัติการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้และปฏิบัติตามมาตรฐานได้ถูกต้อง ถือเป็นภาระงานในการควบคุมคุณภาพการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ล้างทำความสะอาดยาก สามารถนำไปขยายผลเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเฉพาะในอุปกรณ์แต่ละชนิด และรายละเอียดในการควบคุมกำกับ (monitoring) ประสิทธิภาพการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับประเภทและวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์แต่ละชนิด โดยควรพิจารณาความคุ้มค่า คำนึงในการเลือกและใช้ชุดทดสอบให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

การลดขยะติดเชื้อด้วยวิธีหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ

ภก.สุรสิทธิ์ วัชรสุขโพธิ์ (รพ.ขอนแก่น)

บทนำและวัตถุประสงค์ : แม้ว่าโรงพยาบาลขอนแก่นจะมีการติดตามการคัดแยกขยะในหอผู้ป่วย ร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีคณะทำงานดูแลการจำหน่ายขยะ recycle ซึ่งมีรายได้ปีละประมาณ 500,000 บาท ปริมาณขยะติดเชื้อซึ่งโรงพยาบาลให้เทศบาลนครขอนแก่นรับไปกำจัด กิโลกรัมละ 10 บาท ในขณะที่ขยะทั่วไปอัตรา

เหมาจ่ายเดือนละ 5,000 บาท กลับไม่ลดลง เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ป่วย ปี 2547-2549 ปริมาณขยะติดเชื้อเฉลี่ยเดือนละ 7,000, 8,000 และ 9,000 กิโลกรัม หรือคิดเป็นเดือนละ 70,000, 80,000 และ 90,000 บาท ตามลำดับ เนื่องจากต้นทุนในการกำจัดขยะทั้ง 2 ประเภทแตกต่างกันมาก ความคิดที่จะลดปริมาณขยะติดเชื้อโดยแปรรูปขยะติดเชื้อเป็นขยะทั่วไป จึงศึกษาการลดขยะติดเชื้อด้วยวิธีหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ ในเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2550

ผลลัพธ์ :

1. กระบวนการลดขยะติดเชื้อด้วยวิธีหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ
 - 1.1 ติดตั้งเครื่องหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ (Autoclave) เป็นเครื่องที่ไม่มีเครื่องกำเนิดไอน้ำในตัว จึงเป็นเครื่องที่รอการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 - 1.2 จัดหาแหล่งกำเนิดพลังงาน นำไอน้ำที่ใช้เป็นแหล่งกำเนิดพลังงานไอน้ำส่วนเกินจากการผลิตไอน้ำให้แก่หน่วยจ่ายกลาง โรงซักฟอกหรือโรงอาหารที่มีอยู่แล้วมาใช้
 - 1.3 คัดเลือกหน่วยงาน เริ่มดำเนินการแปรรูปขยะติดเชื้อในเดือนตุลาคม 2550 โดยเลือกห้องพยาธิวิทยาคลินิกและหน่วยไตเทียม ได้แก่ plate อาหารเลี้ยงเชื้อ ขวด hemo culture
 - 1.4 ขั้นตอนการทำให้ปราศจากเชื้อ - อุณหภูมิ > 121 oC - เวลา 15 นาที - ความดันไอน้ำ > 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว
 - 1.5 การทดสอบคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อใช้วิธีการทางชีวภาพ (spore test) ซึ่งทดสอบเดือนละ 1 ครั้ง
2. ต้นทุนการดำเนินการ ดังนี้
 - 2.1 ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ คือ ค่าติดตั้งเครื่องหนึ่งฆ่าเชื้อและเดินท่อไอน้ำจากเครื่องกำเนิดไอน้ำกลางของโรงพยาบาล มายังจุดติดตั้งและสร้างโรงเรือนสำหรับเครื่องหนึ่งประมาณ 360,000 บาท ซึ่งเป็นต้นทุนตั้งต้น (งบลงทุน)
 - 2.2 ส่วนต้นทุนในการดำเนินการ คือ ค่าแรงของบุคลากรซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้น เพราะเป็นบุคลากรที่ดูแลการคัดแยกขยะของโรงพยาบาลอยู่แล้ว
3. สถานที่ในการแปรรูป คือ เรือนพักขยะ
4. บุคลากรที่รับผิดชอบ คือ พนักงานขนย้ายขยะของโรงพยาบาล จากฝ่ายบริหารงานทั่วไปเป็นผู้รับผิดชอบ

สรุปและอภิปราย : การแปรรูปขยะติดเชื้อเป็นขยะทั่วไปด้วยวิธีหนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำพบว่า

1. ลดปริมาณขยะติดเชื้อและต้นทุนในการกำจัดขยะของโรงพยาบาล แปรรูปขยะติดเชื้อทั้งหมด 963 กิโลกรัม เหลือเป็นขยะทั่วไปส่งให้เทศบาลไปกำจัด 577 กิโลกรัม คิดเป็นน้ำหนักขยะหายไปประมาณร้อยละ 40 โรงพยาบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำจัดขยะติดเชื้อไม่น้อยกว่าเดือนละ 963 กิโลกรัม หรือ 9,630 บาทต่อเดือน หรือคิดเป็น 115,560 บาทต่อปี

2. ชุมชนและประชาชนปลอดภัยจากการกำจัดขยะติดเชื้อของเทศบาล ได้แก่ พนักงานขนย้ายขยะและกำจัดขยะติดเชื้อของเทศบาล ประชาชนปลอดภัยจากผลกระทบที่อาจเป็นมลพิษในสิ่งแวดล้อม

มาตรฐานห้องสะอาด (Clean Room) ของห้องผ่าตัด

พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล (รพ.ขอนแก่น)

บทนำ: จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดพบว่า มีการติดเชื้อสูงขึ้นและมีการติดเชื้อ

B.pseudomallei ที่แผลผ่าตัด ในเดือนกรกฎาคม 2549 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ทำการสอบสวนด้านการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด ให้บุคลากรทุกคนถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ด้านการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ เครื่องมือ ตรวจสอบควบคุมคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ แต่ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม ไม่ได้มาตรฐานและไม่มีการควบคุมคุณภาพ ตามมาตรฐานห้องสะอาด (Clean Room) ของวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย (วสท.)

วัตถุประสงค์ : ศึกษาการปรับปรุงห้องผ่าตัดให้ได้ตามมาตรฐานห้องสะอาดและมีระบบควบคุมคุณภาพ

วิธีวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในปี 2550 ตามมาตรฐานห้องผ่าตัด (Clean Room) ประกอบด้วย อัตราการแลกเปลี่ยนอากาศ > 25 ACH, อุณหภูมิ 18-22°C, ความชื้น 45-55 % rh, ความสะอาด clean room class 10,000 แผงกรองอากาศ (ชั้นที่ 1 25-35%, ชั้นที่ 2 99.97%) แผงกรองไม่รั่ว ไม่อุดตัน, เสียงดัง < 65dB, โครงสร้างทำความสะอาดง่าย กันชื้น ไม่มีรอยร้าวและมีเครื่องควบคุมคุณภาพ

ผลลัพธ์ : 1. การตรวจสอบมาตรฐานห้องผ่าตัด ดังนี้ อัตราการแลกเปลี่ยนอากาศ 28-41 ACH, อุณหภูมิ 20-23°C ปรับไม่ได้ตามต้องการ, ความชื้น 52-65 % rh ควบคุมไม่ได้, ความสะอาด clean room class 10,000 แผงกรองอากาศ (ชั้นที่ 1 25-35%, ชั้นที่ 2 99.97%) แผงกรองไม่รั่ว ไม่อุดตัน, เสียงดัง 54-69.8 dB 2. เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพ พบว่า เครื่องวัดความดันตกค่อมแผงกรองใช้ไม่ได้และไม่มีเครื่องวัดความดันเปรียบเทียบกับอากาศ

สรุปและอภิปราย : มาตรฐานห้องสะอาด (Clean Room) ก่อนส่งมอบ ต้องแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ผ่านก่อนจึงจะเปิดใช้ห้องผ่าตัดที่ไม่ได้มาตรฐาน อาจนำไปสู่ผลกระทบ ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากร
2. ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรลดลง ร้อน เหงื่อ เสียงดัง
3. โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง เสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
4. ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายการรักษาเพิ่มขึ้น อยู่โรงพยาบาลนานและภาวะแทรกซ้อน ห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน (Clean Room) เป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพบริการ ช่วยให้ผู้ป่วย

บุคลากรมีความมั่นใจในบริการ มีความพึงพอใจและปลอดภัย ดังเช่น การตรวจสอบห้องผ่าตัด
อาคารสิรินธร ให้ได้มาตรฐานห้องสะอาด ซึ่งได้มีการผ่าตัดเปลี่ยนไตผู้ป่วย 2 รายแรกของ
โรงพยาบาล สำเร็จด้วยดี ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนตามมา