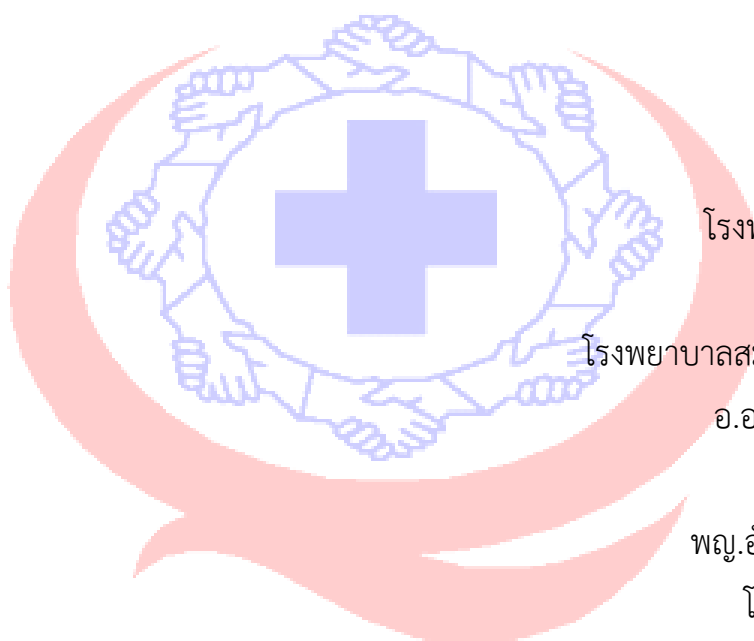


A3X

Sharing : หลากหลายในกระบวนการดูแล

16 มีนาคม 2554 เวลา 13.00-14.30น.

ห้อง Sapphire 10



อ.ศุภกร คงแก้ว

โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

อ.ไพรินทร์ สมบัติ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

อ.อารีย์ บรรจงธุระการ

โรงพยาบาลสตูล

พญ.อัจจิมาวดี พงศ์ดารา

โรงพยาบาลมหาราช

การอ้างอิง

อัจจิมาวดี พงศ์ดารา “เมื่อหนอยากกลับบ้าน”

ไพรินทร์ สมบัติ “Tele health ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”

ศุภกร คงแก้ว “การบริหารความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น”

อารีย์ บรรจงธุระการ “การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง”

12th HA National Forum Proceedings.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), www.ha.or.th, 2554

ก็จะได้รับฟังหัวข้อที่หน้าสนใจอีกหัวข้อหนึ่งในเรื่องของความหลากหลายในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในงาน National Forum ครั้งที่ 12 ครั้งนี้เนี่ยความหลากหลายในความสวยงามเราก็จะมีประเด็นให้พวกเราได้เลือกเข้ารับฟังที่ชัดเจนมากมาย แล้วก็ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยินดีต้อนรับทุกท่านเข้าสู่ National Forum ครั้งที่ 12 นี้ ก่อนที่เราจะเข้าฟังบรรยายในหัวข้อหลากหลายในกระบวนการดูแล

ดิฉันใคร่ขอแนะนำผู้ดำเนินรายการนะคะ ซึ่งอาจารย์เป็นทั้งที่ปรึกษา เป็นทั้งวิทยากร เป็นทั้งผู้เยี่ยมสำรวจ ต้องบอกว่าอาจารย์มากมายประสบการณ์แล้วก็มีหลากหลายของวิธีการทำงานเลยทีเดียว ขอเชิญทุกท่านพบกับอาจารย์มธุรส พาสพิพัฒน์กุลค่ะ

เรียนผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านคะชื่ออะคะอาจารย์เขาต้องมีอะไรดีแน่นอน ชื่อห้องของเราวันนี้ในเรื่องของหลากหลายในกระบวนการดูแลนั่นคือ อาจารย์ลองสังเกตุดีๆว่าชื่อห้องหลากหลายเพราะฉะนั้นชีวิตคนเราก็หลากหลายแน่นอน เพราะเรื่องวันนี้ 4 หัวข้อ ที่เรากำลังจะพูดกันในวันนี้เนี่ยเป็นเรื่องตั้งแต่เป็นเด็กเล็กๆ เมื่ออยากกลับบ้านแล้วไปถึงสัปดาห์ต้องไปใช้บริการในโรงพยาบาลได้รับของขวัญพิเศษมีการผ่าตัดย่อมมีความเจ็บปวด ทำอย่างไรถึงจะให้คลายความเจ็บปวดและสุดท้ายย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้นั่นคือ ความตาย เป็นสิ่งที่ท่านไม่ยากได้แต่ท่านได้อย่างแน่นอน

อันนี้เราต้องยอมรับความจริง เพราะเมื่อที่อาจารย์เฉลิมชัยบอกนั่นคือ สัจธรรมในชีวิต แต่เราจะทำอย่างไรให้วาระสุดท้ายของของเรานั้นประคับประคองทั้งตัวเรา ก็คือ ผู้ดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและไปถึงญาติพี่น้องจนกลับบ้านให้ทุกคนมีความสุขและร่มรื่น ดังนั้นเป็นเวลาโอกาสอันดี

เดี๋ยวเราจะขอเรียนเชิญวิทยากรทั้ง 4 ท่านขึ้นเวทีก่อนเลยคะ ขอเสียงปรบมือคะ ระหว่างรอเรียกลมหายใจเข้าอย่างลึกๆ หน่อยสิคะ เพราะว่าตอนนี้เป็นเวลา 13:00-14:30 น. นั้นเป็นเวลาที่เรา กำลังห่อเลี้ยงกระเพาะ แต่ตอนนี้เราต้องใช้สมองด้วยนะคะอาจารย์เราจะได้รู้การเรียนรู้จากประสบการณ์หลายๆ ท่าน วิทยากรท่านแรกอาจารย์ท่านเป็นหมอเด็ก อาจารย์หมอใจดี ชื่อคุณหมออุ๊ ท่านอยู่หน่วยงานกุมารเวชกรรมปัจจุบันท่านเป็นผู้ชำนาญการพิเศษ จบการศึกษาเฉพาะในเรื่องของกุมารแพทย์ระบบหายใจ ปัจจุบันท่านเป็นหัวหน้าโครงการดูแลผู้ป่วยระบบหายใจเด็กที่บ้านจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เรียนเชิญทุกท่านพบกับอาจารย์พญ.อัจจิมาวดี พงศ์คารา

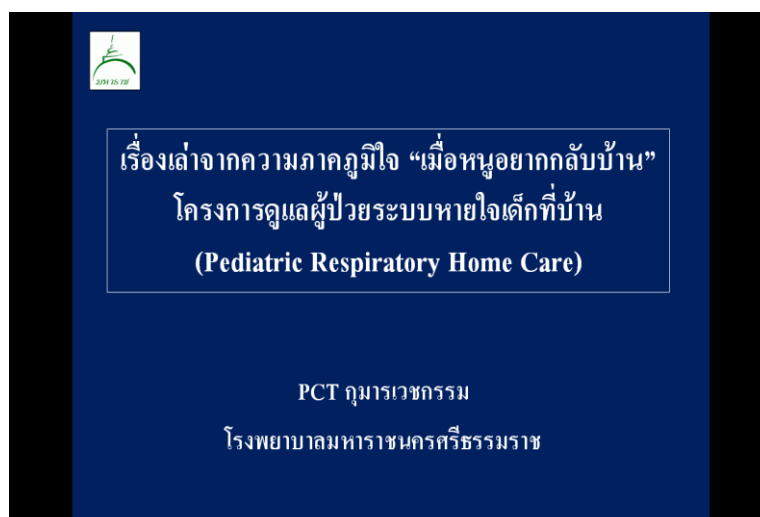
ท่านที่สอง ท่านมีประสบการณ์ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่า จัหวัดน่าน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบันนี้ รวมทั้งมีโอกาสเป็นวิทยากรรับเชิญแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบทบาท advance practice nurse ในเรื่อง parative care ใน National Forum ครั้งที่1 ที่รามาและวันนี้ท่านมาที่ National Forum ของเรา คือ อ.ไพรินทร์ สมบัติ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชป่า จัหวัดน่าน

วิทยากรท่านที่สาม อาจารย์มาจากจังหวัดหนึ่งที่อยู่ชายแดนจริงๆ จังหวัดนาราชวาส ท่านมีความเชี่ยวชาญในด้านเรื่องของการเป็นวิสัญญีพยาบาลมาครบ 12 ปี เรื่องความปวดหลัง ผ่าตัด และทำงานอยู่ในห้องพักรฟื้น ท่านอยู่ที่โรงพยาบาลสุโหงโกลก อ.ศุภกร คงแก้ว

ท่านที่สี่ อาจารย์ทำงานอยู่จัหวัดสตูลเป็นโรงพยาบาลสตูลเป็นพยาบาลวิชาชีพมา มากกว่า 30 ปี ประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดนรีเวชได้รับเลือกเป็นเลขาทีมเรื่องนม มีสนมแม่แต่ชีวิตผกผัน และพลิกผันจากแม่สู่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นโครงการ และมีโอกาสขยายผลมีโอกาสได้นำเสนอบนเวทีของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2553 ล่าสุด คือ อารีย์ บรรจงธุระการ จากโรงพยาบาลสตูล

เพื่อให้เวลาและเนื้อหาเราเข้มข้นมากกว่านี้ เพราะฉะนั้นเราเรียนรู้ชีวิตในเรื่องของการดูแลเด็กก่อนเลยเป็นอันดับแรก ถ้าเมื่อหนุอยากกลับบ้าน เรียนเชิญพบกับหมออีกครึ่งหนึ่ง

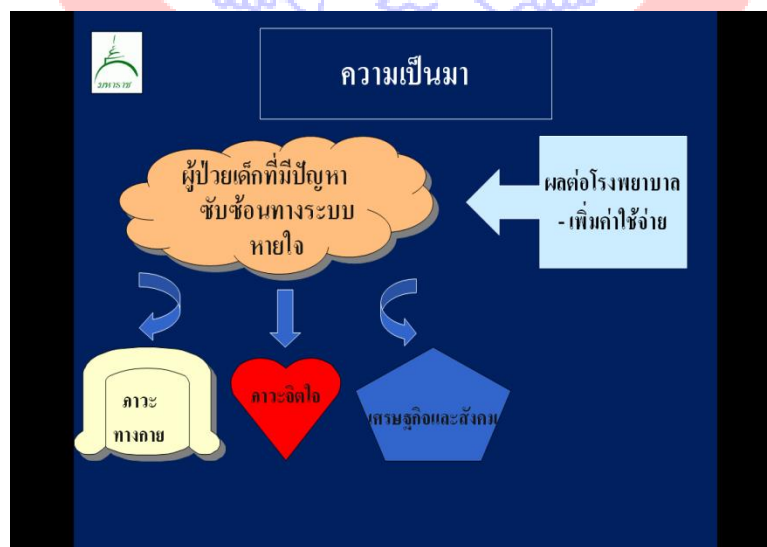
ดีใจที่ได้มาแชร์ในเรื่องของกระบวนการดูแลอยากจะขอแนะนำเสนอเรื่องแรกเลยก็คือ



เป็นเรื่องเล่าจากความภาคภูมิใจ เมื่อหนอยากกลับบ้านจากโครงการดูแลผู้ป่วยระบบหายใจเด็กที่บ้าน กลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ก่อนที่จะเล่าถึงความภาคภูมิใจของเรา ขอพูดถึงความเป็นมาของโครงการก่อน



ปัจจุบันเรามีผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจค่อนข้างมากสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นก็ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูง



ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากจะต้องมีอุปกรณ์พิเศษใช้ในการดูแลไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ หรือว่าออกซิเจน และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอยู่ในระยะเวลานานก็จะส่งผลกระทบต่อทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวกับตัวผู้ป่วยทางด้านทางกายจะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่ผิดปกติทางด้านจิตใจเด็กก็เกิดภาวะซึมเศร้าเครียดได้เหมือนกัน

ทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมก็จะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เนื่องจากว่าผู้ปกครองก็ต้องมาดูแลผู้ป่วย ผลกระทบต่อโรงพยาบาล โรงพยาบาลก็มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เองก็เป็นโรงพยาบาลระดับตติยะภูมิ เราจะต้องดูแลเด็กในจังหวัด และก็ต้องรับการส่งต่อมาจากจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นเรายังมีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจเยอะขึ้น



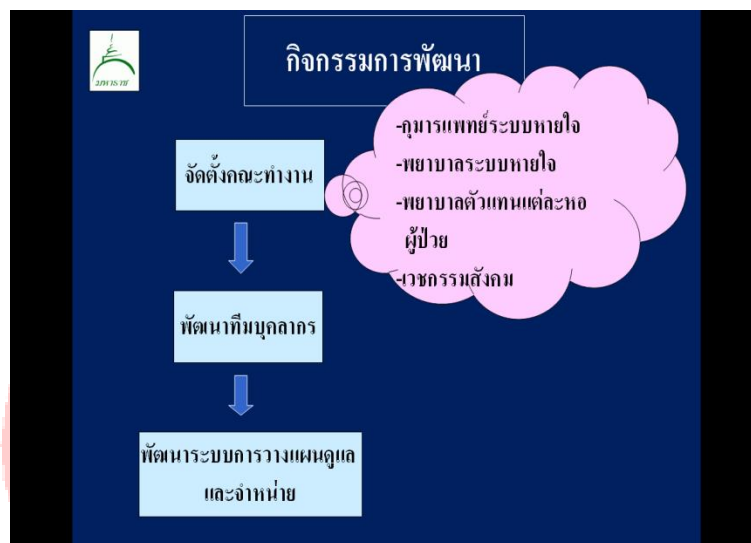
ผู้ป่วยกลุ่มนี้เองพ่อแม่ก็จะมีฐานะยากจนไม่มีเงินพอที่จะซื้ออุปกรณ์กลับไปใช้ดูแลที่บ้านหรือว่าบางครั้งผู้ดูแลก็ไม่มี ความมั่นใจที่จะกลับไป ดังนั้นทางกลุ่มงานกุมารเวชกรรมก็เลยเห็นว่าเราน่าจะจัดตั้งโครงการขึ้นมาแล้วก็ให้การสนับสนุนทั้งในเรื่องอุปกรณ์ที่จำเป็นและกับบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสอนเค้าให้สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ก็น่าจะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้วโรงพยาบาลก็มีค่าใช้จ่ายลดลง



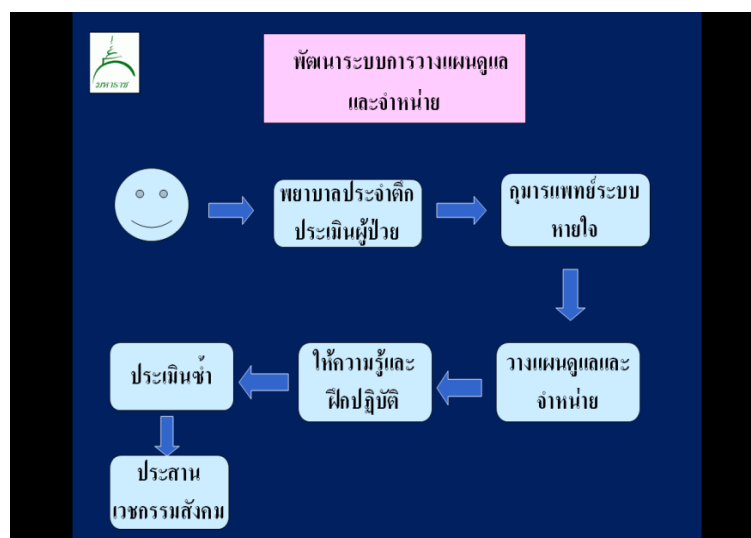
เป้าหมาย

1. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแลและบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจโดยเน้นการรักษาแบบองค์รวมและการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เป็นแหล่งในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น สอนและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ผู้ปกครองและญาติโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ

เป้าหมายของโครงการก็คือ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแลและบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจโดยเน้นการรักษาแบบองค์รวมและดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และก็เป็นแหล่งในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น สอนและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ผู้ปกครอง และญาติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ



หลังจากเราริเริ่มโครงการอันแรกก็คือ ต้องหาทีมงาน คณะทำงานของเราประกอบหลักๆ ไปด้วยกุมารแพทย์ระบบหายใจก็คือตัวดิฉันเองแล้วก็พยาบาลระบบหายใจ พยาบาลตัวแทนแต่ละหอผู้ป่วย และก็ฝ่ายเวชกรรมสังคม หลังจากนั้นเราก็มีการพัฒนาบุคลากรในทีมของเราให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจและมีการพัฒนาการวางแผนดูแลและจำหน่าย



นั่นคือเมื่อเรามีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางระบบหายใจเราก็จะมีการประเมินโดยพยาบาลประจำตึก โดยเราจะมีแบบประเมินอยู่ที่ตึกอยู่แล้วหลังจากนั้นก็ประเมินอีกครั้งโดยกุมารแพทย์ระบบทางเดินหายใจและก็จะมีการพูดคุยกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ว่าผู้ป่วยคนนี้จำเป็นจะต้องมีอุปกรณ์อะไรกลับไปที่บ้านบ้างหรือว่าจะต้องฝึกอะไรเค้านบ้างเพื่อที่จะให้กลับไปได้



และก็มาวางแผนดูแลแล้วก็จำหน่าย และหลังจากนั้นเราก็จะให้ความรู้และก็ฝึกปฏิบัติ แก่ญาติจนญาติเกิดความมั่นใจว่าสามารถกลับไปบ้านได้ หลังจากกลับบ้านเราก็จะประสานกับฝ่ายเวชกรรมสังคมให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อไป

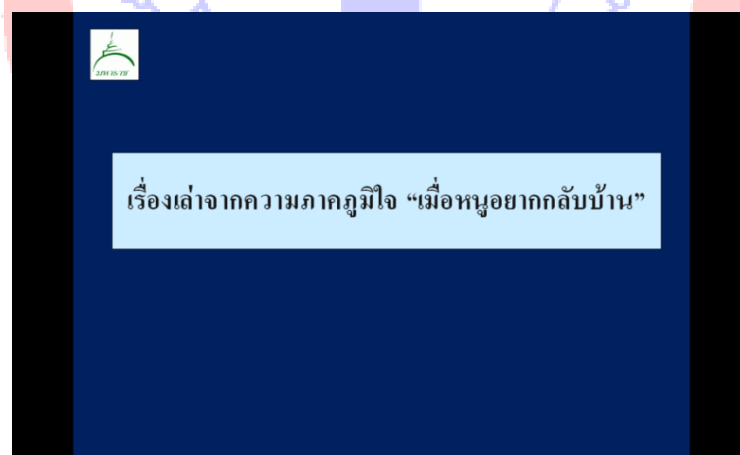
อันนี้เป็นแบบประเมินที่เราได้จัดทำขึ้นโดยแต่ละคนจะได้รับการประเมินอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งแรกก็คือโดยพยาบาล ครั้งที่สองโดยกุมารแพทย์ หลังจากนั้นเราก็จะมาคิดร่วมกันว่าจะต้องสอนอะไรบ้าง พอสอนเสร็จก็จะประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ถ้าญาติยังไม่มั่นใจหรือว่าสอนแล้วพยาบาลยังประเมินว่าไม่ผ่านเราก็จะสอนซ้ำจนสามารถจะกลับไปดูแลที่บ้านได้ ญาติก็จะเกิดความมั่นใจ



นอกจากนี้เรายังมีการจัดทำแนวทางการสอนให้เป็นลักษณะเป็นรูปภาพเพื่อที่จะเข้าใจง่าย
อย่างเช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ และการเปลี่ยนแปลท่อหลอดลมคอ



นอกจากนี้ก็มีการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นไม่ว่าจะขอรับบริจาคจากภายในโรงพยาบาลเอง หรือว่าจากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล แล้วก็พอผู้ป่วยกลับบ้านก็มีการติดตามประเมินผลแล้วก็เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการของเรา



ทั้งหมดนี้เริ่มต้นมาจากที่พวกเราเจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรมมีความอยากที่จะช่วยเหลือเด็กผู้หญิงคนหนึ่งให้ได้กลับไปอยู่ที่บ้าน เด็กผู้หญิงคนนี้มีชื่อว่า น้องอิง ปัจจุบันน้องอิงอายุประมาณ 6 ขวบกว่า เป็นลูกคนเดียวของครอบครัว



ถ้าน้องอิงไม่ได้อยู่โรงพยาบาลตอนนี้ก็คงเรียนอยู่ชั้นอนุบาล สามารถพูดคุย วิ่งเล่นได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่ว่าไม่ได้เป็นอย่างนั้น เนื่องจากตอนน้องอิงอายุขวบกว่านั้น้องอิงได้รับอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ ขณะนั่งซ้อนท้ายไปส่งแม่ที่ทำงานก็มีรถยนต์เบรคแตกขับพุ่งเข้ามาชนรถ จักรยานยนต์ที่น้องอิงนั่งซ้อนท้ายอยู่ก็ทำให้น้องอิงได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกไขสันหลังส่วนคอ เป็นอัมพาตตั้งแต่บริเวณคอลงมา

น้องอิงไม่สามารถขยับแขนขาได้ ไม่สามารถหายใจเองได้ต้องเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต และก็ต้องเจาะบริเวณหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหาร น้องอิงสื่อสารกับเราได้โดยสีหน้า ถ้าเกิดดีใจน้องอิงก็จะยิ้มหรือหัวเราะแต่ถ้าน้องอิงเสียใจก็จะร้องไห้



ปัจจุบันน้องอิงอาศัยอยู่ที่นี้ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม2 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เกือบ 4 ปีที่น้องอิงไม่เคยได้กลับบ้านเลย เนื่องจากว่าทางครอบครัวไม่มีเงินพอที่จะซื้อเครื่องช่วยหายใจ กลับไปใช้ที่บ้าน เนื่องจากแม่น้องอิงประสบอุบัติเหตุพร้อมน้องอิงก็กระดูกต้นขาหักต้องใช้ไม้ค้ำเดิน แล้วก็ต้องดูแลน้องอิงอยู่ที่โรงพยาบาล ส่วนพ่อก็เป็นโรคไตวายเรื้อรังล้างไตทุกอาทิตย์ ก็ทำให้การหารายได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย



ช่วงที่น้องอิงอยู่โรงพยาบาลทางหอผู้ป่วยก็ประสานกับสังคมสงเคราะห์จังหวัดให้มา ฝึกอาชีพให้แม่ก็ฝึกทำดอกไม้ประดิษฐ์จากผ้าใยบัวก็ขายเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแล้วก็ญาติผู้ป่วยในตึก ก็พอมีรายได้บ้าง แต่รายได้เพียงเท่านั้นก็คงไม่พอที่จะซื้อเครื่องช่วยหายใจกลับไปใช้ที่บ้าน



จากการพูดคุยกับแม่ๆก็อยากจะพาน้องอิงกลับไปอยู่ที่บ้าน เพราะว่าแม่สังเกตว่าเวลามีญาติมาเยี่ยมหรือว่าน้องอิงออกไปเที่ยวนอกตึกน้องอิงก็จะมีสีหน้ายิ้มแย้มหัวเราะอารมณ์ดีทั้งวัน แต่ถ้าวันไหนน้องอิงไม่ได้ออกไปไหนก็จะซึมเศร้าองแงทั้งวันเหมือนกัน ก็อย่างที่บอกเงินของแม่ที่ได้จากการขายดอกไม้ไม่พอที่จะซื้อเครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลมาราซเองก็ไม่มียางที่จะซื้อเครื่องช่วยหายใจให้เค้ากลับไปอยู่ที่บ้าน



ดังนั้นหลังจากที่เราจัดตั้งโครงการขึ้นมา อันแรกเลยก็ต้องหาเงินเราก็มีการพูดคุยกันในที่นี้ว่าเราจะทำอย่างไรให้มีเงินเข้ามาเพื่อจัดหาอุปกรณ์ ก็มีการขอรับบริจาคทั้งจากในโรงพยาบาลและก้นอกโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลเราก็ไม่ได้ขอบริจาคเฉยๆ เราจัดกิจกรรมขึ้นมาร่วมกับโรงพยาบาล อย่างเช่น





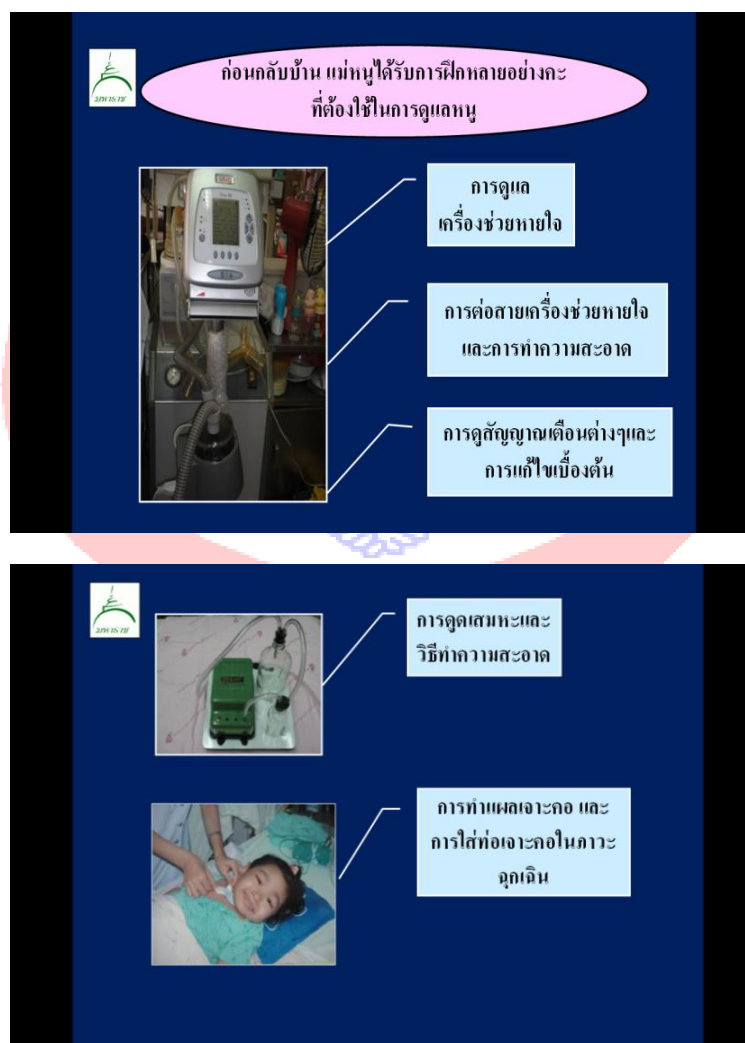
จับฉลากในงานปีใหม่นี้เรามีการทำของที่ระลึกอย่างเช่น ที่ถักหนังสือซึ่งเป็นฝีมือการระบายสีของเด็กที่ป่วยในกลุ่มงานของเราแล้วก็เอามาจำหน่าย



แล้วก็มีมีการขอรับบริจาคสิ่งของที่ไม่ใช่แล้วของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน แล้วก็นำมาขายที่ตลาดนัดสุขภาพของโรงพยาบาล



แล้วกันนอกจากนี้เรายังประสานกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลก็ได้รับความอนุเคราะห์
อย่างดีจากธนาคารกรุงไทย สาขาในจังหวัดนครศรีธรรมราช ก็ตั้งกล่องรับบริจาคให้กับเราแล้วก็นำ
เงินทั้งหมดสมทบทุนเข้าโครงการ กว่า 1 ปี กว่าเราจะประสบผลสำเร็จเรามีเครื่องช่วยหายใจให้กับน้องอิง
เรามีเครื่องดูดเสมหะ มีออกซิเจน มีลูกปั๊มมูให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้เข้ายืมในราคาถูก ก่อนน้องอิงจะ
กลับบ้านแน่นอนเราต้องสอนแม่ให้สามารถดูแลน้องอิงได้เหมือนอยู่ที่โรงพยาบาล



เราสอนตั้งแต่การดูแลเครื่องช่วยหายใจ การต่อสาย การดูแลทำความสะอาดการดู
สัญญาณเตือนต่างๆ และก็การแก้ไขเบื้องต้น การดูดเสมหะและวิธีทำความสะอาดและก็ทำแผล
ท่อเจาะคอและการใส่ท่อเจาะคอกรณีฉุกเฉิน การเคาะปอดและกายภาพบำบัดรวมทั้งการสังเกต
อาการผิดปกติต่างๆ และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น



หลังจากพร้อมแล้วเราก็ส่งน้องอิงค์กลับบ้าน ก่อนกลับบ้านเราก็ประสานกับฝ่ายเวชกรรมสังคม ประสานกับโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยในเครือข่าย แล้วก็ประสานกับโรงพยาบาลพาน้องอิงค์กลับบ้าน ตลอดทางที่ไปส่งน้องอิงค์ น้องอิงค์ก็มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส หัวเราะ ไปถึงที่โน่นเราก็มีเจ้าหน้าที่ที่เราประสานไป มารออยู่แล้ว ก็มีการพูดคุยถึงโรค อาการผิดปกติ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ แล้วก็การแก้ไขเบื้องต้น ให้กับเจ้าหน้าที่ สอนเจ้าหน้าที่อีกครั้งหนึ่ง





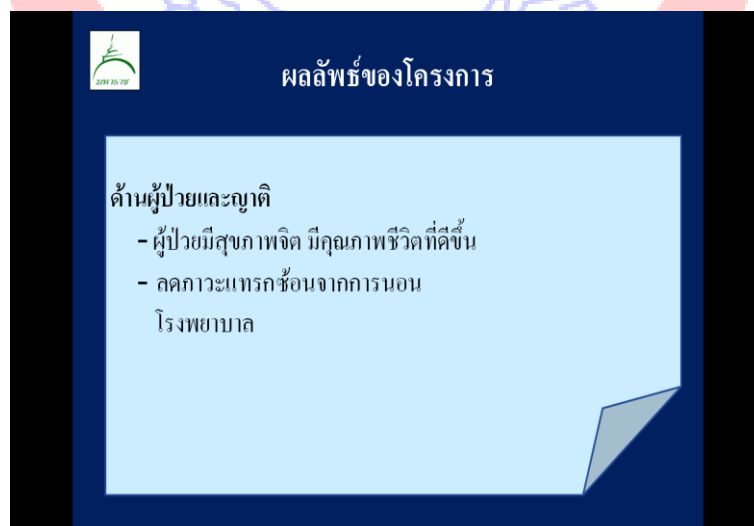
หลังจากนั้นเราก็กลับไปเยี่ยมน้องอิงทุก 2 สัปดาห์ในช่วงแรก ทุกครั้งที่เรากลับไปเราก็จะเห็นน้องอิงอ้วนขึ้น ยิ้มแย้มตลอดเวลา แม่บอกว่าน้องอิงอารมณ์ดีตลอด แม่บอกเราว่าถ้าให้แม่ต้องเลือกระหว่างอยู่บ้านหรืออยู่โรงพยาบาล แม่ก็ยังยืนยันกับเราอีกครั้งว่าการตัดสินใจพาน้องอิงกลับบ้านของแม่เป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องที่สุดแล้ว



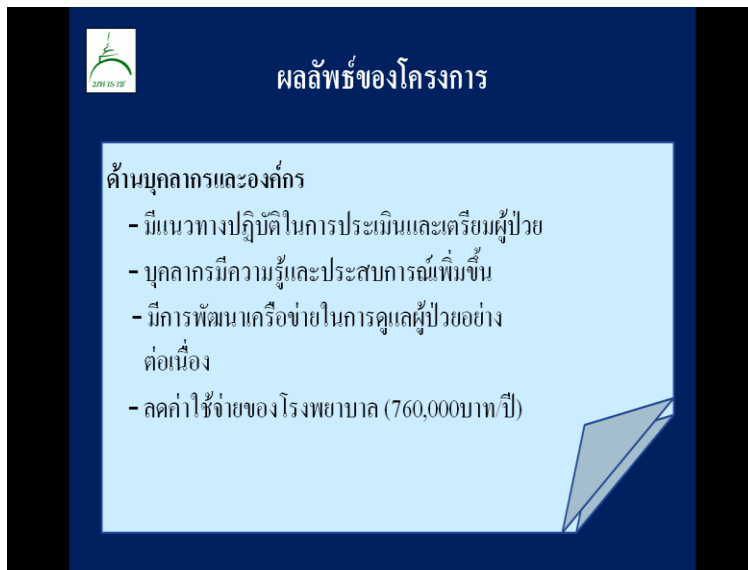
นอกจากน้องอิงเราก็มีโอกาสช่วยเหลือเด็กอีกหลายๆ คนในโครงการแล้วก็มี การกลับไปติดตามเยี่ยมบ้านอีกเช่นกัน



จากการดำเนินการของโครงการเราใน 1 ปีที่ผ่านมาเรามีผู้ป่วยในโครงการทั้งหมด 32 ราย เรามีคนไข้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านนอกจากนี้ยังมีอีกรวมเป็น 2 ราย แล้วก็มีออกซิเจน 7 ราย เครื่องดูดเสมหะ 9 ราย แล้วก็แอมบูสำหรับพ่นยา 22 ราย



ผลลัพธ์ของโครงการของเราด้านผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ทางด้านบุคลากรและองค์กรเรามีแนวทางการปฏิบัติในการประเมินและเตรียมผู้ป่วย บุคลากรมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น มีการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



ผลลัพธ์ของโครงการ

ด้านบุคลากรและองค์กร

- มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและเตรียมผู้ป่วย
- บุคลากรมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น
- มีการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (760,000 บาท/ปี)

ในกรณีของน้องอิงเราสามารถลดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลได้ถึง 7 แสน 6 หมื่น บาท ต่อปี ทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือเรามียอดบริจาคสนับสนุนเข้าโครงการทั้งหมด 3 แสน 5 หมื่น บาท สามารถจัดซื้อเครื่องช่วยหายใจหนึ่งเครื่อง อ็อกซิเจนแท่งได้ 6 แท่ง เครื่องดูเสมหะ 20 เครื่องแล้วก็แอมบูแบ็คสำหรับพ่นยา 30 อัน



บทเรียนที่ได้รับ

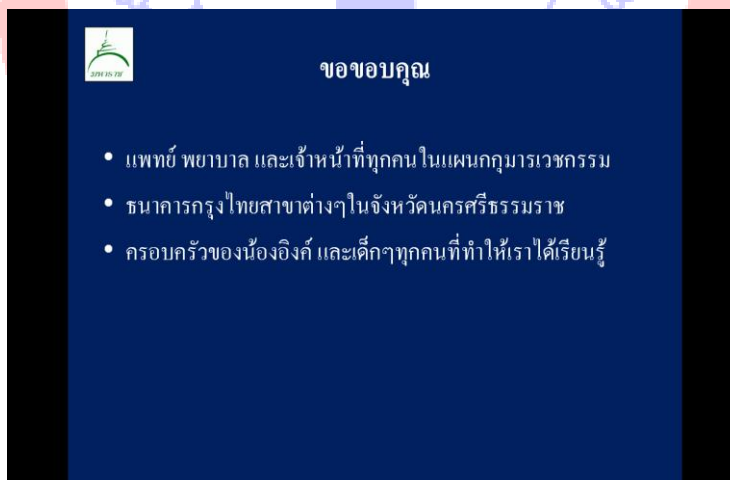
น้องอิงค์ทำให้เราได้เรียนรู้ว่า
...ไม่มีอะไรยากเกินไปสำหรับ
ความพยายาม



บทเรียนที่เราได้รับ น้องอิงค์ทำให้เราเห็นว่าไม่มีอะไรยากเกินไปสำหรับความพยายาม และก็น้องอิงค์ทำให้เราได้เรียนรู้ว่าการจะดูแลผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งนั้น ก็ควรจะดูแลเค้าด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์



โอกาสที่จะพัฒนาทางระดับหน่วยงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น
ระดับโรงพยาบาลเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่น และที่ในระดับจังหวัดเราวางแผนที่จะสร้าง
ภาคีเครือข่ายให้โรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นและที่เพิ่มสมรรถนะของบุคลากรในท้องถิ่น



สุดท้ายก็ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนในแผนกกุมารเวชกรรม ธนาคารกรุงเทพสาขาต่างๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช นื่องอิงและครอบครัว แล้วก็เด็กๆ คนอื่นๆ ที่ทำให้พวกเราได้เรียนรู้ว่าบางสิ่งเล็กน้อยแต่มีความหมายที่ยิ่งใหญ่หากมาจากน้ำใจแห่งความเมตตาของใครสักคน และที่สำคัญนอกเหนือจากนี้เรื่องจะไม่ถูกนำมาเล่าที่นี้ถ้าเราไม่มีพญ.อัจฉิมาวดี พงศ์ดารา มาเล่าเรื่องนื่องอิงที่เราได้รับฟัง ขอเสียงปรบมือให้อาจารย์ต่างๆ เป็นกำลังใจให้อีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ผลที่อาจารย์เรียนรู้จากนื่องอิงนำไปขยายผลกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ

Modulator เป็น Surveyor ในมุมมองของ Surveyor จะมองว่าเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม เราแฝงเข้าไปกันเยอะมากเลย เรามองความเป็นองค์รวมเรามองความเป็น Empowerment อาจารย์จะสังเกตเลยว่าถ้าเราเข้าถึงตัวคนไข้และครอบครัวได้ เราสามารถกลับมาพลิกผันกระบวนการดูแล เพราะถ้าเราทำแบบเดิมๆ จะไม่มีกระบวนการต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้น

ถ้าเรามองปัญหาที่เกิดขึ้นที่อาจารย์บอกว่าไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีคนดูแล แต่ถ้าเมื่อเรากลับมาสิ่งที่ตัวเองมองข้อแรกผลลัพธ์สุดท้าย เห็นรอยยิ้มของนื่องอิงและครอบครัวไหมคะ เห็นความสุขของเจ้าหน้าที่ที่อาจารย์มาเล่า แวดตา และสีหน้า พอเห็นรูปเด็กคนนี้ปุ๊บเราจะเห็นเลยว่าความสุขของเจ้าหน้าที่ที่เกิดอยู่ไม่ไกลไม่ไกลอยู่ในที่ทำงานเสมือนว่าบ้านนื่องอิงเป็นหลังที่สองของเขา

บ้านหลังที่สองของอาจารย์ก็อยู่ที่ทำงานของอาจารย์เราไม่ต้องแสวงหาความสุขไกลตัวเราหาใกล้ๆ ตัว สิ่งที่สำคัญที่เห็นอีกข้อหนึ่ง Empowerment ไม่ใช่แค่เพื่อจากตัวเราสู่ care giver ผู้ดูแลเค้าด้วยหัวใจ ก็คือหัวใจของคนทำงานที่อาจารย์บอกสามารถถ่ายทอดผ่านความรักบวกกับพลังของแม่ที่มีความรักยิ่งใหญ่ของลูก แต่ตอนนี้เราไม่ได้หวังแค่นั้นเราต้องการสร้างเครือข่าย เพราะกำลังใจสามารถสร้างกำลังใจพลังให้กับครอบครัวอื่นๆ ที่เผชิญปัญหาแบบนี้เราจะร่วมแรงร่วมใจพลังมากขึ้น Empowerment จะไม่ได้อยู่แค่ครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง แต่เราส่งผ่านอีกอันหนึ่งที่เรารู้สึกถึงประจำการดูแลต่อเนื่อง

นี่คือตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องของ Empowerment & Continuity Of Care แต่อย่าลืมในเรื่องยังแฝงไปด้วยว่าหากเหตุเกิดฉุกเฉินนั้น ท่านต้องเรียนรู้ภาวะนี้และการจัดการแก้ไขเบื้องต้น สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ตัวเองได้เรียนรู้ ขอปรบมือให้อาจารย์อีกครั้งหนึ่ง

เพื่อให้เข้าสู่ตรงนี้อย่างชัดเจน เราก็จะมีอีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งว่า เมื่อส่งต่อ Continuous Of Care แต่ไม่ใช่เด็กเป็นกลุ่มของคนไข้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเค้าก็จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องเช่นกัน เราจะใช้เทคโนโลยีที่เรามีอยู่ในโลกปัจจุบันนี้เพื่อกลับมาแก้ไขปัญหาหรือเป็นตัวเชื่อมประสานการทำงานของเรานั้นอย่างไร เรียนเชิญทุกท่านพบกับ อาจารย์ไพรินทร์ สมบัติ ในหัวข้อ Tele health ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ขอสวัสดิ์ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านก่อนอื่นก็ต้องขอขอบพระคุณสรรพที่ได้ให้โอกาส พวกเราทีม Parative Care ขายขอบที่อยู่ห่างไกลถึงนานได้มีโอกาสนำเอาส่วนหนึ่งของระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เราได้ร่วมกันสร้างสรรค์ขึ้นมาแลกเปลี่ยนในหนึ่งมุมมอง ก็คือในเรื่อง ของทางเครือข่ายบริการสุขภาพปัวเราได้มีการนำเอาเรื่องของเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมทั้ง ในเรื่องของการส่งต่อข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต และก็ในเรื่องของการใช้โทรศัพท์ออกมาใช้ทำให้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเรามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเดี๋ยวลองไปดูในรายละเอียด



ก่อนอื่นอยากจะแนะนำให้ทุกท่านได้รู้จักกับคัมภีร์ของเราอีกสักกึ่งหนึ่ง ปีนี้เป็นอำเภอแห่งหนึ่งที่อยู่ในโซนเหนือของจังหวัดน่านอยู่ห่างไกลจากตัวอำเภอประมาณ 60 กิโลเมตร มีประชากรในความดูแลประมาณ 64,000 คน และก็มีสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญก็คือ มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง และตอนนี้เราเปิดบริการอยู่ที่ 105 เตียง และก็มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักอยู่ถึง 7 ท่าน

แล้วก็มีสถานบริการระดับปฐมภูมิคือ สอ. และ สสช. อยู่ 12 แห่ง และ 4 ใน 12 แห่งก็เป็นสถานบริการในพื้นที่สูงและก็ห่างไกล ที่นี้ลองมาคิดว่าทำไมเราต้องเอาเรื่องของแนวคิด Tele Health หรือเทคโนโลยีโทรคมนาคมเข้ามาช่วยก็ด้วยเหตุผลที่ว่าจากประสบการณ์ทำงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคัมภีร์เราพบว่า ทั้งในตัวของผู้ป่วยเองและก็ตัวของครอบครัว



เราก็ทราบใช้ไหมว่าคนเราส่วนใหญ่เมื่อรู้ตัวเองว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายแล้วก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วนั้น ส่วนใหญ่หรือแม้แต่วิทยากรเองก็คิดว่าถ้าเมื่อถึงเวลานั้นก็อยากกลับไปอยู่บ้านมากกว่าที่จะอยู่ในความดูแลของหมอของพยาบาล เพราะว่าที่บ้านนั้นจะอบอุ่นสำหรับเขา เป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และก็มีคนที่เขารักอยู่ใกล้ๆ บรรยากาศก็น่าจะเอื้อต่อการสั่งลาหรือการสะสางสิ่งที่ค้างคาใจ และคงอยากจะจากไปท่ามกลางความรักนั้น

ความเป็นมาและความสำคัญ

- ❖ ปชช. ไม่มั่นใจที่จะนำผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน คิดว่า “ไกลหมอ ไกลยา”
- ❖ บุคลากร ยังขาดความมั่นใจในการดูแล

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แต่สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนาต่อนั้นก็คือเราพบว่าทั้งตัวคนไข้เองและก็ครอบครัวไม่มั่นใจยังขาดความมั่นใจว่าเวลาที่เค้ากลับไปอยู่บ้านแล้วเวลามีปัญหาเกิดขึ้นซึ่งเรารู้ว่าใช้ไหมว่าคนไข้ระยะสุดท้ายในความดูแลของเราการใช้ว่าจะคงที่ ขนาดในเรื่องของความปวดที่เราควบคุมด้วยยา แต่ว่าวันมะรืนนี้พรุ่งนี้มันไม่ใช่อยู่คงเดิมก็เป็นกังวลว่าเอหากอยู่ที่บ้านมันไกลหมอไกลยาแล้วเป็นอะไรจะปรึกษาใครนี่คือทำให้เค้าไม่สามารถตอบสนองสิ่งที่เค้าต้องการได้

แล้วก็แม้แต่ในตัวบุคลากรที่ดูแลใกล้บ้านในระดับ สอ. และสสข. เองก็ตามเราพบว่าบุคลากรเหล่านี้ก็ยังไม่มั่นใจว่าถ้าเอาคนไข้ระยะสุดท้ายมาดูแลที่บ้านแล้วเค้าจะดูแลให้คนไข้มีความสุขตามอัตภาพไม่ให้อาการรบกวนมากมายได้ไหม ทั้งตัวคนไข้และตัวบุคลากรก็ยังไม่มั่นใจในการดูแล แล้วทีนี้เมื่อเรามองความต้องการของคนไข้ของบุคลากรหันกลับมามองว่าแล้วระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมันก็จะต่อมาจากการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาลว่า

ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

- ❖ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสู่สถานเอนามัยในพื้นที่ไม่ทันการสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

แต่เดิมคัพปัวของเราเองเนี่ยเมื่อคนไข้นอนโรงพยาบาลแล้วจะจำหน่ายกลับบ้านเนี่ยระบบการส่งต่อของเราก็กังไม่เอื้อยังไม่ทันการณ์บางราย ซึ่งแต่เดิมของเรามีการส่งต่อแบบว่าเมื่อมีการจำหน่ายทางหอผู้ป่วยก็จะเขียนใบส่งต่อผู้ป่วยแล้วก็นำมาฝากไว้กับงานธุรการของโรงพยาบาล

แล้วในภาคบ่ายของวันทำการเราก็จะมีเจ้าหน้าที่มารับใบส่งต่อนั้น แล้วก็เอาไปฝากไว้ที่ ล็อกเกอร์ของสาธารณสุขอำเภอ แล้วกว่าเจ้าหน้าที่ในแต่ละ สอ.จะเข้ามาติดต่อราชการที่สาธารณสุขอำเภอ แล้วเอาใบส่งต่อนั้นกลับไปให้ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ มันก็ใช้เวลาอยู่หลายวันเพราะบางที่ไม่ได้มาติดต่อราชการทุกวัน ซึ่งแน่นอนว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางรายเค้าก็ไม่รอเราไปดูแลแล้ว

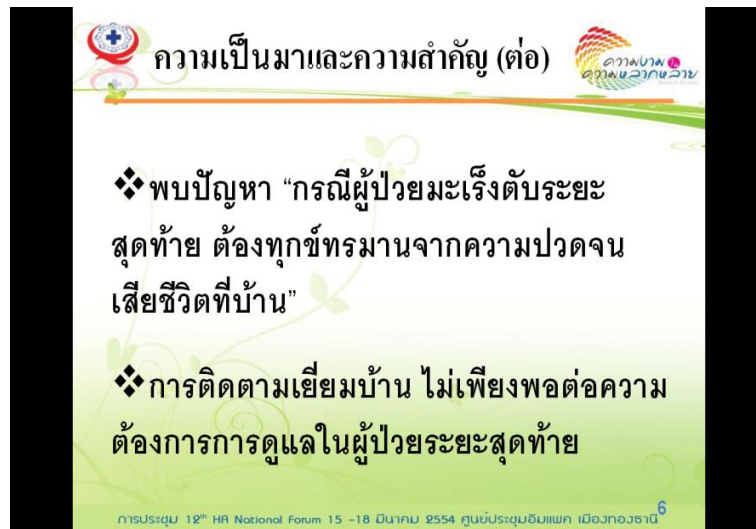
จากโอกาสพัฒนาหลายๆ ประเด็นที่เราพูดมาก็ทำให้เกิดกรณีศึกษาผู้ป่วยรายหนึ่งที่น่าได้ว่าเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญที่ทำให้พวกเราชาวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปัวหันมาพัฒนาเรื่องนี้กันอย่างจริงจังก็คือ

ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

- ❖ พบปัญหา “กรณีผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ต้องทุกข์ทรมานจากความปวดจนเสียชีวิตที่บ้าน”
- ❖ การติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี 6

ทางทีมของเราได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับรายหนึ่งซึ่งที่มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องของความปวดแล้วก็มีก้อนขนาดใหญ่ที่ท้อง ทางทีมของเราได้ลงไปร่วมดูแลจนควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยคนนี้ได้ระดับหนึ่ง ตอนนั้นคุณยายได้รับยามอร์ฟิน 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง แล้วก็ควบคุมอาการปวดพออยู่ได้แล้วก็ด้วยความที่คุณยายอยากกลับบ้านแล้วเราก็ตัดสินใจได้ train เรื่องต่างๆ ไว้พอสมควร แล้วก็จำหน่ายคนไข้กลับบ้านไปด้วยความคาดหวังว่าคุณยายน่าจะไปได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตกับคนที่คุณยายรักที่บ้านในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย



แต่ทราบไหมว่ามันไม่ได้เป็นอย่างที่เราคิดเรามาทราบทีหลังว่าคุณยายเสียชีวิตแล้วที่บ้าน ในสภาพที่ต้องทุกข์ทรมานจากความปวดอยู่นานหลายสัปดาห์ ยายทนปวดอยู่นานปวดจนไม่อยากกินอะไรในแล้วก็ในช่วงสุดท้ายปวดมากจนลูกสาวต้องเอาผ้าห่อน้ำแข็งมามั้ดรอบเอวด้วยความคิดว่าจะทำให้คุณยายทุเร้าปวดได้บ้างยายกินอะไรไม่ได้จนเสียชีวิต

ในที่สุดที่บ้านเราก็มารู้ใจว่าทำไมผู้ดูแล ทำไมไม่นำคนไข้มาที่โรงพยาบาล รู้มั้คะว่าเค้าตอบเราว่าอย่างไร เค้าบอกว่าทราบแล้วว่าคนไข้เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายถ้าพามาโรงพยาบาลเนี่ยหมอก็คงบอกให้ทำใจไม่รู้จะรักษาอย่างไร

ตรงนี้ก็ด้วยเรื่องที่ว่าเค้าไม่รู้ที่เราจะช่วยเค้าได้ผู้ดูแลเค้าไม่รู้ที่เราจะช่วยเค้าได้ยาแค่นั้นไม่ใช่แค่ทำให้แค่นั้นแล้วสิ้นสุด แค่นั้นมันสามารถปรับเปลี่ยนได้การดูแลด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ยายังมีอยู่อีกมากมายที่เค้าไม่มาหาเราก็เพราะเค้าไม่รู้ แต่พวกเราในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเนี่ยเรารู้ว่าเราช่วยเค้าได้แต่สิ่งที่เราไม่มีคือ ช่องทางการที่จะรับรู้ปัญหาของคนไข้เองต่างหากที่เราไม่มี

เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็เลยเป็น case ที่เป็นแรงบันดาลใจอย่างมากที่ทำให้เราหันกลับมาพัฒนาการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยกันอย่างจริงจังแล้วอีกประเด็นหนึ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เราต้องมาพัฒนาเรื่องนี้ก็คือ เรามาพิจารณาว่าถึงแม้เราจะมีกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ตาม แต่ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เหมือนผู้ป่วยอื่นๆ

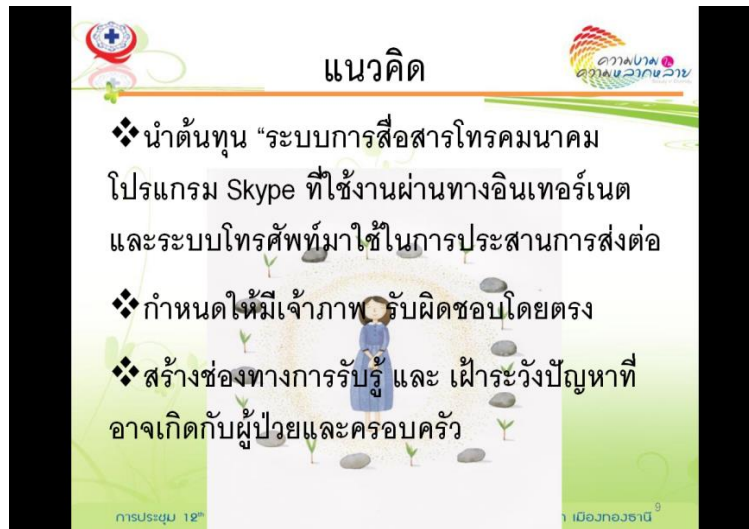
การไปเยี่ยมบ้านเค้ครั้งเดียว สองครั้ง แล้วมันจะจบเพราะว่าอาการของเค้ก็ยังไปเรื่อยๆ แล้วบางทีอาการของเค้กำเริบขึ้นมากลางค้ำกลางคืนการเยี่ยมบ้านไม่น่าจะตอบปัญหาเค้ได้ทั้งหมด



ทั้งหมดนี้ก็เลยเป็นที่มาของการนำเอาแนวความคิดเรื่องของ Tele Health หรือว่า Tele Medicine หรือว่าการสาธารณสุขทางไกลเข้ามาปรับใช้



เรามาคูว่าเรามีเป้าหมายว่าเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วก็ครอบครัวในความดูแลของเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอปัวให้ได้รับการประสานการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยเรามองไปรอบข้างดูต้นทุนที่เรามีพอที่ว่าปัวเราที่มีระบบทุก สอ.และก๊ สสช. เรามีการวางโครงสร้างโครงข่าย internet ไว้ทุกพื้นที่เพราะฉะนั้นน่าจะนำมาช่วยในการส่งต่อข้อมูลได้ แทนที่จะใช้การเดินเอกสารเพียงอย่างเดียวนอกจากแนวคิดการนำต้นทุนที่มีอยู่มาใช้

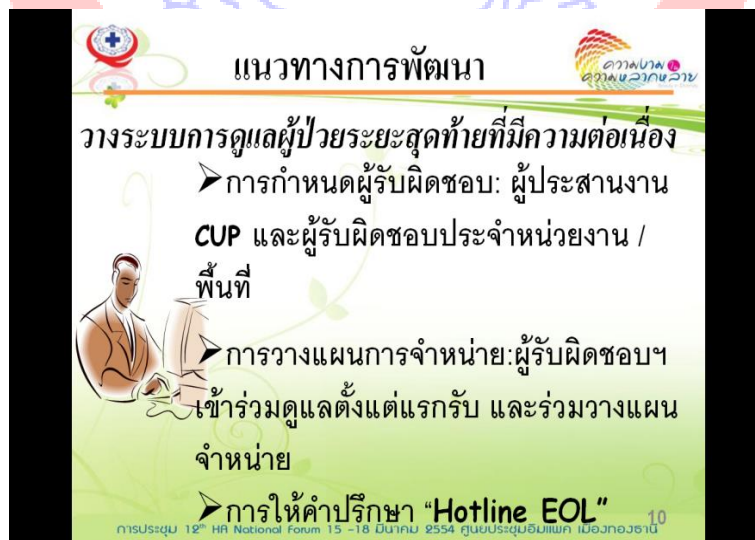


แนวคิด

- ❖ นำต้นทุน “ระบบการสื่อสารโทรคมนาคม โปรแกรม Skype ที่ใช้งานผ่านทางอินเทอร์เน็ต และระบบโทรศัพท์มาใช้ในการประสานการส่งต่อ
- ❖ กำหนดให้มีเจ้าภาพรับผิดชอบโดยตรง
- ❖ สร้างช่องทางการรับรู้ และ เผื่อระวังปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

การกำหนดให้มีเจ้าภาพรับผิดชอบโดยตรงก็สำคัญเพราะว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีความต่อเนื่อง และที่สำคัญช่องทางการรับรู้แล้วก็การเผื่อระวังปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวก็ต้องควรมีด้วย



แนวทางการพัฒนา

วางระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต่อเนื่อง

- การกำหนดผู้รับผิดชอบ: ผู้ประสานงาน CUP และผู้รับผิดชอบประจำหน่วยงาน / พื้นที่
- การวางแผนการจำหน่าย: ผู้รับผิดชอบฯ เข้าร่วมดูแลตั้งแต่แรกรับ และร่วมวางแผนจำหน่าย
- การให้คำปรึกษา “Hotline EOL”

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ประการแรกเรามาวางระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต่อเนื่องโดยอย่างแรกคือ กำหนดผู้รับผิดชอบก่อน เรากำหนดผู้รับผิดชอบทุกระดับทั้งในระดับของคัพเองก็จะมีผู้ประสานงาน การดูแลของคัพ ซึ่งมี center อยู่ที่โรงพยาบาล ในระดับของหน่วยงานที่รับผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ในดูแลเราก็จะมีพยาบาลซึ่งเป็น Palliative Care Vord Nurse อยู่ประจำทุกหอผู้ป่วยแล้วในส่วนที่เป็นสหสาขาวิชาชีพเราก็มีแพทย์ซึ่งรับผิดชอบเป็นประธาน เป็นหัวหน้าทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ซึ่งเราสามารถจะ consult ปรีกษาหรือ case ได้แล้วมีเกสซ์กรับผิดชอบโดยตรง มองไปถึงระดับ
บริการปฐมภูมิในพื้นที่คือระดับ สอ. เราก็จะมีผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประจำทุก สอ.

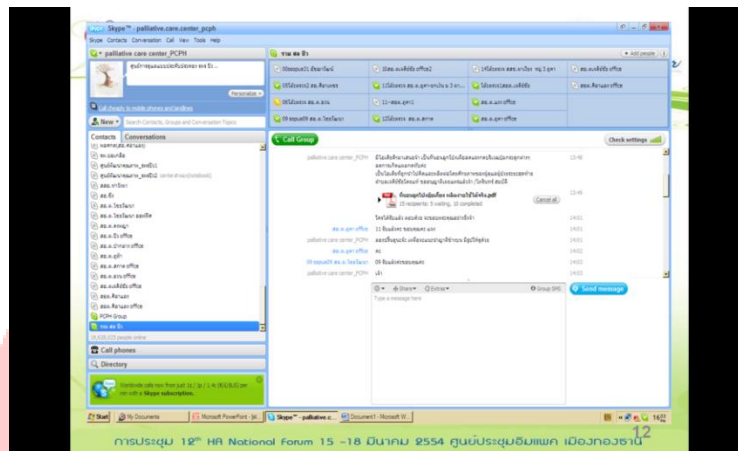
เพื่อในการประสานเชื่อมโยงข้อมูลกันได้สะดวก นอกจากมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
แล้วในเรื่องของการวางแผนการจำหน่ายก็สำคัญ เมื่อมีผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ามาในโรงพยาบาลเจ้าภาพที่
รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องก็จะลงไปร่วมในการดูแลและวางแผนการจำหน่ายร่วมกันแล้ว



อีกส่วนหนึ่งในเรื่องของการวางระบบจากปัญหาที่ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มั่นใจในการ
นำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านไกลหมอไม่รู้จะปรึกษาใครแล้วก็คือ สร้างระบบการให้คำปรึกษาขึ้นมาทั้ง
ใช้ในเรื่องของการโทรศัพท์ปรึกษาตลอด 24 ชม. อย่างแรกที่เรารู้ถึงเรื่องการวางระบบ ประการที่สองก็คือ
เราดึงเอาเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมเข้ามาช่วยสนับสนุนเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล
ไปสู่สถานบริการในระดับพื้นที่ ก็คือเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลลงสู่ สอ. โดยใช้โปรแกรม Skype ที่
run ที่ใช้งานบน internet เข้ามาช่วยเชื่อมโยง

เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกจากโรงพยาบาลทางหอผู้ป่วยเคাঁก็จะเขียนใบ
ส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งขึ้นมาที่ Parative Center ก็คือ ศูนย์ประสานงานของคัพ ซึ่งจะมีสำนักงานอยู่ที่
ห้องกลุ่มการพยาบาล ส่งขึ้นมาที่ Parative Center แล้วก็พยาบาลที่อยู่ประจำ Parative Center ซึ่งเป็น
Parative Care APN ก็จะดูข้อมูลการส่งต่อที่ทางหอผู้ป่วยส่งขึ้นมา แล้วถ้ามีข้อมูลเพิ่มเติมจากการที่
ลงไปร่วมดูแลก็จะช่วย complete ข้อมูลให้สมบูรณ์ขึ้นแล้วก็นำมา scan เป็น electronic file แล้วก็
แนบ file ไปกับ skype ที่เราจะมี contact กับทุก สอ. อยู่แล้ว

ซึ่งตรงนี้จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการเดินเอกสารเข้าได้ แล้วที่นั่นเมื่อ สอ. เค้า click รับ file มันจะเป็น real time รับ file แล้วเปิดดูได้เลยเราก็จะเห็นข้อมูลคนไข้ได้เลย และถ้าสงสัยมีข้อมูลบางอย่างที่เราเขียนลงไปตรงนั้น ถ้าเกิดความสงสัยในเรื่องวิธีการดูแลต่างๆ เค้าก็สามารถโต้ตอบพิมพ์สอบถามโต้ตอบกันได้ เป็น real time ณ ขณะนั้น จะเอื้อต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตรงนี้เป็นหน้าจอของ skype ตรงช่องข้างล่างเราสามารถพิมพ์ข้อมูลโต้ตอบกันได้

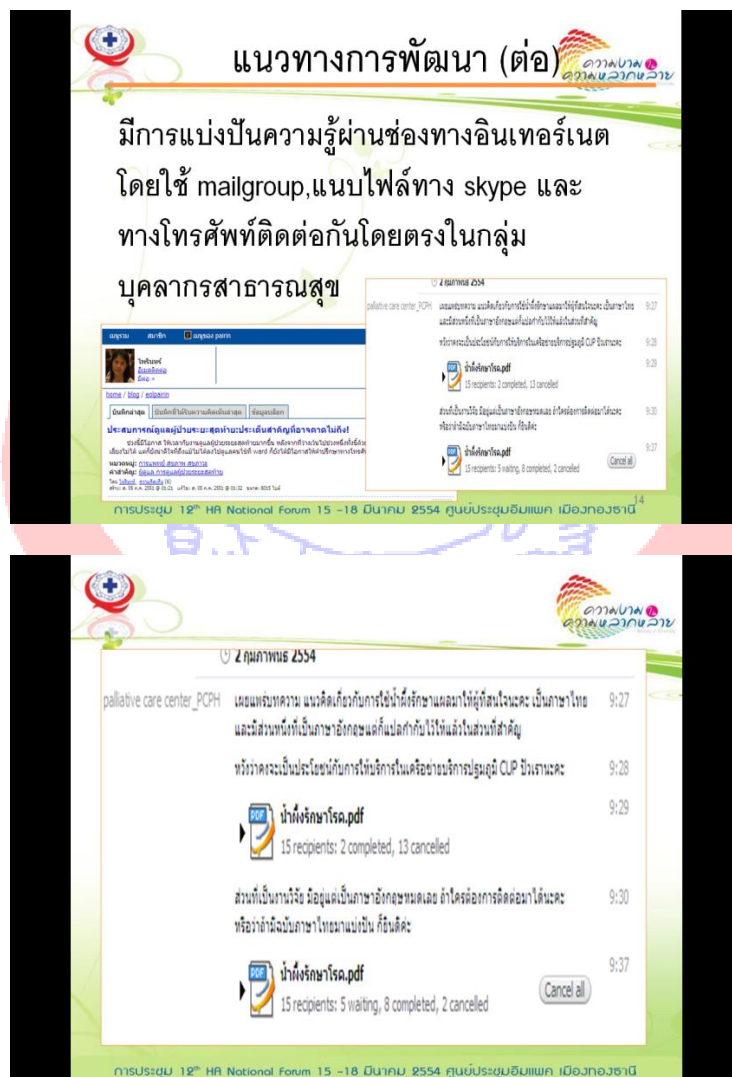


หรือว่าบางที่ถ้ากระเครื่องขาย internet ที่นั่นค่อนข้างเร็ว แล้วก็เครื่องของเค้ามี web cam เราก็สามารถใช้ menu ของ video call ก็จะเห็นหน้ากันได้เลย หรือว่าบางที่สะดวกที่จะใช้เป็นลักษณะเหมือนการพูดคุยทางโทรศัพท์แต่ถ้าไม่เสียเงินก็จะใช้ menu phone call ก็เหมือนพูดกันได้โดยตรง แต่จากประสบการณ์ศพพวของเราบางที่ internet อาจจะช้าไปบ้าง

แล้วถ้าเราใช้ menu video call ก็จะเข้าไป ส่วนมากเราจะใช้เป็นการพิมพ์ข้อความมากกว่า มันก็จะดีก็คือ เราจะสามารถ click ดูประวัติย้อนหลังดูได้ว่าเราได้ส่งข้อมูลอะไรให้กันบ้าง ก็จะดีคือมีเอกสารเป็นหลักฐานได้เลย มันก็จะช่วยเราได้



ที่นี้อีกส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ระบบการนำ skype มาใช้อย่างเป็นประโยชน์ ก็คือ Palliative Care Center ที่ตั้งอยู่ที่ห้องกลุ่มการพยาบาลเราจะขึ้น setting online ไว้ตลอด เพราะฉะนั้นเวลาสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่เค้าไปเยี่ยมคนไข้หรือว่ามีข้อมูลอะไรจะสอบถาม หรือข้อมูลการตอบกลับชุมชนเข้ามาเค้าก็ contact เข้ามาได้ตลอดในเวลาราชการ



อีกส่วนหนึ่งที่เรานำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ เราใช้ตรงนี้ในการแบ่งปันความรู้ระหว่าง บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยกัน ก็คือ เราสามารถแนบ file หรือ องค์ความรู้ต่างๆ ที่เราเจอ ที่เราต้องดูแลต่อเนื่อง อย่างเช่น ในเรื่องของการใช้น้ำผึ้งรักษาโรค สามารถแนบ file ส่งต่อให้ สอ. ได้ แล้วเราสามารถส่งไปที่เดียว ส่งไปเป็น group



อันนี้เป็นหน้าจอกที่เราได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย เราได้ส่งผู้ป่วยที่มีแผลกดทับรายหนึ่งลง ไปสู่ชุมชน ปรากฏว่าจากการขาย idea ป้องกันแผลกดทับเราพบว่าผู้ดูแลที่กลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถ created ในเรื่องของการที่นอนลูกโป่งขึ้นมาได้โดยต้นทุนแค่ 180 บาทเอง ซึ่งเค้าทำแล้ว ทำให้แผลกดทับที่มาอยู่กับเราแล้วออกไปจากเรามีแผลกดทับระดับหนึ่งพอไปดูแลต่อที่บ้าน นอนที่นอนลูกโป่งแผลกดทับอันนั้นหายไปได้และไม่มีแผลกดทับอันใหม่ขึ้นมา

ซึ่งเรื่องราวดีดีเหล่านี้เราก็ไม่เก็บไว้คนเดียว เราก็สามารถแบ่งปันความรู้เหล่านี้ให้กับ สอ. ในแต่ละที่ได้ แล้วก็เราผู้ป่วยรายนี้จริงๆมีแผลกดทับอีกที่หนึ่งแล้วก็มี sign ของการติดเชื้อ เราก็ ได้สอนผู้ดูแลในเรื่องของ erigage แผลในเรื่องของน้ำตมสุก แล้วก็ fill แผลด้วยน้ำผึ้ง จนปรากฏว่า แผลเดิมที่มี sign ของการติดเชื้อแผลจนเกือบหายพวกเนื้อตายอะไรหายไปหมดเลย ซึ่งเรื่องแบบนี้ เนี่ยเราก็ไม่เก็บไว้ที่เดียว ที่ สอ. จะดีใจ อีก 11 สอ. เค้าก็ได้เรียนรู้ด้วยกัน

แนวทางการพัฒนา (ต่อ)

- โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ
สภาวะของผู้ป่วย และปัญหาต่างๆ
ภายใน 2 วันทำการหลังจำหน่าย
โดย Palliative care APN
- โทรศัพท์แจ้งเตือนและประเมิน
สภาพผู้ป่วย ในช่วง 3 วันก่อนนัด
- Hotline EOL

นอกจาก skype แล้ว เราจะเห็นว่า skype เนี่ยลงไปไม่ได้ถึงคนไข้ ลงไปได้แค่ สอ. เพราะฉะนั้นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยได้ก็คือ เรื่องของการโทรศัพท์ติดตามสภาวะอาการของผู้ป่วย ก็ปัญหาต่างๆ คือหลังจากจำหน่ายไปภายใน 2 วันทำการ เราก็จะโทรติดตามแล้วว่า เป็นอย่างไร คนไข้อยู่ได้มัย มีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหรือป่าว ซึ่งจะทำให้เค้ารู้สึกใกล้ชิดกับเรามากขึ้นแล้วก็เวลามีปัญหาก็ก้อาที่โทรหาเรามากขึ้น ตรงนี้ก็จะช่วยได้

แล้วก่อนที่จะ follow up ครั้งต่อไปเราก็จะมีการโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนว่า เรามีนัดกันวันนี้นะ แล้วตอนนี้อาการเป็นอย่างไร มาหาเราได้มัย ถ้าไม่ได้เราจะได้ปรับแผนการดูแลออกไปหาคนไข้ที่บ้านได้ แล้วก็เรื่องของ Hotline ในการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชม.



จากการที่เราวางระบบและทำตามระบบที่กล่าวไป เราพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเร่งด่วนที่บ้าน มีโอกาสได้รับการดูแลติดตามได้ทันการณ์ แล้วก็มั่นใจในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น และจากการสอบถามโดยใช้การโทรศัพท์สอบถามตามข้อคำถามเราพบว่า



ผลที่ได้จากการดำเนินงาน (ต่อ)

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (n = 20) มีความพึงพอใจต่อการติดตามสอบถามความก้าวหน้าของอาการ สภาวะของผู้ป่วย และปัญหาต่างๆทางโทรศัพท์ ในระดับมากขึ้นไปทั้งหมด

“... ดีมากแล้ว ขนาดรักษาไม่ได้ ประคับประคองไป ก็ยังโทรติดตามสอบถาม ให้ทางอนามัยมาเยี่ยมอีก ” (**บุตรชายของผู้ป่วย**)

“เป็นความพอใจมากที่สุดที่ทางโรงพยาบาล(ให้)คำแนะนำและช่วยเหลือ และเอาใจใส่ให้ดีที่สุด แต่ต่อไปถ้าญาติไม่เข้าใจ ก็จะโทรสอบถามอีก ” (**ภรรยาผู้ป่วย CCA**)

20

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการติดตามสอบถามความก้าวหน้าของอาการและสภาวะผู้ป่วยและปัญหาต่างๆ ทางโทรศัพท์ในระดับมากขึ้นไปทั้งหมด



ผลที่ได้จากการดำเนินงาน (ต่อ)

❖ คำแนะนำที่ได้รับ ช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลนั้นๆ ในระดับมาก ร้อยละ 80



21

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

แล้วก็เราอยากรู้ว่าคำแนะนำที่เค้าได้รับนั้น ช่วยให้เค้าสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลนั้นๆ มั้ย เค้าตอบว่า ช่วยได้ในระดับมากขึ้นไปถึงร้อยละ 80

ผลที่ได้จากการดำเนินงาน (ต่อ)

***บุคลากรสาธารณสุข**ของสถานบริการในพื้นที่มีความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อและประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเครือข่าย ในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งหมด

“...Skype เป็นระบบที่ทำให้ติดต่อประสานงานได้ต่อเนื่องและรวดเร็ว สามารถสื่อสารกันได้ทันทีและทันเวลา แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับว่าผู้รับสารขณะนั้นเป็นผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวหรือไม่ หากไม่ใช่ก็จะได้รับส่งต่อจากกัน โดยไม่ต้องผ่านผู้อื่น หากไม่ใช่ก็ต้องดูอีกทีว่าผู้รับสารไปนั้นจะส่งต่อไปให้ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวได้ครบถ้วนถูกต้องหรือไม่...” (ผู้รับผิดชอบงานของ สอ.ต.สภาค)

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี²²

ผลที่ได้จากการดำเนินงาน (ต่อ)

“...(Skype) จะดีอยู่ตรงที่ว่าจะมีระบบบันทึกข้อมูลเดิม (History) ไว้หากไม่มีผู้รับหรือผู้รับผิดชอบงานไม่ได้รับสารในวันนั้นหรือขณะนั้น ก็สามารถที่จะมาเปิดดูข้อมูลที่ทางผู้ประสานงานส่งมาให้ได้ภายหลัง ถือว่าเป็นช่องทางการประสานงานที่สะดวกและรวดเร็วอีกทาง ซึ่งการประสานงานผ่านทาง skype เราจะสามารถสื่อสารกันได้ทั้ง ภาพและเสียง ทำให้เกิดความเข้าใจกันได้มากขึ้น...” (ผู้รับผิดชอบงานของ สอ.ต.สภาค)

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี²³

แล้วก็ได้สอบถามบุคลากรในสาธารณสุขพบว่ามีความพึงพอใจในระบบการส่งต่อและประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเครือข่ายในระดับมากขึ้นไปทั้งหมดแต่ก็เชื่อว่า จะไม่มีปัญหาอุปสรรค อย่างเช่น

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

“สสช.กอก ใช้ไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ กรณีที่สภาวะอากาศมืดครึ้ม ทุหลายวัน จะเป็นอุปสรรคต่อระบบอินเทอร์เน็ต และบางครั้งการเชื่อมต่อสัญญาณผ่าน CDMA ก็ขาด ๆ หาย ๆ บ้าง...”

(ผู้รับผิดชอบงานของ สสช.กอก)

...ควรใช้ควบคู่กันไปทั้งระบบโทรศัพท์และskype จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ผู้รับผิดชอบงานของ สอ.ต.สภาค, สสช.กอก)

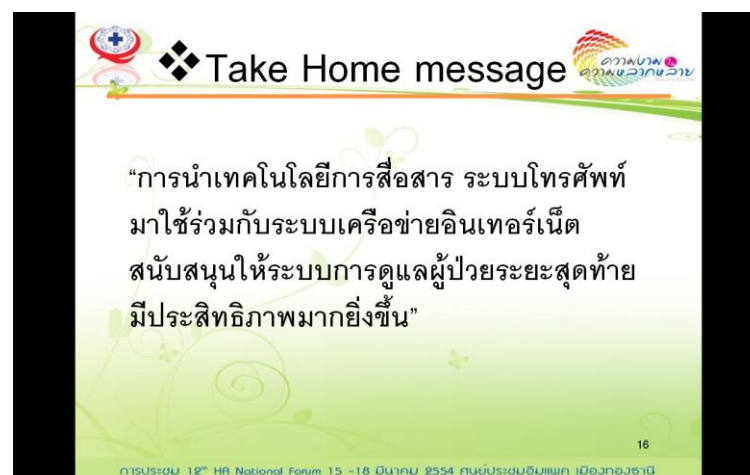
การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี²⁵

ในเครือข่ายการบริการสาธารณสุขของเราเนี่ย มันจะมีที่ สสข. กอก ซึ่งอยู่พื้นที่สูงจะใช้ไฟฟ้าจากพลังงานแสงอาทิตย์ เพราะฉะนั้นในช่วงที่มีสภาวะมืดคลุ้มหลายๆ วันก็จะเป็นอุปสรรคต่อระบบสัญญาณ internet เหมือนกันเพราะฉะนั้นในเรื่องของระบบเอกสารเราก็คงต้องใช้ในบางครั้ง แต่ว่าเราก็จะเล่นเวลาได้อีกหนึ่ง แต่ว่าเราก็ใช้ระบบเอกสารเหมือนเดิม แต่ว่าเราก็ใช้โทรศัพท์ในการส่งต่อข้อมูลไปก่อน ซึ่งก็จะเร็วขึ้นจะมีข้อมูลอีกส่วนหนึ่งที่ยืนยันในเรื่องของประสิทธิภาพของระบบที่วางไว้ได้

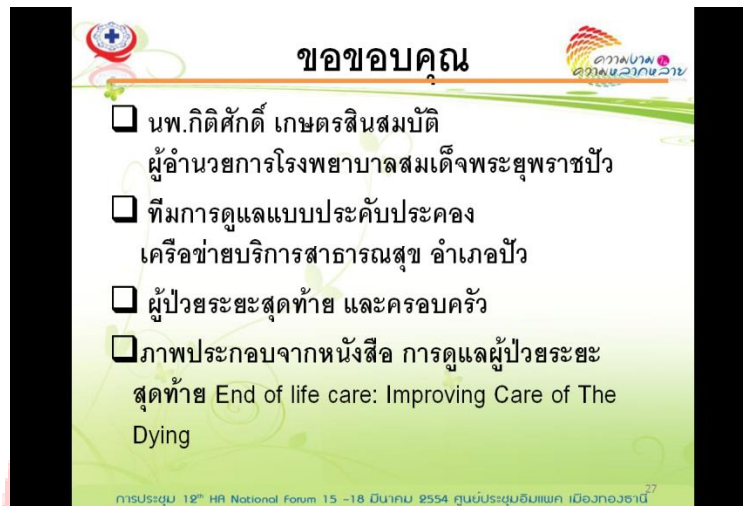


นั่นก็คือเราพบกรณีตัวอย่างผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายรายหนึ่งที่เรารู้จัก กลับบ้านไปด้วยอาการคงที่อยู่มากได้ประมาณสัปดาห์หนึ่ง พยาบาลประจำสถานีนามัยเค้าไปเยี่ยมบ้านแล้วเค้าพบว่าคนไข้มีอาการปวดที่ต้นขา แล้วก็ที่ขาที่ด้านขวาทำไมมันบวมๆ กดบวมอย่างนี้เค้าก็ฉุฉุใจคิดว่าเพราะฉะนั้นเค้าก็ลอง consult มาที่โรงพยาบาล ส่งรูปขาคนไข้ที่บวมตรงนั้นแนบ file มาด้วย

แล้วก็จากการไปประเมินสภาพ แล้วก็ sign การตรวจร่างกายที่ สอ. เค้าไปทำส่งเข้ามาประสานเข้ามาเราก็คงคุยกันในทีมคุณหมอ แล้วก็คนในทีมก็นึกถึงคนในภาวะ ดีพเวนทอมโบสิส จะแนะนำถึงคนไข้กลับมาจากชุมชนแล้วก็มาแก้ปัญหาเค้าได้จนสำเร็จ เราสามารถแก้ปัญหาตรงนี้ให้เค้าได้ นี่ก็ยืนยันในเรื่องของการวางระบบตรงส่วนนี้ได้เป็นอย่างดี



ก็คงจะกล่าวโดยสรุปว่าการนำ technology การสื่อสารทั้งระบบโทรศัพท์มาใช้ร่วมกับเครือข่าย internet สามารถสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ที่จะขาดเสียไม่ได้ คือ ต้องกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการของเราอย่างสูงที่ท่านให้โอกาสและสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเราเป็นอย่างดี

แล้วที่สำคัญท่านผู้อำนวยการอยู่ตรงนี้ด้วยค่ะ ประมอให้กับทีมอาจารย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน เราจะเห็นว่าพื้นที่ห่างไกลแต่ไม่ไกลรักถึงขั้นจะอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่สำคัญคือสามารถปรับปรุงกระบวนการโดยนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลของคนไข้ได้มากขึ้น

ตัวอย่างอันนี้เป็นตัวอย่างที่ชัดในเรื่องของการใช้สารสนเทศแต่เราไม่ใช่สารสนเทศแบบธรรมดา ถ้าอาจารย์รวบรวมข้อมูลมาดีๆ เป็นการจัดการความรู้อีกลักษณะหนึ่งที่เราเอาประสบการณ์ที่หลากหลายมาเก็บรวบรวมๆ ดีๆ อาจารย์จะมองเห็นประสบการณ์อะไรบางอย่างที่สื่อสารนั้นไร้ข้อจำกัดแต่คำเตือนคือ อ่านแล้วต้องลองสักระยะมันเทียบกับบริบทพอสมควรที่จะทำให้กระบวนการที่สร้างประโยชน์นั้นต้องได้รับการพิสูจน์พอสมควร

และเห็นประเด็นที่สองด้วย คือ care of plan ที่ไม่ใช่อยู่ในโรงพยาบาลแต่เราสามารถเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เพราะนั่นคือ ในแต่ละที่เราไม่สามารถยกโรงพยาบาลไปไว้ที่บ้านได้ทั้งหมด แต่เราสามารถทำให้บ้านและโรงพยาบาลมีความเท่าเทียมกันแต่เราต้องมี key word อีกคำ

ข้อที่สาม คือ เราต้องทำให้ care giver นั้นมีความมั่นใจและสามารถจัดการ คือ เป็นตัวอย่างของหัวใจ discharge plan จริงๆ และเราเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับยุพราชปัวแล้ว

ถัดมาเรากลับเข้ามาจากเมือหนุอยากกลับบ้าน บวกกับเราใช้ Tele Health ในการดูแลคนไข้ตอนนี้เรากลับมาบ้านของเราเป็นหลังที่2 บ้านหลังแรก คือ อยู่ที่บ้านของเราจริงๆ เมื่อท่านเจ็บป่วยและท่านปวดเพราะไม่แน่ใจใครสักคนในห้องนี้ ตัวของ Moderator เอง ก็เพิ่งเผชิญกับภาวะนั้น ถ้าท่านไม่ปวดท่านจะไม่รู้เลยว่าความปวดสร้างความรำรอนใจแถมที่สำคัญต้องไปพักฟื้น เพราะฉะนั้นเรียนเชิญทุกท่านพบกับ อาจารย์ศุภกร คงแก้ว จากโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ในเรื่องของการบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดในห้องพักฟื้น

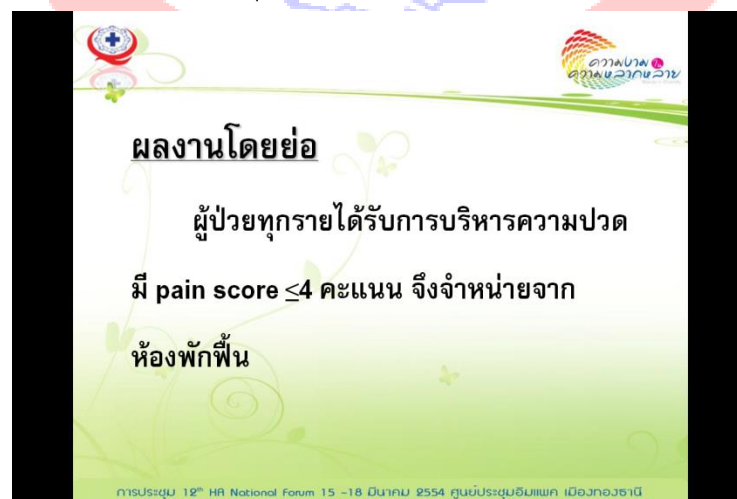


เรียนอาจารย์แล้วก็ผู้ร่วมฟังประชุมทุกท่าน ต้องขอออกตัวนิดหนึ่งไม่ใช่ นักพูดมืออาชีพเหมือนพี่ๆ เค้า ไม่มีประสบการณ์เพิ่งมาครั้งแรก แล้วก็เป็นเรื่องไม่คาดฝันว่าจะมาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ค่อนข้างตื่นเต้น โรงพยาบาลสุโขทัย-ลกเป็นโรงพยาบาลติดชายแดนมาเลเซีย ซึ่งมีสถานะการณ์ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่เป็นสีชมพู ยังไม่ถึงสีแดง แต่ก็มีเหตุ car bomb อยู่ มีเป็นระยะๆ แล้วก็โรงพยาบาลสุโขทัย-ลกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 200 เตียง ซึ่งไม่มีวิสัญญีแพทย์อยู่ มีวิสัญญีพยาบาลอยู่ 7 คน ซึ่งก็ต้องบริหารจัดการดูแลในเรื่องของความปวดของคนไข้กันเอง เราก็เลยมาคิดว่าทำอย่างไร

คือ บางคนมีแนวคิดอยู่ว่า วิสัญญีเนี่ยวางยาสลบคนไข้โดยเลือกยาเอง แต่ว่าหลังจากผ่าตัดเสร็จแล้วมันจะมี order ของแพทย์ซึ่งถ้าเรามีวิสัญญีแพทย์อยู่เราก็จะรับ order ของวิสัญญีแพทย์ แต่ว่ามีวิสัญญีแพทย์อยู่ด้วยก็เลยต้องมาตกลงกันว่าเราจะเอาอย่างไรกันแน่ ในเรื่องของการบริหารความปวดด้วย ต้องได้คุณภาพตรงตามแนวทางแล้วก็ไม่ขัดกับหลายๆ อย่าง ก็เลยมีแนวคิดในเรื่องนี้ขึ้นมา



ขอเริ่มเลยละกัน การบริหารความปวดอย่างที่ทราบกันทั่วไปเป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดบรรเทาแล้วก็ควบคุมอาการปวดตลอดจนผลกระทบที่จากอาการปวด



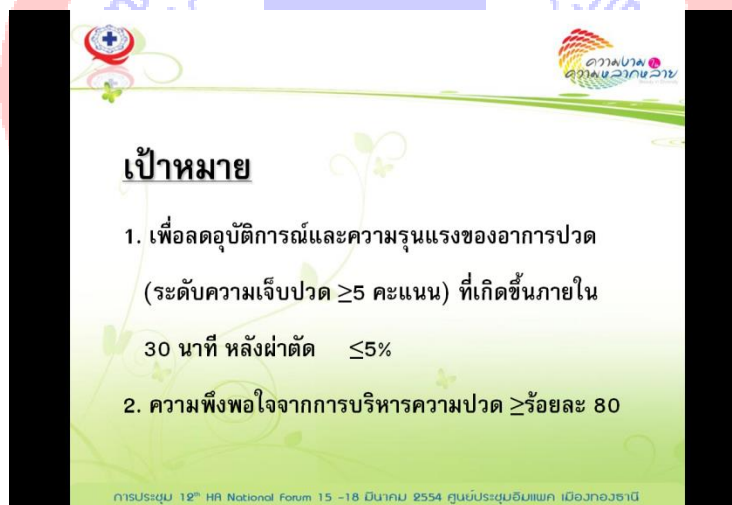
ผลงานโดยย่อก็คือ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการบริหารความปวดมี pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จึงจะจำหน่ายออกจากห้องพักรักษา นี่เป็นหน่วยงานที่ตั้งเอง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เพราะเราคิดว่าเราเอาในสิ่งที่เราสามารถทำได้ก่อน จริงๆถ้าเป็นไปได้ อยากจะให้ไม่มีความปวดเลย แล้วส่งออกแต่ไว้ในห้องพักรักษาของสุโขทัย-ลพบุรี มีวิสัญญีพยาบาลดูแลอยู่เพียงคนเดียวรับผิดชอบดูแลคนไข้ทุกรายที่นี้เราก็ทำโดยที่เริ่มจากน้อยๆ ก่อน โดยไม่หวังการใหญ่



สมาชิก	
1. น.ส.รพีพรรณ กาญจนะ	ที่ปรึกษาทีม
2. นางศุภร คงแก้ว	หัวหน้าทีม
3. น.ส.อัจฉราภรณ์ รัตนโกสย	สมาชิก
4. น.ส.นิตินา บริบาล	สมาชิก
5. น.ส.กนกวรรณ อำนวยพาณิชย์	สมาชิก
6. นางนงเยาว์ ทิมาบุตร	สมาชิก
7. น.ส.บุญชรัสมิ์ ราชฐ์รมณี	สมาชิก

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

มีสมาชิกทีม มีคุณรวีพันธ์ กาญจนะ เป็นหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล แล้วก็เป็นที่ปรึกษาทีม แล้วก็ดิฉันศุภร คงแก้ว เป็นหัวหน้าทีมในเรื่องของ plain ก็มีสมาชิกเป็นวิสัญญีพยาบาลอีกทั้งหมด 5 คน



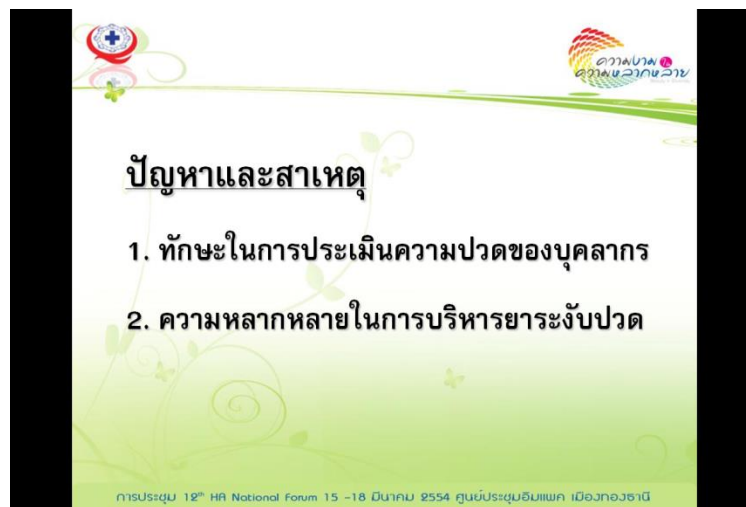
เป้าหมาย
1. เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการปวด (ระดับความเจ็บปวด ≥ 5 คะแนน) ที่เกิดขึ้นภายใน 30 นาที หลังผ่าตัด $\leq 5\%$
2. ความพึงพอใจจากการบริหารความปวด $\geq$ ร้อยละ 80

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เป้าหมาย ก็คือ

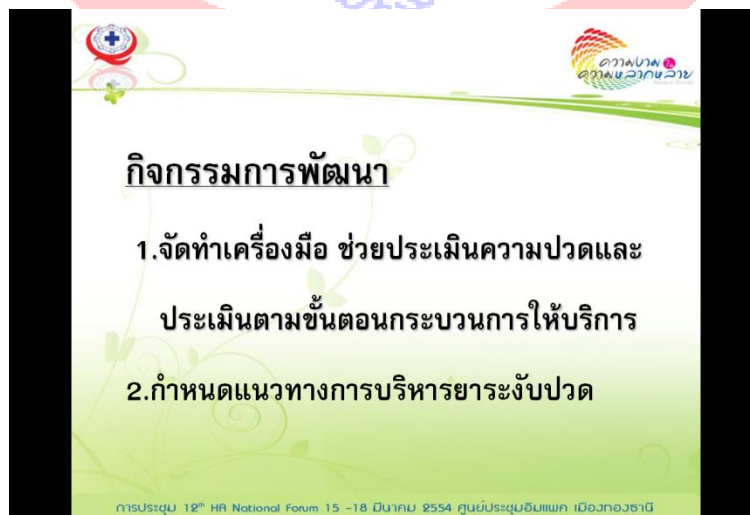
1. เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการปวดในหน่วยงานตกลงกันที่ระดับความเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ที่เกิดขึ้นภายใน 30 นาทีหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายก็คือ ให้มีโอกาสเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5%

2. ก็คือคนไข้มีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ 80%



สำหรับปัญหาหรือสาเหตุ ก็คือว่า

1. เรื่องทักษะในการประเมินความปวดของบุคคลากร ในเรื่องความปวดส่วนใหญ่แล้ว วิทยาลัยพยาบาลทุกคนจะเรียนมาแล้ว มันเป็นหลักสูตรของวิทยาลัยอยู่แล้ว แต่ว่าเมื่อมาทำงานเราจะมีปัญหาตรงที่ว่าเมื่อเราดูแลที่ห้องพักฟื้นแล้วเราจะไปให้ที่หน่วยงานที่เวิร์ดที่เค้านดูแลต่อเค้าก็จะทำตามแนวทางของเค้า ซึ่งเราก็ได้แต่เก็บข้อมูลแล้วก็มีทำให้ความรู้บ้างตามนโยบายของโรงพยาบาล
2. ก็คือมีความหลากหลายในการบริหารยาระงับปวด



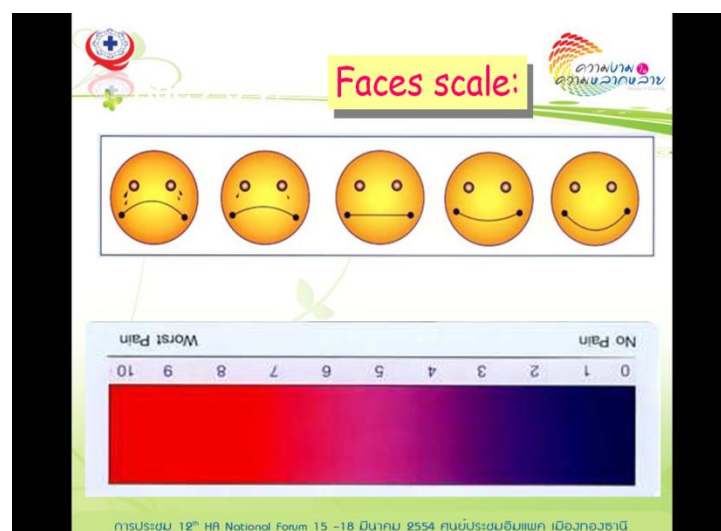
กิจกรรมพัฒนาก็หน่วยงานก็จัดเครื่องมือในการช่วยประเมินความปวดประเมินตามขั้นตอนการให้บริการ กระบวนการการให้ บริการของวิทยาลัยก็จะเริ่มตั้งแต่ไปเยี่ยมคนไข้ก่อน ผ่าตัดในคนไข้ที่เข้มาล่งหน้าก็จะเยี่ยมก่อนหนึ่งวันเพื่อกำหนดแผนก่อนรับความรู้สึก แล้วก็มาวางแผนว่าเราจะให้ยาอะไรตามสภาพคนไข้และก็ตามโรคที่คนไข้เป็นอยู่แล้ว

เมื่อหลังจากให้การระงับความรู้สึกแล้วก็ส่งคนไข้ไปอยู่ที่ห้องพักฟื้นก็ดูแลอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 2 ชม. ถ้าตามเกณฑ์ของ สรพ. ก็ไม่ต่ำกว่า 1 ชม. แต่ว่าอย่างที่บอกวิสัญญีที่ดูแลอยู่ในห้องพักฟื้นก็มีแค่หนึ่งคนที่ต้องดูแลทุกคน ถ้าสมมติว่าในช่วงที่ดูแลมีคนไข้ออกมาแค่คนเดียวเราก็สามารถดูแลได้ค่อนข้างสมบูรณ์ แต่ถ้าในช่วงนั้นออกมา 3-4 คน พร้อมกันเราก็ต้องบริหารจัดการเพื่อว่าคนไข้ที่ออกมาก่อนจะได้จำหน่ายกลับบ้านเร็ว

แต่เราก็ยังยึดตามมาตรฐานที่เราตั้งไว้คือ ต้องออกโดยมี plain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แล้วก็หลังได้ยาแก้ปวดครั้งสุดท้ายจะต้องอยู่ประมาณ 30 นาทีเป็นอย่างน้อยต้องไม่เกิน 2 ชม. ครึ่ง มันเป็นคุณภาพการบริการในห้องพักฟื้น เป็นการบ่งชี้ถึงคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานด้วย ถ้าคนไข้อยู่ในห้องพักฟื้นเกินกว่า 2 ชม. ครึ่ง โดยที่ความปวดยังไม่ลดลงก็คงต้องพิจารณาการให้ยาระงับปวดใหม่

อันที่ 2 ก็คือ กำหนดแนวทางการให้ยาระงับปวด เมื่อก็ข้ามไปนิดนึงตรงที่กระบวนการหลังจากที่คนไข้ออกจากห้องพักฟื้นแล้วเนี่ย คนไข้ก็จะกลับไปทีวอร์ดเราก็จะมีติดตามเยี่ยมประเมินหลังกลับไปใน 24 ชม. แรก เพื่อดูว่าคนไข้มีภาวะแทรกซ้อนอะไรที่เกิดขึ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมด ไม่ใช่ประเมินเฉพาะเรื่องปวดอย่างเดียว

จากการที่เรามีเจ้าหน้าที่น้อยเราก็เลยกระบวนการการให้บริการของเรามาเป็นโอกาสพัฒนาในเรื่องของ plain ก็คือว่า ใช้คน ใช้งานประจำอยู่แล้วมาร่วมด้วย อย่างที่ 2 คือกำหนดแนวทางการบริหารการให้ยาระงับปวด



อันนี้เป็นเครื่องมือ เป็นตัวอย่าง ซึ่งคิดว่าทุกคนคงคุ้นเคยเป็นอย่างดี แบบสอบถาม
ให้คนไข้อยาก หรือว่าบอกเป็นตัวเลขหรือคำบอกเล่า อันนี้เป็นการใช้รูปภาพในการแสดง อย่างที่ 2
ก็คือการกำหนดแนวทางการบริหารยา เนื่องจากเราไม่มีวิสัยทัศน์แพทย์อย่างแจ่มแจ้งให้ทราบแล้ว
ก็มีความหลากหลายในการสั่งยาระงับปวด

ถ้าเป็นหมอที่จบมานานก็เน้นแพทย์ที่คืนเป็นส่วนใหญ่ ถ้ารุ่นใหม่ก็จะมีเป็นเอ็มโอ
ก่อนหน้านี้หมอเคื่อก็คงยังไม่มั่นใจว่าพยาบาลที่เวิร์ดจะดูแลคนไข้ที่ให้อาแก้ปวดทางเวรได้ ก็เลยสั่ง
เคื่อกเข้ามาเพียงอย่างเดียว ช่วงหลังๆ นี้รุ่นใหม่ก็จะเริ่มสั่งทางเวรแต่เลือกเฉพาะบางราย มีบางคนจะ
เลือกเฉพาะบางเวิร์ด ซึ่งเคื่อกให้เหตุผลว่าบางอย่างเคื่อกก็ยังอยากให้อย่างงาน หรือว่าบางคนเคื่อกก็สั่ง
ตามเวลา หรือบางคนก็สั่งฟิอาร์เอ็น เพราะว่าขึ้นอยู่กับว่าเวิร์ดไหนที่เคื่อกเชื่อถือด้วยก็เลยเป็นการ
ยาก แล้วในห้องพักฟื้นเราก็ไม่มีวิสัยทัศน์แพทย์ คือเราก็เลย 1. ไม่ให้ขัดกับแนวทางการรักษาของ
แพทย์ด้วย

2. กำหนดแนวทางการบริหารยา

2.1 ให้อาแก้ปวดชนิดและขนาดตามแผนการรักษา
ของ
แพทย์หลังผ่าตัด (Post-operative order)

2.2 ให้อาแก้ปวดชนิดเดียวกับที่วิสัญญีพยาบาล
เลือกใช้
ในระหว่างระงับความรู้สึก

2.3 ให้อาแก้ปวดตามแผนภูมิการให้อาแก้ปวด
หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

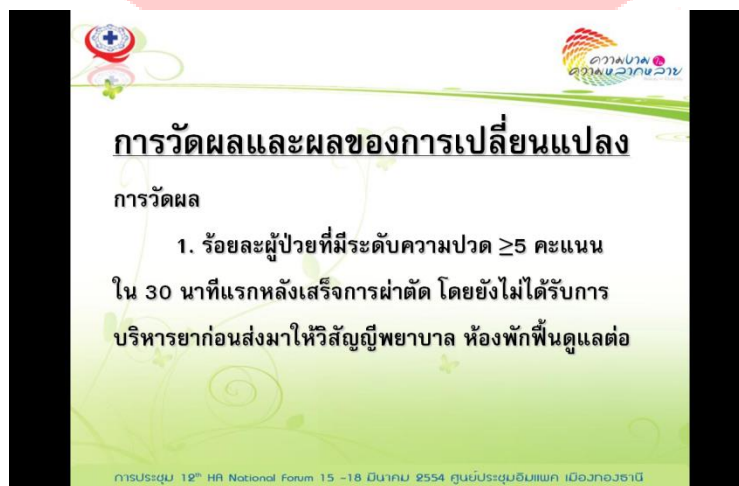
เราก็เลยวางแนวทางไว้ 3 อย่าง ก็คือ

1. ให้อาแก้ปวดชนิดแล้วก็ขนาดตามแนวทางการรักษาของแพทย์หลังการผ่าตัด
สำหรับน้องใหม่ๆ ที่ยังกังวลกับการตัดสินใจของตัวเองก็อาจจะให้อาตามที่หมอสั่ง ดูตาม order แต่
ว่าระยะห่างของยาจะไม่เท่ากัน หมออาจจะสั่งทุก 3 ชม. ทุก 2 ชม. ซึ่งอยู่ในห้องพักฟื้นมันไม่ได้
นานขนาดนั้น

อันที่ 2 ก็คือ การให้ยาระงับปวดชนิดเดียวกับที่วิสัญญีพยาบาลเลือกใช้เมื่อเราเคยปรึกษาอาจารย์ อาจารย์เป็นวิสัญญีพยาบาลอยู่ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ พี่เค้าเคยขอคำแนะนำ อาจารย์บอกว่าในเมื่อตอนรพมาเนี่ยเราเลือกได้แล้วในห้องพักฟื้นก็ยังอยู่ในความรับผิดชอบของเรา เพราะฉะนั้นเราก็สามารถบริหารจัดการได้ โดยจุดประสงค์ใหญ่คือ ให้คนไข้ได้รับการดูแลที่ดีแล้วก็นคนไข้ปลอดภัย

อันที่ 3 ก็คือ ให้ยาระงับปวดตามแผนภูมิการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น อันนี้ก็ได้อามาเนื่องจากการศึกษาหลังจากไปพื้นฟูอบรมก็มีโรงพยาบาลต่างๆ ที่เค้ามาเสนอเราก็เรียนรู้จากเค้า ว่าเค้ามีแนวทางการให้ยาระงับปวดอย่างไรบ้าง เราก็เอามาปรับใช้ในโรงพยาบาล แต่ว่าการให้ยาระงับปวดตามแผนภูมิก็จะเป็นการให้ยาเอนโด

เราจะให้ตามเดี๋ยวจะมี slide show ข้างหลัง คือว่าเป็นการให้ยาระงับปวดตามแผนภูมิ ซึ่งให้ตามน้ำหนัก เหมือนกับว่าจะแยกน้ำหนักต่ำกว่า 50 แล้วก็น้ำหนักมากกว่า 50 แล้วก็ดูประเมินตาม plain score ว่าถ้าเป็นscore น้อยกว่า 1 2 3 ก็จะให้เอนโดครั้งละกี่มิลลิกรัม ถ้าเป็น plain scor ปานกลางให้เอนโดครั้งละกี่มิลลิกรัม แล้วก็ถ้า plain score มากก็จะให้เอนโดกี่มิลลิกรัมแล้วก็ประเมินซ้ำทุกกี่นาที ให้ซ้ำ 3 ครั้ง แล้วถ้ายังไม่ดีขึ้นก็รายงานให้แพทย์ทราบ



การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

การวัดผล

1. ร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ≥ 5 คะแนน
ใน 30 นาทีแรกหลังเสร็จการผ่าตัด โดยยังไม่ได้รับการบริหารยา ก่อนส่งมาให่วิสัญญีพยาบาล ห้องพักฟื้นดูแลต่อ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

สำหรับการวัดผลของการเปลี่ยนแปลงเราก็จะวัดร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนใน 30 นาทีแรกหลังเสร็จการผ่าตัดในช่วงแรกที่เราเริ่มทำเราเก็บข้อมูลในคนไข้ที่ยังไม่ได้รับยาก่อนออกมาจากห้องผ่าตัด แต่ว่าในปี 54 เราจะเก็บทุกรายที่มีความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนใน 30 นาทีแรกหลังเสร็จการผ่าตัด



นี้เป็น graph แสดงอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดความปวดหลังจาก 30 นาทีแรกหลังการผ่าตัด เริ่มปี 2552 จะเห็นว่ามันน้อย 3.39% เพราะว่าในช่วงแรกเราเริ่มเก็บ 30 นาทีแรกหลังเสร็จการผ่าตัดโดยยังไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนออกมาก็เลยจะตัดคนไข้ที่ได้ยาแก้ปวดแล้วก็ plain ยังไม่ลดไป ในปี 2553 ก็เพิ่มขึ้น และปี 2554

นี้เป็น graph 4 เดือน เพิ่มขึ้น 8.3 เพราะว่าโรงพยาบาลเริ่มเอาเรื่อง trigger เรื่อง plain มาเพิ่ม มาจับ แล้วก็หน่วยงานเอา plain ใน 30 นาที แม้ว่าจะได้ยามาแล้วความปวดยังไม่ลดลงเกิน 5 คะแนนอยู่ก็เก็บข้อมูลก็เลยทำให้ข้อมูลเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งต้องหาโอกาสพัฒนาต่อไป

การวัดผล

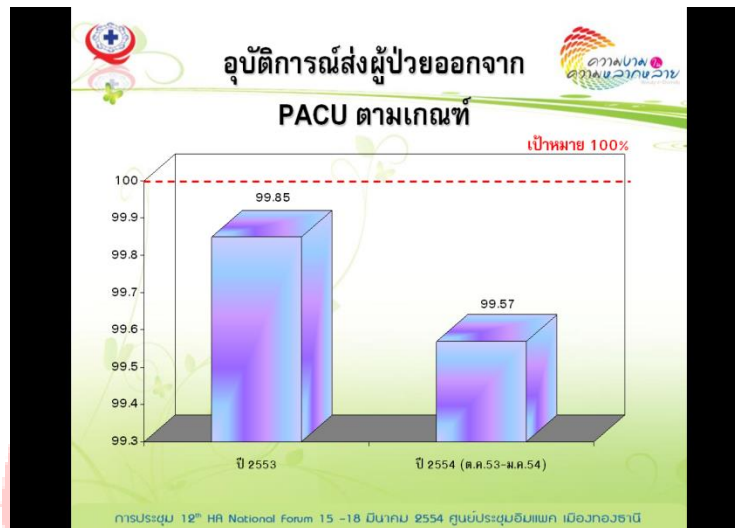
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่รับเข้าดูแลต่อในห้องพักฟื้น

ได้รับการบริหารยาจนระดับความปวด ≤ 4 คะแนน ก่อน

ส่งกลับหอผู้ป่วย

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

การวัดผลอันที่ 2 ก็คือร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้นได้รับการบริหารยาจนระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย อุบัติการณ์ส่งผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นตามเกณฑ์เราตั้งเป้าไว้ที่ 100 % แต่ว่าหน่วยงานก็ยังไม่ได้ตามเป้า



ในปี 2553 ได้ที่ 99.85 ในปี 2554 ได้ที่ 99.57 อย่างที่เรียนให้ทราบเรามีวิสัญญีดูแลอยู่เพียงคนเดียวอยู่ในห้องพักฟื้น ในบางครั้งคนไข้ plain score 5 ก็พอยอมรับได้ส่งออก



การวัดผลอันที่ 3 คะแนนความปวดเฉลี่ยตามขั้นตอนกระบวนการงานวิสัญญี



อย่างที่เล่าให้ฟังในครั้งแรกก็จะเก็บข้อมูลตั้งแต่เย็บก่อนผ่าตัดว่าคนไข้ปวดตอนผ่าตัดกี่คะแนนส่วนใหญ่แล้วคนไข้ที่มาผ่าตัดที่คะแนนเห็นน้อย 2.79 เนื่องจากว่าคนไข้ที่มาไม่มีความปวดส่วนใหญ่เป็น case อีเล็กทีฟไม่มีความปวดเป็นส่วนใหญ่ แรกรับที่ pre-icu ก็คือหลังจากที่คนไข้ได้รับการผ่าตัดเสร็จแล้วตื่นขึ้นมาก็จะได้รับการประเมินก็จะได้รับยาก่อนออกมา ก็เลยมีความปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 3.69 แล้วก็หลังได้รับยา 30 นาทีนี้

ในบางรายที่ไม่ได้รับยาจะเริ่มมีความปวดเพราะว่ายาเริ่มหมดฤทธิ์ 30 นาทีแรกก็เลยปวดมาก graph ก็เลยสูงกว่าช่วงอื่นก็คือ 4.65 เฉลี่ย แล้วก็ก่อนส่งกลับที่ตั้งเป้าไว้ที่ plain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คนไข้ก็ได้ยามาประมาณชั่วโมง เฉลี่ยแล้วที่ดูแลอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชม. ยาก็ออกฤทธิ์เต็มทีก็ส่งกลับหรือในช่วง 2.69 เราก็เอาวิสัญญีพยาบาลที่ติดตามเย็บผู้ป่วยหลังผ่าตัดก็จะไปประเมินที่หอผู้ป่วยใน 24 ชม.แรกว่า

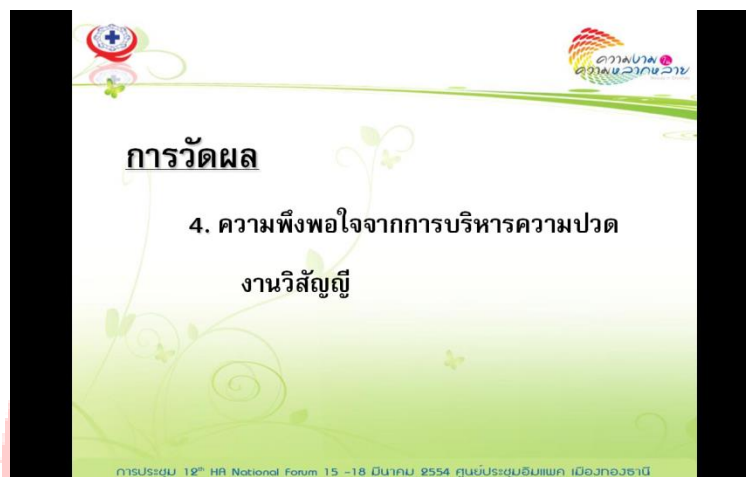
จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดจำแนกตามกระบวนการงานวิสัญญี

ระดับความปวด	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับบริการระดับความปวด				
	ก่อนผ่าตัด	แรกรับที่ PACU	หลังได้ยา 30 นาที	ก่อนส่งกลับ	หลังผ่าตัด
ไม่ปวด (0)	194 (39.35%)	137 (27.79%)	135 (27.38%)	103 (20.89%)	47 (9.53%)
ปวดเล็กน้อย (1-3)	129 (26.17%)	120 (24.34%)	153 (31.04%)	207 (42%)	185 (37.53%)
ปวดปานกลาง (4-6)	89 (18.05%)	120 (24.34%)	166 (33.67%)	183 (37.11%)	214 (43.41%)
ปวดมาก (7-9)	57 (11.56%)	83 (16.84%)	35 (7.10%)		47 (9.53%)
ปวดมากที่สุด (10)	24 (4.87%)	33 (6.69%)	4 (0.81%)		
รวม	493/100	493/100	493/100	493/100	493/100
คะแนนความปวดเฉลี่ย	1,375/493 (2.79)	1,819/493 (3.69)	2,292/493 (4.65)	1,326/493 (2.69)	1,577/493 (3.2)

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

อันนี้เป็นการบริหารยาระงับปวดที่เวิร์ดแล้วแต่ว่าเราเก็บข้อมูลให้มันครบกระบวนการของวิสัญญี

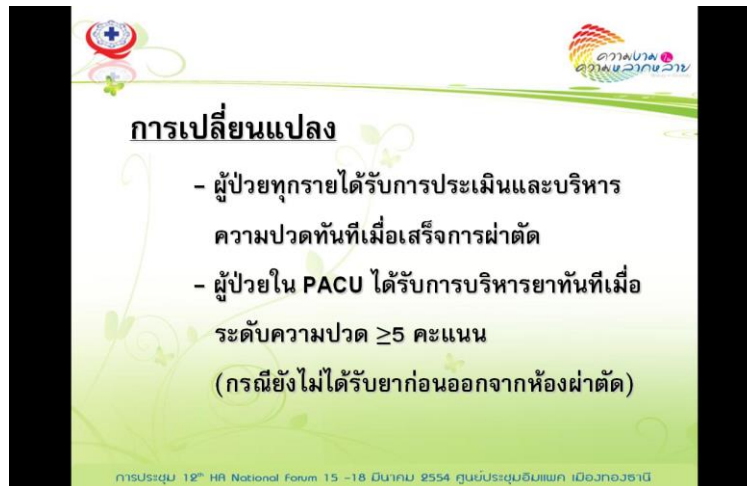
ซึ่งในแนวคิดที่คิดว่าจะทำต่อไปอย่างจะทำในเรื่องของแบบสอบถาม ในเรื่องการบริหารยาระงับปวดที่เวิร์ดสามารถทำให้เค้าลุกขึ้นมาทำกิจกรรมอะไรบ้างใน 1 วันหลังผ่าตัดวันแรก เพราะว่าในบางคนวันแรกหลังผ่าตัดก็ยังไม่ยอมลุกบอกว่าปวด ก็เลยคิดว่าน่าจะต้องทำเพิ่มเติมในส่วนนี้ นี่เป็นข้อมูลที่เราให้ดู



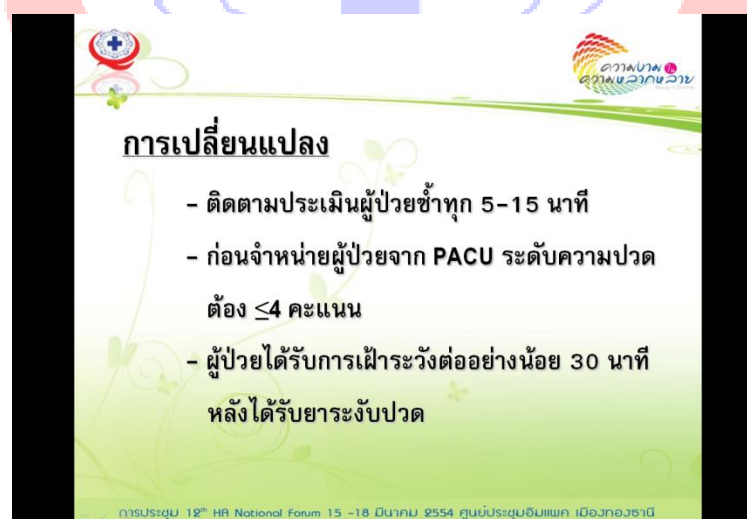
อันที่ 4 การวัดผลจากความพึงพอใจจากการบริหารความปวดของงานวิสัญญี



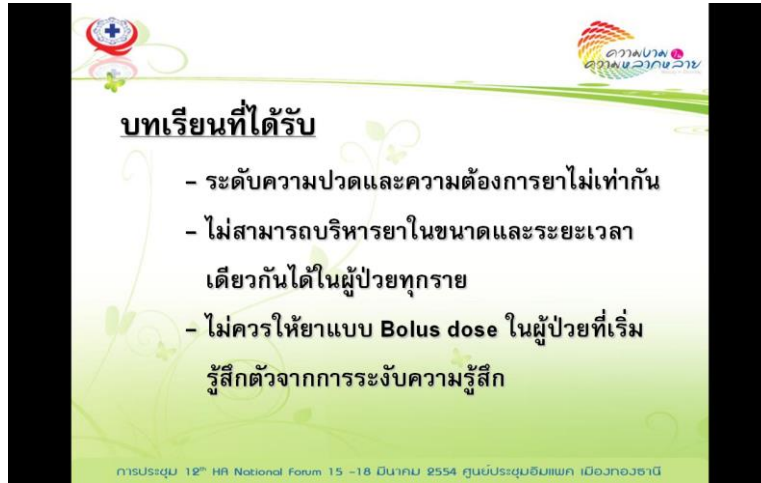
จะเห็นว่าในช่วงแรกๆ ที่เก็บจะคะแนนต่ำมาก คือว่าก่อนหน้านี้ที่ไม่มีข้อมูลให้ดู เพราะว่าหน่วยงานเก็บเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจการให้บริการของงานวิสัญญีในภาพรวมทั้งหมดไม่ได้แยกเรื่องของความปวดออกมาแล้วก็มาเริ่มแยกเมื่อตอนเดือนกันยา 53 ถึงได้มีข้อมูลแยกออกมาก็ได้ระดับขึ้นมาเรื่อยๆ ซึ่งทางหน่วยงานก็หวังว่าจะรักษาระดับ 80% ไว้ แต่ไม่ทราบว่าจะได้ตลอดไปหรือป่าวแต่ก็จะพยายาม



ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากทำ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินแล้วก็บริหารความปวดทันทีเมื่อเสร็จการผ่าตัดแล้วก็ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นก็จะได้รับการบริหารยาทันทีเมื่อระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน



การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ก็จะมีการติดตามประเมินผู้ป่วยซ้ำทุก 5-15 นาที ซึ่งอย่างที่บอกมันจะเป็นการยากถ้ามีคนไข้ออกมาหลายคนพร้อมกันที่จะประเมินซ้ำให้ได้ทุก 5 นาทีเราก็เลยให้เวลาถึง 15 นาที ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นความปวดก็ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน แล้วผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างน้อย 30 นาทีหลังได้รับยาระงับปวด

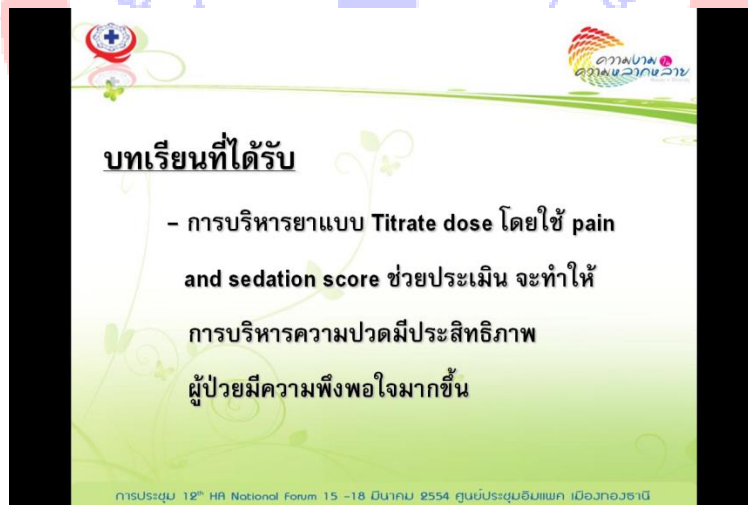


บทเรียนที่ได้รับ

- ระดับความปวดและความต้องการยาไม่เท่ากัน
- ไม่สามารถบริหารยาในขนาดและระยะเวลาเดียวกันได้ในผู้ป่วยทุกราย
- ไม่ควรให้ยาแบบ Bolus dose ในผู้ป่วยที่เริ่มรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึก

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

บทเรียนที่ได้รับ ระดับความปวดแล้วความต้องการยาของคนไข้แต่ละคนที่ไม่เท่ากัน แล้วเราไม่สามารถบริหารยาในขนาดแล้วระยะเวลาเดียวกันได้ในผู้ป่วยทุกรายก็ไม่ควรให้ยาแบบ bolus dose ในผู้ป่วยที่เริ่มรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึก



บทเรียนที่ได้รับ

- การบริหารยาแบบ Titrate dose โดยใช้ pain and sedation score ช่วยประเมิน จะทำให้การบริหารความปวดมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

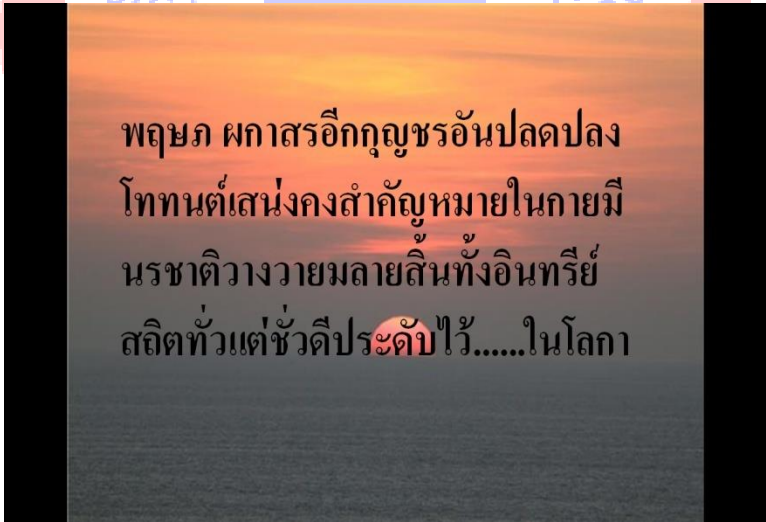
การบริหารยาแบบ titrate dose โดยใช้ pain score แล้วก็ sedation score ช่วยประเมินจะทำให้การบริหารความปวดมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น

อย่าลืมนะคะคำสุดท้ายที่อาจารย์บอกว่าถ้าไม่เคยปวดเลยสักครั้งท่านจะไม่รู้เลยว่าปวดนี้เป็นอย่างไร นี่คือตัวอย่างหนึ่งของเรื่อง plain management คือตัวอย่างในการดูแลคนไข้แบบโพรสติก เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึก แต่ต้องบวกกับอารมณ์เข้าไปด้วยปวดจะเพิ่มระดับทันที อาจารย์ลองถามดูตัวเองไข้หรือปวดตรงจุดนี้เพราะฉะนั้นสิ่งที่จะฝากไว้ตรงจุดนี้ว่าให้ประเมิน

plain score ส่วนใหญ่เราทำ แต่เราต้องต่อม่อีกอันหนึ่งคือ หลังจากได้ยาไปแล้ว เมื่อก็อาจารย์
แสบไว้ คือ sedation score แปลงง่าย ๆ ระดับความง่วงนะค่ะอาจารย์ เพราะตัวนี้อาจารย์สามารถที่
จะประเมินคนไข้จริง ๆ ว่าคนไข้ที่หลับๆ เพราะยาหรือหลับเพราะว่าไม่ปวด

อาจารย์ต้องการแก้ความปวดแต่อาจารย์ไปเพิ่ม risk อีกแบบหนึ่งคือการ high risk
คือ ไปกดการหายใจคือการเตือนจาก สรพ. เพราะอีกอันหนึ่งที่จะเรียนฝากไว้ ตัวชี้วัดเก็บให้ตาม
กระบวนการ อยากให้อาจารย์พลิกกลับมาว่าเราต้องมองความปวดของคนไข้ให้ตลอดสายเช่นกันเพื่อที่
ทำให้การเชื่อมโยงของข้อมูลและตัวคนไข้ส่งผ่านต่อและได้รับการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล

เวลาเริ่มกระชั้นชิดมากขึ้น คราวนี้ละค่ะจะเป็นสิ่งที่ไม่อยากได้แต่ทุกคนต้องถึงแน่นอน
เมื่อใดเมื่อนั้นเท่านั้นเอง เราจะมาพบกับอาจารย์อารีย์ บรรจงธุระการ โรงพยาบาลสตูล ในการดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง

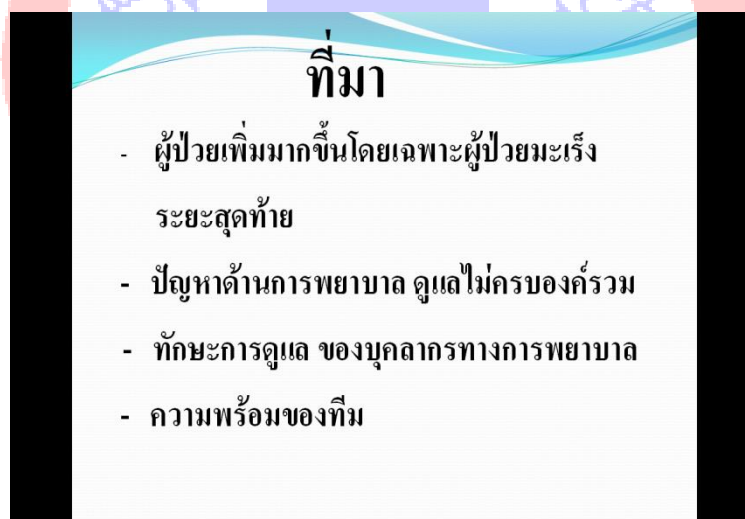


พฤษภ ผกาสร อีกรูขรอันปลดปลง
โททนต์เสน่งคงสำคัญหมายในกายมี
นรชาติวางวายมลายสินทั้งอินทรี
สถิตทั่วแต่ชั่วดีประดัดไว้.....ในโลกา

พฤษภ ผกาสร อีกรูขรอันปลดปลง โททนต์เสน่งคง สำคัญหมายในกายมี
นรชาติวางวาย มลายสินทั้งอินทรี สถิตไว้ทั่วแต่ชั่วดี ประดัดไว้ในโลกา ดิฉันอารีย์ บรรจงธุระการ
จากโรงพยาบาลสตูล ดินแดนเกาะสวย น้ำใส คนมีน้ำใจงาม หลายหลายศาสนา ยินดีต้อนรับทุก
ท่านสู่จังหวัดสตูล



วันนี้จะนำเสนอเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ด้วยบริการที่เป็นมิตร
ด้วยจิตที่มีสุขของคนให้บริการ



ที่มา เนื่องจากผู้ป่วยมีมากขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากมะเร็งได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด ต้องเผชิญกับสิ่งที่หวาดกลัว ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสีย พรัดพรากจากคนที่รัก ซึ่งแน่นอนทุกคนที่รู้ว่าตัวเองอยู่ในระยะสุดท้าย การดูแลทางด้านจิตใจเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งกว่าทางกายเสียอีก เพราะฉะนั้นปัญหาในการพยาบาลเรายังไม่สามารถดูแลได้ครบองค์รวมถึงตรงนั้นได้ ประกอบกับทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ให้บริการก็ยังขาดทักษะการดูแลตรงนี้ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยก็จะได้อยู่กับยาแก้ปวด

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแล
อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- เพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ มีทักษะ
เรื่อง การเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย
- บูรณาการทางศาสนา

วัตถุประสงค์ของการแพทย์เพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้บริการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หัวใจของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็คือหัวใจที่ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

อันที่ 2 ก็คือให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยของเค้าได้มากขึ้น

สุดท้าย เชื่อว่าทุกศาสนาในวาระสุดท้ายของชีวิตที่รู้ว่าตัวเองไม่มีทางจะรักษาได้แล้ว ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทำให้จิตใจสงบได้มากที่สุด ทางเราก็ก็นำบูรณาการทางศาสนาเข้าด้วยกัน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดำเนินการ เนื่องจากทางโรงพยาบาลยังไม่มีทีมในการดูแล เจ้าหน้าที่ที่กักตักศักยภาพ ในการดูแลตรงนี้ ก็เลยได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดถ้ำสุวรรณโน จำนวน 4 รุ่น เพื่อเป็นแกนนำในการดูแล

ทีมงาน

เป็นทีมจิตอาสาจาก สหวิชาชีพ

ทีมภายใน



ทีมร่วมภายนอก



หลังจากนั้นเริ่มมาจากการจัดตั้งทีมดูแลในโรงพยาบาลจากสหวิชาชีพรวมทั้งจิตอาสา แล้วก็ อสม. ร่วมด้วย จากนั้นเชิญทีมจากภายนอกเข้ามาร่วม มีโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม เชิญผู้ทรงความรู้ และผู้มีประสบการณ์ ผู้ป่วยที่เป็นอยู่มาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่หลังจากเราเริ่มปฏิบัติกับคนไข้จริงๆ เราพบว่าปัญหาอุปสรรค เรายังไม่เข้าถึงผู้ป่วยได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ๆ ทำประจำอยู่ตรงนี้ก็ไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยตรงนั้นได้

ก็เลยมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่อีกครั้งหนึ่ง ได้เชิญอาจารย์มาให้ความรู้ แล้วก็ฝึกทักษะที่โรงพยาบาล ก็จะมีเจ้าหน้าที่จากหลายๆหน่วยงาน จิตอาสา อสม. กลุ่มผู้สูงอายุเข้ามา ร่วมปฏิบัติตรงนั้นด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยของเราไม่มีผู้ป่วยเข้ามา admit ในโรงพยาบาล ทางหอผู้ป่วยจะแจ้งให้ทางทีมรับทราบหลังจากนั้น ทีมก็จะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้าน

7 ประการในการดูแลผู้ป่วย

- ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ
- ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง
- ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม
- ช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ
- ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ
- สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ
- กล่าวคำอำลา

โดยยึดหลัก 7 ประการในการดูแลผู้ป่วยของพระอาจารย์ไพศาล เริ่มตั้งแต่ให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงามจนสุดท้าย เป็นการกล่าวคำอำลา





โดยยึดหนังสือรู้จักความตายก่อนจะเยือนของอาจารย์จิต พิระพัฒน์ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนมันมีความหลากหลายมากนัก ต้องดูตามสภาพและก็อาการ สถานการณ์ของแต่ละรายว่าเราจะใช้กระบวนการไหนขึ้นมาก่อน มันเป็นการยากอย่างยิ่งที่จะเข้าถึงผู้ป่วยได้ แต่การให้ความรักความเห็นอกเห็นใจตรงนี้จะช่วยให้เค้าเปิดใจยอมรับปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจต่างๆ ให้เราทราบ และเพื่อทำการช่วยเหลือได้ถูกต้อง



คุณยายคนนี้เป็นมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอ มา admit ที่โรงพยาบาล ลูกต้องทำงาน บางครั้งก็ต้องทิ้งให้อยู่คนเดียว ท่านปวดมากต้องอยู่กับยาแก้ปวดตลอด แต่เมื่อทีมได้ลงไปติดตามและกัลไปดูแล เราก็ได้ให้การพูดคุยกับทั้งผู้ป่วยและญาติจนเกิดความเข้าใจดีขึ้น ผู้ป่วยก็จะอาการปวดลดน้อยลง ได้ขอยาแก้ปวดลดน้อยลงสุดท้ายท่านสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้

ในบางครั้งเวลาคนไข้จะกลับไปอยู่ที่บ้านเราก็ต้องแนะนำให้เค้าเห็นบรรยากาศที่บ้านเป็นบรรยากาศแห่งความสงบ ทุกครั้งที่คนไข้ปวดบรรยากาศแวดล้อมตรงนั้นไม่สงบก็ยิ่งผลให้เค้ามีความปวด มีความทรมานมากขึ้น และที่สุดท้ายเค้าก็จะมีอาการ อาการสุดท้ายคือเค้าจะจากโลกนี้ไปจริงๆ เราก็ต้องไม่พูดอะไรทั้งสิ้นก็ต้องใช้บรรยากาศแห่งความสงบตรงนั้นให้มากที่สุดก็คือให้ทุกคนสงบ ถ้าทุกคนถ้าเราได้เตรียมทั้งญาติไว้ก่อนตรงนี้ ผู้ป่วยและญาติก็就会有ความพร้อมในบรรยากาศตรงนั้นมากขึ้น

ในทางพุทธถ้าตรงนี้เราก็จะทำการขอขมาแล้วก็นำสวดมนต์ในวาระสุดท้ายตรงนี้ที่ยากยิ่งอย่างหนึ่งก็คือ การที่จะให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึงเชื่อว่าทุกคนรับไม่ได้แน่นอน แต่ว่าถ้าเราทำตรงนี้ได้จริงๆ เค้าก็สามารถอยู่กับความเจ็บปวดตรงนั้น ยอมรับได้ สิ่งที่เราทำก็คือให้เค้านึกว่าสิ่งที่ความปวดๆ ตรงไหน นั่นหมายถึงทำให้เค้ายอมรับเราก่อน แล้วหลังจากนั้นเราก็จะดูว่าตอนนี้คุณปวดตรงไหน

อย่างคุณยายท่านนี้เป็นมะเร็งที่ตับ และก็เร็วมากในการที่รู้ว่าเป็น เริ่มรู้ว่ามีอาการ 5 เดือนต่อมาก็เข้าระยะสุดท้ายจะทำใจไม่ได้มากแล้วปวดตลอด สิ่งที่จะทำก็คือ เมื่อเข้าไปพูดคุณยายก็สามารถจะยอมรับความเจ็บปวดตรงนั้นได้ ไม่ทุกข์ทรมาน อยู่กับโรคได้จนวาระสุดท้ายสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจสำคัญอย่างดีที่สุดก็คือ ช่วยให้มีจิตใจให้กับสิ่งที่ดีงาม ทุกคนที่นอนอยู่โรงพยาบาลเพราะว่าวาระสุดท้ายสิ่งที่อยากทำก็คือ อยากทำบุญ



ก่อนหน้านี้ทางโรงพยาบาลเราก็ไม่ได้มีการเอาพระ เอาอะไรเข้าไปรับบิณฑบาตรในโรงพยาบาล จนสุดท้ายเป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ได้ทราบว่าอยากจะทำบุญ เราก็เลยได้นิมนต์พระไปรับบิณฑบาตรในโรงพยาบาลถึงเตียงผู้ป่วย หลังจากให้คนไข้ได้ทำบุญคนไข้มีสีหน้าอึมเิบมาก

สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้นก็คือ สิ่งที่ผ่านมาได้เกิดความภาคภูมิใจ อย่างเช่น คุณลุงในภาพนี้เป็นโค้ชฟุตบอลของทีมจังหวัดสตูล เมื่อท่านรู้ว่าเป็นมะเร็งตับ แล้วก็ปวดมากต้องให้ออกซิเจนตลอด สุดท้ายซึ่งลูกศิษย์ คุณลุงจะมีความสุขภาคภูมิใจมากในการเป็นโค้ชฟุตบอลตรงนี้ มากก็เลยได้จัดแข่งขันฟุตบอลเพื่อสมทบทุนมูลนิธิของท่านเลย ก็คงรู้จักเป็นนักมวยชื่อดังของเราเลยก็ไปแข่งฟุตบอลที่สตูลแล้วก็ติดตามเยี่ยมคุณลุง วันนั้นทั้งวันคุณลุงไม่ปวด ไม่ต้องให้ออกซิเจน ลูกขึ้นมานั่ง มารับการเยี่ยมได้

ท่านจะมีความสุขมากๆ เพราะฉะนั้นทุกคนที่ไม่่ว่าจะเป็นคนไข้คนใดก็ตาม สิ่งที่ทำให้ภาคภูมิใจที่สุดเวลาเราพูดถึงก็จะมีสีหน้าที่สดชื่นแล้วก็จะอึมเิบมากขึ้น ในศาสนาอิสลามก็เช่นกัน สุดท้ายความเจ็บปวดในชีวิต ครั้งสุดท้ายสิ่งที่อยากทำก็คือ ไปที่สงบสุข จิตใจก็สงบสุขมากขึ้น



เราจะมี การอ่านยาซีนให้แก่ผู้ป่วยในศาสนาอิสลาม ถ้ามีญาติๆ ก็จะเป็นคนอ่านให้ ยาซีนคือบทสวดของทางศาสนาอิสลามเพื่อให้ผู้ป่วยไปพบสู่พระเจ้า นำจิตใจสู่พระเจ้า ถ้าสมมติไม่มีผู้ป่วยจากภาพข้างล่างนี้ เราก็จะมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปอ่านยาซีนให้กับผู้ป่วยถึงข้างเตียง



สิ่งที่ยากยิ่งที่สุดก็คือ สิ่งที่ค้างคาใจอันนี้ต้องได้รับความไว้วางใจมากจริงๆ เค้าถึงจะยอมบอกสิ่งที่ค้างคาใจมา ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ค้างคาใจในอดีตหรือในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง อย่างคุณยายท่านนี้เราเข้าไปพูดคุยเกิดความไว้วางใจ เราจึงได้ทราบว่าท่านสิ่งที่ค้างคาใจอยู่คือลูกสาวที่เห็นในภาพ อายุ 38 ปีแล้ว ยังไม่ได้แต่งงานซึ่งเป็นลูกคนเล็ก มีท่านใดที่คุณแม่ยังเป็นห่วงอยู่บ้างไหมคะ ข้างหลังยกมือเอาไว้ติดต่อหลังเวทีนะคะ หลังจากเราลงไปติดตามเยี่ยมเมื่อได้ทราบ

เราก็เลยถามลูกสาว ขอโทษนะคะไม่ทราบว่าลูกสาวมีแฟนรึยัง ลูกสาวบอกว่ามีแฟนแล้ว แต่ไม่กล้าบอกคุณแม่เพราะว่าขณะนี้แฟนกำลังบวชอยู่ พอจะนึกออกนะคะ ภาพในที่ข้างหน้านี่ก็คือแฟนของเค้า แต่หลังจากได้รับทราบเป็นโอกาสที่ดี เราเลยถามว่าเป็นไปได้ไหมที่จะยอมลูกสาวจะบอกกับคุณแม่ เพราะนี่คือช่วงสุดท้ายแล้วจริงๆ แล้วก็สิ่งที่ดีด้วย ก็คือ นิมนตร์พระมาเลย นิมนตร์พระมาเยี่ยมแล้วก็รับถวายผ้าไตรเลย

ปรากฏว่า อยู่จังหวัดนคร อยู่จังหวัดของคุณหมอนะคะ ของพี่สตูล อยู่จังหวัดนคร เราก็เลยบอก น้องเค้าบอกได้ถ้าอย่างนั้นก็ได้อะไรไหมคะว่าหลังจากได้ทราบคุณแม่มีความสุขมากแล้วก็นอนหลับได้ตลอด การได้ยาแก้ปวดก็ลดน้อยลง อีกวันต่อมาพระก็มาที่โรงพยาบาลมาเยี่ยม ทางคนไข้แล้วก็ญาติเตรียมผ้าไตรอย่างดีเลย เพื่อให้ยกผ้าไตรทูลหัวแล้วก็ยกผ้าไปก็มีความสุข ไม่ถึง 3 วันต่อมา คนไข้ก็จากไปอย่างสงบ อีกเช่นกัน

คุณตาท่านนี้เป็นอาการทรงๆ หรุตุๆ ตลอด แล้วก็ต้องอยู่โรงพยาบาลตลอดให้ออกซิเจนตลอดไม่สามารถพากลับไปบ้านได้เลย หลังจากทีมลงได้ไปพูดคุยแล้วก็ได้ทราบว่าท่านค้างคาใจอยู่ก็คือ อยากหาผู้สืบทอดมรดกมกุฎมโนราห์ ทางใต้เค้าจะถือนะคะ มโนราห์เนี่ยจะต้องมีคนสืบทอดตลอดเมื่อทราบได้ดังนั้นก็คือ ตอนแรกทางญาติก็ไม่ได้นึกถึงตรงนี้ พอทีมไปพูดคุยก็เลย ไข่ มีค้างคาอยากมีคนสืบทอด แล้วก็ไม่มี เราก็เลยบอกว่าเป็นไปได้ไหมที่จะหาคนมาสืบทอดตรงนี้ หลังจากทำพิธีมอบขุภามโนราห์ วันต่อมาคนไข้ก็จากไปอย่างสงบ



โตะท่านนี้ โตะก็หมายถึงคุณตาในภาษาอิสลาม อยากพบลูกมาก 4 ปีแล้วแต่ไม่ได้พบลูก แต่ทำไมไม่พบลูกไม่ได้ เนื่องจากลูกติดคุก โตะอยากไปสักครั้งหนึ่งเพื่อไปเยี่ยมลูก อยากให้ลูกมาเยี่ยมสักครั้งหนึ่ง เพื่อจะบอกลูกว่าโตะเชื่อว่าลูกไม่ผิด แต่ลูกไม่สามารถออกมาได้เนื่องจากติดคุกทางโรงพยาบาลได้ประสานไปยังลูกคนไข้ซึ่งเป็นนักโทษอยู่ก็ไม่สามารถออกมาได้ ทางโรงพยาบาลทางทีมก็เลยช่วยเหลือพาเดินทางไปเยี่ยม ไปเยี่ยมลูกที่ในคุกได้จนสำเร็จ แต่ภาพตรงนั้นเราไม่สามารถเก็บมาได้เพราะเค้าไม่ให้ถ่ายรูป หลังจากนั้นโตะก็ขอลากลับบ้านเลย หลังจากเยี่ยมลูกก็ไม่ขอลากลับโรงพยาบาลแล้ว แล้วก็กลับไปบ้านแล้วก็จากไปอย่างสงบ



คุณตาท่านเดิมที่ว่าเป็นมะเร็งตับ หายใจเหนื่อยตลอด ต้องให้ยาแก้ปวดตลอด ให้
ออกซิเจนตลอด ท้องโตมาก มีความประสงค์ คนนี้ก็คือ ลูกสาวป่วยมีอาการทางสมองต้องเจาะคอ
พูดไม่ได้ คุณตาอยากจะกลับไปเยี่ยมลูกที่บ้านสักครั้งหนึ่งแต่มันเป็นไปได้เพราะว่าคุณตาเหนื่อย
หายใจไม่ได้ เมื่อทางทีมได้รับทราบก็ประสานงานแล้วก็พาคุณตาไปเยี่ยมโดยเอาออกซิเจนไปด้วย
ทีมงานก็ไปด้วย

หลังจากที่ไปเยี่ยมครั้งแรก เมื่อคุณตาไปที่บ้านเราขึ้นรถไปถึงข้างเตียง ไม่มีคำพูดใดๆ
ออกมาจากคุณตา คำเดียวที่พูดก็คือ ป้ามาแล้ว ส่วนลูกพูดไม่ได้ส่งมือมาแล้วก็จับมือกัน มีแต่รอยยิ้ม
แต่ผู้ดูแลที่ไปด้วยทางทีมมีหยดน้ำตาออกมา น้ำตาซึมๆ จากความสุขที่อยู่เบื้องหน้า ที่คนไข้คิดว่า
ชาตินี้คงไม่ได้เจอกันอีกแล้ว

แล้วก็หลังจากนั้นต่อมา อาทิตย์ต่อมาคนไข้ก็จากไปอย่างสงบสุขเช่นกัน ไม่แค่นั้นนะ
คะเมื่อผู้ป่วยของเรากลับไปอยู่ที่บ้านเราก็ได้ติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน ไปร่วมสวดมนต์ ร่วมแผ่ส่วนบุญ
ส่วนกุศล



อย่างคุณยายท่านนี้ก่อนที่เราจะไปเยี่ยมที่บ้าน ลูกบอกว่าทุกครั้งทีลูกๆ หรือญาติๆ
มาเยี่ยมที่บ้านก็ร้องไห้ คุณยายจะซักทุกครั้ง สุดท้ายต้องเอาออกซิเจนไปให้ต่อที่บ้าน แต่เมื่อทีมได้
ลงไปทำความเข้าใจกับญาติ ให้ญาติเข้าใจว่าสิ่งที่สุดท้ายที่อยากเห็นก็คือ บรรยากาศแห่งความสงบ
ตรงนั้น ตลอดเวลาที่เรไปอยู่คนไข้จะมีความสุขมากคนไข้จะไม่มีอาการชักเลยถ้าไม่เห็นใครร้องไห้
อยู่ตรงนั้น สุดท้ายท่านก็จากไปอย่างสงบสุขอีกเช่นกัน

เมื่อคนไข้เราเสียชีวิตทางทีมเราก็ได้ลงไปดูแล เยียวยาญาติต่อที่บ้าน ทำงานถึงแม้เวลาเราจะไป เราจะได้ทำบุญอะไรมากมาย แต่สีหน้าของญาติๆ ทั้งหลายที่อยู่ จะเห็นสีหน้าแห่งการมีความสุขของเค้า



จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาองค์กรของเราเกิดธรรมะในโรงพยาบาลขึ้นทุกวันศุกร์ที่ 1 ของเดือนเราจะนิมนต์พระไปรับบิณฑบาตรในโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย แล้วก็ญาติๆ ได้ทำบุญใส่บาตรร่วมกัน ถ้าคนไข้ไหนไม่สามารถมาใส่ได้ตามจุดที่เราจัดให้ได้ พระก็จะไปรับบาตรถึงเตียง ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาและอุปสรรค

- ทักษะในการดูแลผู้ป่วย Palliative
- การนำแนวทาง Palliative เข้าสู่งานประจำ

แน่นอนนะคะทักษะในการดูแลผู้ป่วย palliative care ใช้การดูแลแบบผิวเผินไม่ได้ มันต้องเป็นเชิงลึก มันต้องใช้หัวใจปฏิบัติจริงๆ ถึงจะได้ตรงนั้นมา อีกเรื่องหนึ่งก็คืออยากรนำแนวทาง palliative care เข้าสู่งานประจำไม่ใช่ปวดก็แค่รักษาแค่ปวด เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เค้าปวดมากที่สุดก็คือ ปวดที่ใจ



บทเรียนแห่งการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเราถอดบทเรียนออกมาได้เป็น 4 H

- H แรกก็คือ Heart การบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องบริการหัวใจด้วยหัวใจ เป็นมนุษย์ถึงจะได้ใจ ถึงจะเข้าถึงจิตใจของเค้า
- H ที่ 2 ก็คือ การคิดอย่างไรจึงจะได้เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยได้
- H ที่ 3 ก็คือ Hand การใช้สัมผัสที่นุ่มนวล บางครั้งการสัมผัสให้ความรู้สึกดียิ่งกว่าคำพูดใดๆ
- H ที่ 4 ก็คือ Holistic การดูแลครอบคลุมจิตวิญญาณไม่เฉพาะผู้ป่วยต้องดูแลถึงญาติด้วย ญาติถึงจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยนี้ได้

ผลลัพธ์นะคะ เราไม่สามารถวัดผลลัพธ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่สิ่งที่เราเห็นคือความสุขที่ผู้ป่วยแล้วก็ญาติผู้ป่วยมอบให้แก่เรา มันเป็นความสุขที่เบ่งบานอยู่ในหัวใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคน คำพูดขอบคุณต่างๆ

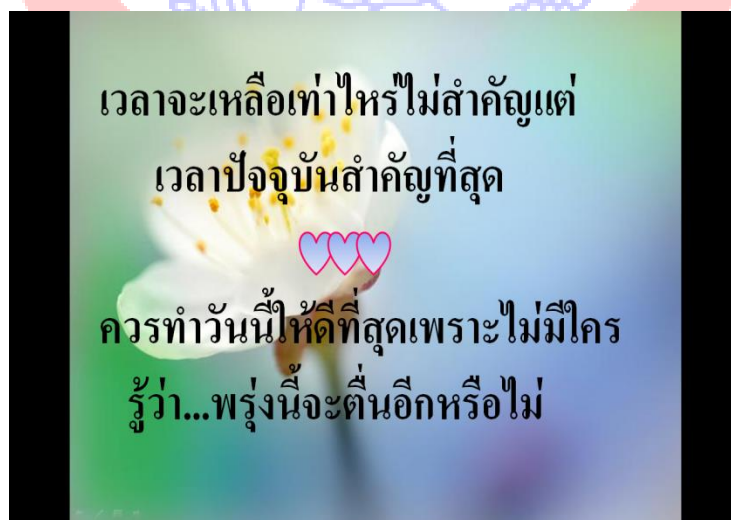
รวมทั้งคำพูดของผู้ชายคนนี้ “สวัสดีครับ..ผมนายวิช วิชาญสุริยะกานนท์ เป็นบุตรของนายอนันต์ สุริยะกานนท์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณพ่อป่วยเป็นมะเร็งตับครบครันของผมได้รับความอนุเคราะห์จากโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลสตูลเป็นอย่างดีมาก

ขณะนั้นผมมีปัญหาที่ต้องพาคุณพ่อมาเยี่ยมห้องซึ่งไม่สบายอยู่ที่บ้าน โครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ช่วยเหลือ อนุเคราะห์ให้พาคุณพ่อมาเยี่ยมห้องได้ถึง 2 ครั้ง หลังจากนั้นคุณพ่อก็ถึงแก่กรรม โครงการนี้นับเป็นโครงการที่ดีมากของโรงพยาบาลสตูล ซึ่งควรจะอยู่ต่อเพราะมีญาติและผู้ป่วยหลายๆ คน ที่ต้องการความอนุเคราะห์

เราอาจจะมีปัญหาบางอย่างที่ไม่สามารถที่จะแก้ได้แต่โครงการนี้สามารถช่วยได้ นั่นคือช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ในช่วงนั้นจากความมืดมนผมได้พบกับแสงสว่างของโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และขอขอบคุณโครงการนี้ซึ่งเป็นของโรงพยาบาลสตูลเป็นอย่างยิ่งครับ

สุดท้ายนะคะขอขอบคุณญาติๆ ทุกท่านนะคะที่อนุญาตให้นำภาพมาเป็นอาจารย์เผยแพร่เพื่อเป็นวิทยาทานในวันนี้ ขอบุญกุศลในครั้งนี้นะคะไม่ว่าพวกท่านเหล่านั้น จะอยู่นะภพภูมิใด ขอให้ได้รับส่วนบุญส่วนกุศลในครั้งนี้ด้วย

ปรบมือแล้วก็ขอบคุณอาจารย์ทุกท่านด้วยนะคะ



อีกนิดนึงคะอาจารย์ขา เวลาจะเหลือเท่าไรไม่สำคัญ เวลาปัจจุบันสำคัญที่สุด ทุกท่านคะควรทำวันนี้ให้ดีที่สุด ไม่แน่ว่าพรุ่งนี้ท่านอาจจะตื่นขึ้นมาทำความดีได้อีกหรือไม่ ขอขอบคุณแล้ว ก็สวัสดิ์ค่ะ

ปรบมือค่ะ อยู่กับปัจจุบัน แต่คราวนี้ท่านต้องกลับมาถามตัวท่านเองแล้วนะคะว่า
ชีวิตต่อไปที่เหลืออยู่ เท่าไหนแล้วแต่ทุนเดิมของท่านนั้น จะเกิดขึ้นอยู่ที่น้ำมือน้ำคำและน้ำใจ

เพราะฉะนั้นต้องกลับมาถามตัวอาจารย์เองว่าต้องพร้อมที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่
เกิดจากการแชร์ประสบการณ์กับวิทยากรทุกๆ ท่าน แต่ว่าในมุมมองของเรามองเห็นสิ่งที่เหมือนกัน
ทุกท่าน

แม้ความหลากหลายในกระบวนการดูแล

- ข้อแรก คุณค่าในความเป็นคนเปี่ยมล้นที่หัวใจที่มีความรักในงานที่ทำ บวกกับ
องค์ความรู้ที่อาจารย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นสามารถถ่ายทอดและนำสู่การปฏิบัติถึงผู้ป่วย
ถึงได้อย่างทุกกลุ่ม เหมือนที่อย่างอาจารย์เล่ามา
- ประเด็นที่ 2 กระบวนการที่เปลี่ยนแปลงนั้นจะไม่เกิดขึ้นได้ ถ้าทุกๆ คนไม่ยอม
เรียนรู้ที่จะเกิดขึ้น

เพราะฉะนั้นต้องขอบคุณกับอาจารย์วิทยากรทั้ง 4 ท่าน ที่มอบความรักในงานถ่าน
ทอดประสบการณ์ เพื่อให้พวกเราเรียนรู้พร้อมที่จะไปปรับน้ำใจ น้ำมือ และน้ำคำ ให้เกิดความสุขใน
ทุกๆ วัน ในการทำงาน

ท่านแรกต้องขอขอบคุณ พญ.อัจจิมาดี พงศ์ดารา จากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช
ท่านที่สองอาจารย์ไพรินทร์ สมบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว
ท่านที่สาม อาจารย์ศุภกร คงแก้ว จากโรงพยาบาลสุโขทัย-โลก และ
ท่านสุดท้ายแต่ไม่ท้ายสุดเพราะอาจารย์บอกว่าเรายังมีเวลาที่อยู่กับปัจจุบันและ
ยังคงความดีและตราตรึงไว้ในแผ่นดิน อาจารย์อารีย์ บรรจงธุระการ จากโรงพยาบาลสตูล และ

ท้ายสุดจริงๆ ค่ะ หมดเวลา เวลาหมดในห้องนี้ ขอขอบคุณกับผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านค่ะ