

การพัฒนาที่ยืดหยุ่น  
และยั่งยืน

11<sup>th</sup> HA National Forum  
Guidebook



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 11  
“การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน (Flexible & Sustainable Development)”  
9-12 มีนาคม 2553 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี  
จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



# การพัฒนาที่ยืดหยุ่น และยั่งยืน

## 11<sup>th</sup> HA National Forum Guidebook



เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 11  
“การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน (Flexible & Sustainable Development)”  
9-12 มีนาคม 2553 ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี  
จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



# 11<sup>th</sup> HA National Forum Guidebook

## การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน

จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2951 0102-3 โทรสาร 0 2951 0238, 0 2589 0556

[www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2553

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

11<sup>th</sup> HA National Forum Guidebook : การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและ  
ยั่งยืน.--นนทบุรี: สถาบัน, 2553.

488 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 978-974-401-515-0

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด



ประเด็นเรื่องความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพ มักถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงอยู่เสมอๆ จึงเป็นที่มาของหัวข้อการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 11 ในปี 2553

จากความสนใจเรื่องความยั่งยืนของการพัฒนา นำไปสู่เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกัน คือ ความยั่งยืนขององค์กร และความยั่งยืนสำหรับมนุษยชาติ

ความยั่งยืนจึงครอบคลุมทั้งกระบวนการและเป้าหมาย เป็นเป้าหมายที่ไม่อาจปฏิเสธได้ เป็นเป้าหมายที่คำนึงถึงการอิงอาศัยกันและอยู่ร่วมกันอย่างประสานสอดคล้อง ชักชวนให้เราคำนึงถึงอนาคตขององค์กรในลักษณะที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ และสร้างความมั่นใจในทิศทางของการพัฒนาสู่เป้าหมายดังกล่าว

การพัฒนาคน ความยืดหยุ่น ความเรียบง่าย ความต่อเนื่อง การเรียนรู้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับความยั่งยืน

เช่นทุกปีที่ผ่านมา การประชุม HA National Forum มุ่งก่อให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ควบคู่กับการนำเสนอแนวคิดใหม่ๆ ที่เปรียบเสมือนการปรับมุมมองหรือเปลี่ยนแว่นสำหรับส่องมองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวจะได้รับการนำไปปฏิบัติแล้วนำผลลัพธ์มาแบ่งปันถ่ายทอดให้แก่กันต่อไป

การประชุม HA National Forum ในครั้งนี้ นอกจากจะมีความสืบเนื่องจากการประชุมในครั้งที่ผ่านมาแล้ว ยังอาจกล่าวได้ว่าเป็นเสมือนร่วมที่ครอบคลุมเนื้อหาที่เคยพูดถึง และเป็นตัวเชื่อมประสานเนื้อหาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้เปลี่ยนสถานภาพไปเป็น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรียกชื่อย่อว่า สรพ. ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน 2552 โดยยังคงมีบทบาทหน้าที่ทั้งในการประเมินรับรองสถานพยาบาล การส่งเสริมการพัฒนาผ่านกลไกต่างๆ การสร้างและเผยแพร่ความรู้

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ก้าวเข้ามาสู่ความพยายามที่จะสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาจากกรอบแนวคิดของประเทศที่พัฒนาแล้ว กับการพัฒนาที่มีมิติทางจิตวิญญาณซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาตะวันออก และเราเชื่อมั่นว่าทิศทางที่ก้าวมานี้เป็นทิศทางที่ถูกต้อง ถึงวันนี้เราเริ่มเห็นไตรสิกขาของการพัฒนาคุณภาพชัดเจนขึ้น ได้แก่ คีล (quality system) จิต (spirituality) และ ปัญญา (KM & R2R)

หวังว่าทุกท่านจะอิมเมมทั้งด้วยความรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ประสบการณ์ในพื้นที่ และปิติในผลงานของเพื่อนๆ

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีนาคม 2553



## การกำหนดหมายเลขประจำ Session

หมายเลขประจำ session ถูกกำหนดเพื่อความสะดวกในการเลือกเข้าห้องประชุม  
อักษรตัวแรกคือ **วันประชุม**

- A คือ วันพุธที่ 10 มีนาคม 2553
- B คือ วันพฤหัสบดีที่ 11 มีนาคม 2553
- C คือ วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2553

ตัวเลขตัวกลางคือ **ช่วงเวลาของการประชุมในแต่ละวัน**

- 1 คือ ช่วงเวลา 08.30 – 10.00 น.
- 2 คือ ช่วงเวลา 10.30 – 12.00 น.
- 3 คือ ช่วงเวลา 13.00 – 14.30 น.
- 4 คือ ช่วงเวลา 15.00 – 16.30 น.

ตัวเลขตัวสุดท้ายคือ **ห้องประชุม**

- 0 คือ ห้อง Grand Diamond
- 1-9 คือ ห้อง Sapphire 1 – 9
- H คือ ห้อง Jupiter 14 อาคาร Challenger
- J คือ ห้อง Jupiter 15 อาคาร Challenger
- K คือ ห้อง Jupiter 16 อาคาร Challenger
- L คือ Lobby ชั้นล่าง หน้าห้อง Sapphire 11 – 12
- X คือ ห้อง Sapphire 10
- Y คือ ห้อง Phoenix 1 – 3 (Hall 8)
- Z คือ ห้อง Phoenix 4 – 6 (Hall 8)

## การจัดเรียงลำดับบทความและบทความ

เพื่อความสะดวกในการศึกษาข้อมูลตามเรื่องราวที่อยู่ใน theme ย่อยเดียวกัน ผู้จัดประชุมได้จัดเรียงลำดับบทความและบทความเป็นหมวดหมู่ตามห้องประชุมและช่วงเวลาของการนำเสนอในห้องนั้นๆ

ในการพิจารณาว่าช่วงเวลาใดจะมีการนำเสนอในเรื่องใด จะต้องพิจารณาจากกำหนดการประชุม

## การจัดห้องตาม Theme ย่อย

แต่ละห้องถูกกำหนดให้มี theme ย่อยประจำห้องดังนี้

ห้อง	รหัส	ที่นั่ง	เนื้อหาหลัก
Grand Diamond	0	2,000	การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน
Sapphire 1	1	500	SHA (Sustainable Health Promotion & HA)
Sapphire 2	2	500	ระบบที่สนับสนุนความยั่งยืน
Sapphire 3	3	500	Sustainable Management
Sapphire 4	4	500	Lean & Seamless Healthcare
Sapphire 5	5	500	Sustainable Healthcare
Sapphire 6	6	500	Sustainable Healthcare
Phoenix 1-3	Y	500	Medication System
Phoenix 4-6	Z	500	Patient Safety
Sapphire 7	7	100	Professional Organization
Sapphire 8	8	100	SHA Sharing
Sapphire 9	9	100	Oral Presentation
Sapphire 10	X	100	Oral Presentation
Jupiter 14	H	100	Oral Presentation & Workshop
Jupiter 15	J	100	Oral Presentation & Workshop
Jupiter 16	K	100	Oral Presentation & Workshop
Lobby	L	1,000	HA Clinic

ทั้งนี้ อาจจะมีบางหัวข้อที่อยู่สลับห้อง หรือแทรกเข้ามาบ้าง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาของวิทยากร และปริมาณของเรื่องที่จะนำเสนอ





<b>Grand Diamond : การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน</b>	<b>1</b>
A10-A40 วันที่ 10 มีนาคม 2553	2 - 10
B10-B40 วันที่ 11 มีนาคม 2553	11 - 22
C10-C40 วันที่ 12 มีนาคม 2553	23 - 30
<b>Sapphire 1 : SHA</b>	<b>31</b>
A11-A41 วันที่ 10 มีนาคม 2553	32 - 46
B11-B41 วันที่ 11 มีนาคม 2553	47 - 53
C11-C31 วันที่ 12 มีนาคม 2553	54 - 64
<b>Sapphire 2 : ระบบที่สนับสนุนความยั่งยืน</b>	<b>65</b>
A12-A42 วันที่ 10 มีนาคม 2553	66 - 72
B12-B42 วันที่ 11 มีนาคม 2553	73 - 85
C12-C32 วันที่ 12 มีนาคม 2553	86 - 94
<b>Sapphire 3 : Sustainable Management</b>	<b>95</b>
A13-A43 วันที่ 10 มีนาคม 2553	96 - 106
B13-B43 วันที่ 11 มีนาคม 2553	107 - 115
C13-C33 วันที่ 12 มีนาคม 2553	116 - 122
<b>Sapphire 4 : Lean &amp; Seamless Healthcare</b>	<b>123</b>
A14-A44 วันที่ 10 มีนาคม 2553	124 - 131
B14-B44 วันที่ 11 มีนาคม 2553	132 - 146
C14-C34 วันที่ 12 มีนาคม 2553	147 - 160
<b>Sapphire 5 : Sustainable Healthcare</b>	<b>161</b>
A15-A45 วันที่ 10 มีนาคม 2553	162 - 170
B15-B45 วันที่ 11 มีนาคม 2553	171 - 181
C15-C35 วันที่ 12 มีนาคม 2553	182 - 185
<b>Sapphire 6 : Sustainable Healthcare</b>	<b>187</b>
A16-A46 วันที่ 10 มีนาคม 2553	188 - 196
B16-B46 วันที่ 11 มีนาคม 2553	197 - 204
C16-C36 วันที่ 12 มีนาคม 2553	205 - 211
<b>Phoenix 1-3 (Y) : Medication System</b>	<b>213</b>
A2Y-A4Y วันที่ 10 มีนาคม 2553	214 - 218
B1Y-B4Y วันที่ 11 มีนาคม 2553	219 - 226
C1Y-C3Y วันที่ 12 มีนาคม 2553	227 - 230

<b>Phoenix 4-6 (Z) : Patient Safety</b>	<b>231</b>
A1Z-A4Z วันที่ 10 มีนาคม 2553	232 - 249
B1Z-B4Z วันที่ 11 มีนาคม 2553	250 - 264
C1Z-C3Z วันที่ 12 มีนาคม 2553	265 - 268
<b>Sapphire 7 : Professional Organization</b>	<b>269</b>
A27-A47 วันที่ 10 มีนาคม 2553	270 - 278
B17-B47 วันที่ 11 มีนาคม 2553	279 -286
C17-C37 วันที่ 12 มีนาคม 2553	287 - 292
<b>Sapphire 8 : SHA Sharing</b>	<b>293</b>
A28-A48 วันที่ 10 มีนาคม 2553	294 - 303
B18-B48 วันที่ 11 มีนาคม 2553	304 - 315
C18-C38 วันที่ 12 มีนาคม 2553	316 - 325
<b>Sapphire 9 : Oral Presentation</b>	<b>327</b>
A29-A49 วันที่ 10 มีนาคม 2553	328 - 338
B19-B49 วันที่ 11 มีนาคม 2553	339 - 353
C19-C39 วันที่ 12 มีนาคม 2553	354 - 365
<b>Sapphire 10 : Oral Presentation</b>	<b>367</b>
A2X-A4X วันที่ 10 มีนาคม 2553	368 - 379
B1X-B4X วันที่ 11 มีนาคม 2553	380 - 394
C1X-C3X วันที่ 12 มีนาคม 2553	395 - 406
<b>Jupiter 14 (H) : Oral Presentation &amp; Workshop</b>	<b>407</b>
A2H-A4H วันที่ 10 มีนาคม 2553	408 - 411
B1H-B4H วันที่ 11 มีนาคม 2553	412 - 413
C1H-C3H วันที่ 12 มีนาคม 2553	414 - 422
<b>Jupiter 15 (J) : Oral Presentation &amp; Workshop</b>	<b>423</b>
A2J-A4J วันที่ 10 มีนาคม 2553	424 - 429
B1J-B4J วันที่ 11 มีนาคม 2553	430
C1J-C3J วันที่ 12 มีนาคม 2553	431 - 436
<b>Jupiter 16 (K) : Oral Presentation &amp; Workshop</b>	<b>437</b>
A2K-A4K วันที่ 10 มีนาคม 2553	438 - 441
B1K-B4K วันที่ 11 มีนาคม 2553	442
C1K-C3K วันที่ 12 มีนาคม 2553	443 - 454
<b>Lobby (L) : HA Club</b>	<b>455</b>
A3L-A4L วันที่ 10 มีนาคม 2553	456 - 459
B1L-B4L วันที่ 11 มีนาคม 2553	460 - 469
C1L-C3L วันที่ 12 มีนาคม 2553	470 - 475



## การพัฒนาที่ยืดหยุ่น และยั่งยืน

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A10	หนทางสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบสุขภาพ
	10.30-12.00 น.	A20	เส้นทางเกียรติยศสู่รางวัลเจ้าฟ้ามหิดล
	13.00-14.30 น.	A30	ความยืดหยุ่นและยั่งยืนในองค์กรที่ซับซ้อน
	15.00-16.30 น.	A40	สูงสุดคืนสู่สามัญ (From Complexity to Simplicity)
11 มีนาคม 2553	08.30-09.15 น.	B10a	ยืดหยุ่นและยั่งยืน ทำฝันให้เป็นจริง
	09.15-10.00 น.	B10b	การทำงานอย่างมีความสุข
	10.30-12.00 น.	B20	หัวใจ งาน และธรรมะ
	13.00-14.30 น.	B30	โรงพยาบาล...อบอุ่นเหมือนบ้าน เพื่อการเยียวยา
	15.00-16.30 น.	B40	Nursing Standard: Strengthening Patient Care Quality
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C10	สู่ความยั่งยืนด้วยวิถีพุทธ
	10.30-12.00 น.	C20	มากกว่าความเป็นโรงพยาบาลที่ด่านซ้าย
	13.00-14.30 น.	C30	ครุ่นคิดใคร่ครวญอย่างแยกคาง
	14.30-14.45 น.	C40a	มอบรางวัล Humanized Healthcare และ Healing Environment
	14.45-15.30 น.	C40b	การปฏิบัติจิตวิญญาณเพื่อความอยู่รอด

**A10****หนทางสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบสุขภาพ**

10 มีนาคม 2553 เวลา 9.00-10.00 น. ห้อง Grand Diamond

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา ประธานกรรมการบริหาร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา กรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นผู้ริเริ่มและผลักดันให้เกิดการพัฒนาาระบบคุณภาพในประเทศไทย นับตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นจนถึงปัจจุบันนี้ ท่านเป็นผู้ที่มีความอดทนและวิริยะในการที่จะทำให้เกิดระบบคุณภาพของประเทศไทยที่สอดคล้องเหมาะสมกับความเป็นไทย และท่านมีคุณูปการในการชี้ช่องทางพัฒนาคุณภาพของประเทศไทยให้เกิดภาพชัดเจน นำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์หรือความยั่งยืน ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่วิกฤติการณ์ด้านเศรษฐกิจ การล่มสลายทางธุรกิจ การมีค่านิยมใช้จ่ายเงินอย่างเกินพอดีโดยไม่มีเหตุผลที่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้ยังต่อเนื่องไปถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเป็นอยู่ของประชาชน และคุณภาพชีวิต

การพัฒนาในระบบที่เกิดขึ้นอย่างไม่สมเหตุสมผล อันเกิดจากนโยบายที่ไม่เหมาะสม การบริหารที่ผิดพลาด มีการฉ้อผลประโยชน์ให้กับตนเองและพรรคพวก มุ่งเน้นวัตถุนิยม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความไม่พอดีในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน

การใช้จ่ายเงินที่สูงเกินกำลังของตนเองนับว่าเป็นโรคระบาด ลุกลามไปตั้งแต่เด็ก วัยรุ่นที่ยังไม่สามารถหารายได้เองจนถึงระบบใหญ่ระดับชาติ ในระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกัน คนป่วยที่เข้าโรงพยาบาลอาจต้องจ่ายเงินเกินจากความเป็นจริง บางคนต้องล้มละลาย จากการเจ็บป่วย

แล้วระบบสุขภาพที่ยั่งยืนควรเป็นเช่นไร ?

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ประธานคณะกรรมการนานาชาติ และคณะกรรมการ  
ที่ปรึกษาวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล  
นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

### เส้นทางเกียรติยศสู่รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ประธานคณะกรรมการนานาชาติ และคณะกรรมการ  
ที่ปรึกษาวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล

รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลเป็นรางวัลนานาชาติ พระราชทานแก่บุคคลหรือองค์กรที่มีผลงานทำคุณประโยชน์แก่คนจำนวนมากในหลายประเทศ ด้านการแพทย์ 1 รางวัล และด้านสาธารณสุข 1 รางวัล ทุกปี รางวัลของปี 2552 ที่พระราชทานเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2553 เป็นครั้งที่ 18

รางวัลนี้แตกต่างจากรางวัลโนเบล ตรงที่รางวัลโนเบลเน้นผลงานการสร้างความรู้ใหม่ที่เปิดประตูสู่ขอบฟ้าใหม่ด้านความรู้หรือวิทยาการ แต่รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลเน้นที่การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ให้เกิดผลดีแก่ผู้คนจำนวนมาก คือเน้นที่ Knowledge Application มากกว่า Knowledge Creation ทั้งนี้ เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระบรมราชชนกที่ทรงเป็นประทีปนำทาง สร้างแรงบันดาลใจให้แก่คนไทยและผู้คนทั่วโลก ด้วยพระจริยาวัตรและด้วยการสอนนักศึกษาแพทย์ ให้มุ่งทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ดังพระนิพนธ์ว่า

*True success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind.*

รางวัลนี้ได้พระราชทานแก่คนไทย 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2539 แก่ ศ.นพ.ประสงค์ ตูจินดา และ พญ.สุจิตรา นิรมานนิตย์ จากผลงานค้นพบกลไกการเกิดโรคไข้เลือดออก และในปี พ.ศ. 2552 พระราชทานแก่ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และนายมีชัย วีระไวทยะ จากผลงานการใช้กุงยางอนามัยป้องกันโรคเอดส์ เรื่องราวรายละเอียดเป็นอย่างไร ท่านต้องฟังจากปากของผู้ได้รับพระราชทานรางวัลเอง ผู้สนใจอ่านรายละเอียดได้ที่ <http://www.princemahidolaward.org>

รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เป็นรางวัลที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้งขึ้นเพื่อถวายเป็นพระราชนุสรณ์

แต่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ ต่อวงการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การเภสัชกรรม ทันตศึกษา การประมง กองทัพเรือ และการศึกษาของประเทศ เป็นคุณูปการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการแพทย์ ของประเทศไทย

มูลนิธिर่างวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้รับพระบรมราชานุญาตให้ จัดตั้งขึ้น เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2534 ด้วยภารกิจเริ่มของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในวโรกาสเฉลิมฉลองวันคล้ายวันพระราชสมภพ ในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ครบ 100 ปี ในวันที่ 1 มกราคม 2535 เพื่อดำเนิน การมอบรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ถวายเป็นพระราชอนุสรณ์ และเพื่อเผยแพร่พระราช เกียรติคุณ แห่งสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “องค์บิดาแห่ง การแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย” เมื่อแรกตั้งใช้ชื่อมูลนิธิตัวว่า “มูลนิธिर่างวัล มหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์” และได้เปลี่ยนแปลงเป็น “มูลนิธिर่างวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ใน พระบรมราชูปถัมภ์” เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2540 รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล มีการให้รางวัล เป็นประจำทุกปีๆ ละ 2 รางวัล คือ

1. รางวัลทางการแพทย์ มอบให้แก่บุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงาน และ/หรือ วิจัยดีเด่น ด้านการแพทย์ อันก่อประโยชน์แก่มนุษยชาติ
2. รางวัลทางสาธารณสุข มอบให้แก่บุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานดีเด่นทางด้าน สาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่สุขภาพอนามัยของมนุษยชาติ

โดยในปี 2552 มีผู้ได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล 3 ท่าน โดย 2 ใน 3 เป็นคนไทย คือ นาย มีชัย วีระไวทยะ และ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร โดยทั้งสองท่านได้รับรางวัลสาขา สาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2552

นายมีชัย วีระไวทยะ เป็นผู้ก่อตั้งสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ซึ่งต่อมา ได้พัฒนา เป็น “สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน” (Population and Community Development Association เรียกย่อๆ ว่า PDA) ให้ความรู้เรื่องการวางแผน ครอบครัวแก่หญิงชนบท สนับสนุนการคุมกำเนิดขึ้นพื้นฐานด้วยการใช้ถุงยางอนามัย โดย วรรณคดีสื่อสารที่เป็นเอกลักษณ์จนทำให้การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่สิ่งลึกลับ น่าอับอาย หรือ เป็นสิ่งต้องห้าม แต่สามารถกล่าวถึงและใช้งานเป็นของธรรมดาอย่างแพร่หลาย จนกระทั่งชื่อ “มีชัย” เป็นที่รู้จักว่าหมายถึงถุงยางอนามัย ผลงานของ นายมีชัย วีระไวทยะ ได้กระตุ้นให้

รัฐบาลและสังคมทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีส่วนช่วยควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเมื่อโรคเอดส์ระบาดในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ.2523 - 2533 นายมีชัย วีระไวทยะ ได้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิธีการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ในระดับชาติ และการรณรงค์ป้องกันที่มีส่วนสำคัญๆ หลายเรื่อง รวมถึงการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโครงการถุงยางอนามัย 100% เป็นตัวอย่างความสำเร็จของประเทศไทยในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในเวทีระดับโลก ผลงานการเผยแพร่การใช้ถุงยางอนามัยของนายมีชัย วีระไวทยะ จึงเป็นต้นทางการก่อประโยชน์แก่สุขภาพอนามัยของมวลมนุษยชนับหลายร้อยล้านคนทั่วโลก

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ขณะรับราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 4 จังหวัดราชบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2532 ได้ริเริ่มโครงการถุงยางอนามัย 100% ขึ้นในจังหวัดราชบุรี โดยการสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นของการป้องกันโรคเอดส์แก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายแพชญาณิษฐ์และหญิงบริการ จนสามารถส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบผูกขาด ให้หญิงบริการทั้งจังหวัดปฏิเสธลูกค้าที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย (No Condom – No Sex) ส่งผลให้การติดเชื้อเอดส์ในหญิงบริการลดลงอย่างมาก และสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในสังคมได้ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร จึงได้ดำเนินการแพร่ขยายโครงการถุงยางอนามัย 100% ไปยังจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ส่งผลให้การมีผู้ป่วยเอดส์ใหม่ลดลงจาก 400,000 ราย ในปี พ.ศ. 2534 เหลือน้อยกว่า 14,000 รายในปี พ.ศ.2544 นอกจากนี้ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ยังได้นำโครงการถุงยางอนามัย 100% ไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศได้แก่ ประเทศกัมพูชา, พม่า, จีน, มองโกเลีย, ฟิลิปปินส์, เวียดนาม และลาว ซึ่งก็ปรากฏผลสำเร็จด้วยดีเช่นกัน องค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรอนามัยโลก ธนาคารโลก, UNAIDS, USAIDS ให้การยอมรับว่าโครงการถุงยางอนามัย 100% เป็นวิธีการป้องกันโรคเอดส์ที่ประสบความสำเร็จสูงมาก อีกทั้งเป็นตัวอย่างความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกด้วย

## คุณหมอผู้เปลี่ยนโลก

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศมองโกเลีย

งานใดก็ตามหากผู้ริเริ่มงานได้วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอย่างต่อแท้ และใช้ปัญญาในการขับเคลื่อนโครงการรูปแบบต่างๆ ก็ย่อมมีโอกาสทำงานได้สำเร็จ แม้ว่าจะงานนั้นจะยากลำบาก เป็นบทพิสูจน์ให้เห็นถึงความสำเร็จของ โครงการถุงยางอนามัย 100% ใน

ประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในสิบเจ็ดโครงการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่ในหนังสือเรื่อง Millions served หรือการช่วยชีวิตคนนับล้าน โดยองค์กร Center for global development ของสหรัฐอเมริกา ที่ได้ให้การยอมรับในความสำเร็จของประเทศไทยในงานป้องกันเอ็ดส์ตั้งแต่ปี พศ. 2547 โดยมีนายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร เป็นผู้อยู่เบื้องหลังความพยายามในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ซึ่งใครต่อใครคิดว่าทำไม่ได้

แต่ด้วยความมุ่งมั่น พยายามผลักดันอย่างเป็นขั้นเป็นตอนในการสร้างการยอมรับ และผลักดันโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในระดับกว้างจนประสบความสำเร็จเป็นโครงการระดับชาติ สามารถป้องกันคนไทยหลายล้านคนจากโรคเอดส์ และยังสามารถหาวิธีการผลักดันโครงการในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่มีระบุในตำราทางการแพทย์และสาธารณสุขใดๆ ซึ่งกลายเป็นกลยุทธ์ต่างๆ ในการกำหนดนโยบายและดำเนินโครงการถุงยางอนามัย 100% เป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมงานราชการในสาขาต่างๆ ที่ทำให้ประเทศอื่นอีก 7 ประเทศ รับเอาแนวคิดไปจัดทำเป็นมาตรการควบคุมโรคเอดส์ของประเทศนั้นๆ

## เส้นทางเกียรติยศสู่รางวัลเจ้าฟ้ามหิตล

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

เส้นทางสู่รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล ประกอบด้วย

1. การสร้างผลงานดีเด่นทางการแพทย์หรือสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติตามเจตนารมณ์ของมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล ผลงานที่ได้ควรจะมีบันทึกรายงานหรือการประเมินผลอย่างชัดเจน เผยแพร่สู่สาธารณชน
2. การเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับในระดับชาติและระดับนานาชาติ
3. การจัดให้มีบุคคล คณะบุคคล หรือองค์การ เสนอชื่อไปยังเลขาธิการมูลนิธิ ตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ ซึ่งหาได้จากเว็บไซต์ของมูลนิธิ



รศ.นพ.นิเวศน์ นันทจิต

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ.นพ.สงวนสิน รัตน์เลิศ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### ความยืดหยุ่นและยั่งยืนในองค์กรที่ซับซ้อน : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว สถาปนาขึ้นตั้งแต่วันที่ 26 เมษายน 2431 จึงเป็น โรงเรียนแพทย์แห่งแรก และมีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศ และด้วยพระมหากรุณาธิคุณของ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยอดยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ทรงพัฒนายกระดับมาตรฐาน วิชาการทางการแพทย์สู่ความเป็นสากล โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของมหาวิทยาลัยมหิดล มีพันธกิจหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเรียนการสอน การวิจัย การบริการสุขภาพ/ วิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากล สามารถทำคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสภาวะการณ์ของสังคม สามารถพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้าและ ทันสมัยอยู่เสมอ มีคุณธรรม จริยธรรม รับผิดชอบต่อสังคม ถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นที่ตั้ง และปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์โดยยึดหลัก อตฺ ตานํ อุปมํ เกร

2. วิจัยและพัฒนาความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิง วิชาการสุขภาพ และเชิงพาณิชย์

3. ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสากลแก่ ประชาชนทุกระดับ มีบุคลากร 13,026 คน ประกอบด้วย บุคลากรสายวิชาชีพและสาย สนับสนุน ด้านการบริการสุขภาพมีการดำเนินการผ่านทางโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีจำนวน 2,198 เตียง หน่วยบริการผู้ป่วยนอก 61 หน่วยตรวจ หอผู้ป่วย 111 แห่ง ห้องผ่าตัด 72 ห้อง จำนวนผู้ป่วยนอกประมาณ 2,500,000 - 3,000,000 ราย/ ปี ผู้ป่วยในประมาณ 80,000 ราย/ ปี และประมาณร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมดปฏิบัติงานในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย

4. ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและคุณธรรมจริยธรรม โดยมีชุมชนมพุทธธรรม คลินิก เจริญสติ ในการสนับสนุนให้บุคลากรมีการประพฤติปฏิบัติที่ดีและชอบ

ประกอบกับคณะฯ จะต้องมีการกำหนดและดำเนินการให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และวิสัยทัศน์ของมหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งความต้องการของสังคม และให้มีความเชื่อมโยงระหว่างพันธกิจ มีการประสานความเชี่ยวชาญที่หลากหลายของบุคลากร ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย/ นักศึกษา/ ผู้ฝึกอบรม) และสังคม

จึงนับว่าคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีความซับซ้อนในองค์กร ขณะเดียวกัน คณะฯ เห็นความสำคัญของบุคลากรซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดขององค์กร ให้เกิดความภาคภูมิใจในงานที่ทำและมีคุณค่าในการทำงาน มีความผูกพันในองค์กร เกิดแรงขับเคลื่อนให้คณะฯ เกิดการเจริญเติบโตอย่างยั่งยืน และพร้อมรับการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก ดังนั้นการบริหารจัดการของคณะฯ ต้องมีความยืดหยุ่น แต่ไม่หย่อนยาน โดยมีการรอบคอบความคิด ในการดำเนินการพอสรุปได้ดังนี้

คณะฯ มุ่งเน้นการบริหารจัดการเชิงระบบที่เห็นคุณค่าในการพัฒนาคน เพื่อพัฒนาระบบ และองค์กร โดยใช้ข้อมูลและความรู้เป็นพื้นฐาน เน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ และส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้ อย่างสอดคล้องทุกหน่วยงาน ทุกพันธกิจของคณะฯ ด้วยวงจรความรู้คือ การสร้างความรู้ (พันธกิจด้านวิจัย) การใช้ความรู้ (พันธกิจด้านบริการ) และการแบ่งปันความรู้ (พันธกิจด้านการเรียนการสอน) และใช้ SIRIRAJ culture ขับเคลื่อนได้แก่

S = Seniority หมายถึง ความเป็นพี่เป็นน้อง เป็นทีม มีการสร้างบรรยากาศให้เกิดความมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน และองค์กร

I = Integrity ความซื่อสัตย์ โปร่งใส และเป็นธรรมกับทุกฝ่าย มีการใช้ข้อมูลจริงในการทำงาน ส่งเสริมให้มีกระบวนการประเมินผลที่เหมาะสมโดยเริ่มจากวิเคราะห์ตนเอง / หน่วยงานทุกระดับ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน

R = Responsibility ความรับผิดชอบต่องาน ตนเอง ผู้รับบริการ องค์กร และสังคม ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ความรู้ในการทำงาน มีการประยุกต์ใช้มาตรฐานที่สำคัญและจำเป็นในการทำงานทุกระดับ ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน/ ภาควิชา และคณะฯ มีการกำหนดเป้าหมาย แนวทางในการทำงาน และผู้รับผิดชอบ โดยมุ่งผลลัพธ์

I = Innovation ส่งเสริมการพัฒนาต่อเนื่อง สร้างนวัตกรรม และงานวิจัยในการทำงาน

## ประจำ

R = Respect เชิดชูให้เกียรติซึ่งกันและกัน เห็นคุณค่าคนทุกระดับ เป็นเหตุเป็นผล

A = Altruism เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการทำประโยชน์แก่  
คณะฯ และสังคม สนับสนุนในการเข้าร่วมกับองค์กร/ สถาบันภายนอกอันเป็นประโยชน์ต่อ  
วิชาชีพ คณะฯ และสังคม

J = Journey to excellence and sustainability ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคน  
เพื่อให้บุคลากรทันโลก ทันเหตุการณ์ เกิดบรรยากาศของความอยากคิด อยากทำ และคิดเป็น  
ทำเป็น เกิดการพัฒนาเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง มองอนาคต อย่างมีวิสัยทัศน์

SIRIRAJ Culture เหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องสื่อสารและปลูกฝังในบุคลากรทุกระดับให้มีการ  
ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เกิดความเป็นเราคือศิริราช ที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งสนับสนุน  
ให้คนคิดดี ทำดี ได้ดี โดยมีกิจกรรมในการสร้างขวัญกำลังใจ เชิดชูและยกย่องบุคลากรที่ทำดี  
เพื่อเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกัน โดยผู้บริหารทุกระดับต้องปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่าง  
สม่ำเสมอ มุ่งสู่ความยั่งยืนของคณะฯ



ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์      สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ร่างกายมนุษย์ ชุมชน สังคมและระบบนิเวศประกอบขึ้นด้วยส่วนย่อยมากมายเหลือคณานับ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างสลับซับซ้อน ในความซับซ้อนนี้ การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบย่อยๆ ส่งผลกระทบต่อระบบใหญ่อย่างยากจะคาดเดา เช่น การเกิดขึ้นของเซลล์มะเร็ง ความขัดแย้งในระบบสังคม วิกฤตการเงินโลก หรือความผันผวนทางนิเวศวิทยา ระบบใหญ่ที่ซับซ้อนประกอบขึ้นจากระบบซับซ้อนย่อยๆ ที่ถักทอเกี่ยวพันกันเหมือนรังนก การเปลี่ยนแปลงในระบบย่อยหนึ่งส่งผลไปสู่ระบบอื่นๆ อย่างยากที่จะกะเกณฑ์หรือคาดเดาได้ว่าผลจะเป็นอย่างไร ระบบสุขภาพก็เป็นระบบที่ซับซ้อน สัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบย่อยอื่นๆ อย่างเป็นปัจจัยการต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงกับ “ระบบชุมชน” ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญ ของการทำงานสุขภาพ การมองระบบสุขภาพแยกขาดจากชุมชนทำให้ระบบไม่สามารถปรับตัวรับมือกับปัญหาใหม่ๆ ที่ทวีความซับซ้อนได้ การบรรยายเรื่อง “สูงสุดคืนสู่สามัญ” นี้จะนำเสนอวิธีคิดเรื่องระบบซับซ้อนเพื่อเทียบเคียงกับวิธีคิดในกระบวนทัศน์เดิมที่มองระบบแบบเครื่องจักรกลที่ต้องใช้การควบคุมบังคับด้วยกฎเกณฑ์ตายตัว ซึ่งยิ่งทำให้ระบบปรับตัวได้ยากขึ้นและลดทอนศักยภาพขององค์กร การมอง “ระบบสุขภาพ” ที่เชื่อมโยงกับ “ระบบชุมชน” ผ่านวิธีคิดระบบซับซ้อนจะทำให้เราเห็น “แบบแผน” และกำหนด “หลักสามัญ” ง่ายๆ ที่จะทำให้ระบบปรับตัวได้ โดยที่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ไม่สามารถบังคับให้เกิดได้ด้วยอำนาจเบ็ดเสร็จแบบรวมศูนย์ที่เราคุ้นเคยในระบบการจัดการแบบกลไก การบรรยายนี้ยังจะแนะนำเครื่องมือการทำงานชุมชนง่ายๆ (เครื่องมือวิถีชุมชน 7 ชิ้น) เพื่อการทำงานสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่ทำได้หัวใจสะท้อนกลับระหว่างระบบบริการสุขภาพกับระบบชุมชนในฐานะที่เป็นระบบซับซ้อนนั้นเป็นไปได้

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อุไร จเรประพาศ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

แนวคิดเรื่องการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน ได้รับการสรุปไว้ในเอกสารประกอบการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 11 โดยมองเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในลักษณะของความสมดุลระหว่างตัวเรากับสิ่งแวดล้อม / ทรัพยากร เศรษฐกิจ และสังคม และในลักษณะของการบริหารสู่การเป็นองค์กรที่ยั่งยืนซึ่งมีความรับผิดชอบต่อสังคม

ในเรื่องของความยืดหยุ่น สามารถใช้หลักคิดต่างๆ มาพิจารณาประยุกต์ใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยไม่ติดกรอบ เช่น หลักความเรียบง่าย หลักความหลากหลายของสถานการณ์ในระบบที่ซับซ้อน แนวคิดสั้น การพัฒนาที่เป็นจังหวะก้าว การประสานแนวคิดที่สลับต่าง การประสานเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย การวิจัยเชิงคุณภาพ และ เตา เป็นต้น

ขอเชิญมารับฟังเรื่องราวการพัฒนาระบบเก็บข้อมูลเพื่อประเมินครอบครัวและชุมชนที่ครอบคลุมมิติต่างๆ รอบด้าน และเจาะลึกเพียงพอที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรมที่เรียกว่า Family & Community Assessment Program (FAP) ซึ่งมีการพัฒนามาเป็นลำดับสู่ระดับที่สามารถกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยชุมชน

อ.อุไร จเรประพาศ จะมาเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในสถานอนามัยซึ่งต้องเก็บข้อมูลจำนวนมากแต่ไม่เคยได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล เมื่อไปเรียนการเขียนโปรแกรมจึงเกิดความคิดที่จะนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ ต่อมาได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่องผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินสุขภาพครอบครัวต่อประสิทธิภาพการทำงานของทีมสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และได้ลักษณะครอบครัวไทยที่พึงประสงค์ 9 ด้าน

เมื่อมาเป็นอาจารย์ที่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ต้องมีฐานการเรียนรู้ที่อยู่ในชุมชน ครูทำงานและให้นักศึกษาเข้ามาเรียนรู้จากการทำงานของคุณ มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานชุมชนโดยใช้ FAP เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล นำข้อมูลคืนให้ชุมชน สร้างกระบวนการเรียนรู้ นำมาสู่การเรียนรู้ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมต่างๆ กับปัญหาสุขภาพซึ่งพยาบาลและทีมสุขภาพต้องนำมาใช้อย่างลุ่มลึก มีการ mapping ข้อมูลเข้าใน Google Earth ว่าเกิดปัญหาอยู่ตรงไหน เราแก้ปัญหาถูกจุดหรือไม่ ดูลักษณะการกระจุกกระจาย

ข้อมูลเหล่านี้ได้รับการนำเสนอให้ชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนแก้ปัญหาของตนเอง เกิดโครงการต่างๆ ขึ้นมา

เพื่อให้ชุมชนสามารถอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยไม่ต้องพึ่งพาคณะภายนอก ได้มีการรับสมัครแกนนำ อสม. น้อย อสม. ผู้ใหญ่ มาสอนให้เก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล แล้วเอาไปทำประชาคมเป็นแผนบริการสุขภาพของชุมชน โดยถอยตัวเองออกมาเป็นผู้สังเกต

จากการถอดบทเรียน ได้ข้อสรุปว่ากระบวนการนี้มีการออกแบบกิจกรรมสร้างสุขภาวะจากปัญหาและความต้องการของชุมชน นำเสนอข้อมูลให้เวทีประชาคมเห็นทั้งสภาพปัญหาและทุนทางสังคม เอาทุนทางสังคมมาแก้ปัญหา จึงเกิดกิจกรรมมากมาย ใช้ระบบฐานข้อมูลเป็นตัวช่วยขับเคลื่อน

นับว่าเป็นตัวอย่างของการพัฒนาที่เชื่อมั่นได้ว่าจะนำไปสู่ความยั่งยืนของชุมชนในทุกๆ ด้าน มีความยืดหยุ่นที่ไม่ยึดติดอยู่กับความสำเร็จในแต่ละขณะ แต่มุ่งที่จะรับฟังและหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

รศ.นพ.ชัยชน โลว์เจริญกุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรณีศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารท่านหนึ่งมาขอคำปรึกษา หลังจากที่ท่านทำงานเพื่อส่วนรวมขึ้นใหญ่ขึ้นหนึ่งประสบความสำเร็จอย่างงดงามและกำลังภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง กลับได้รับคำตำหนิจากผู้ใหญ่ และถูกฟ้องร้องบิดเบือนไปยังผู้บังคับบัญชาเบื้องสูง เป็นนัยว่าท่านทำงานเกินหน้า ทำให้ความทุกข์ร้อนมาดบังความสุขใจ รวากับถูกสายฟ้าฟาด

เนื่องจากท่านรักการศึกษาและนิยมวรรณศิลป์ กลอนต่อไปนี้จึงถ่ายทอดสิ่งที่ข้าพเจ้าบอกแก่ท่าน ด้วยความเข้าใจถึงความรู้สึกของคนตั้งใจทำงาน ยามถูกริชยาว่าร้าย อันเป็นธรรมชาติของคลื่นลมชายฝั่งที่บางครั้งกระแทกแรงจนเรือโคลง ก่อนที่พระธรรมจะประคองนาวาชีวิตให้ตัดฝ่าไอหิมะออกไปสู่ทะเลเรียบ ที่คอยคืนความสงบและบ่มเพาะกำลังใจในการทำงาน หากบทกลอนที่ข้าพเจ้ามีโอกาสถ่ายทอดข้อคิดเป็นเครื่องเตือนใจท่านผู้นั้น จะเป็นประโยชน์แก่คนทำงานที่เผชิญปัญหาในทำนองเดียวกัน ข้าพเจ้าก็ขอร่วมแบ่งปัน

### ไร้อัตน

อันความสุขสมหวังยังไม่เที่ยง  
เหมือนไม่ดูด้านทั้งสองของเหรียญตรา  
จะทำการงานใหญ่ใจแน่นหนัก  
ย่อมมีมารพาลประดังเรื่องทั้งปวง  
หากงานเล็กฤตต้องใส่ใจเพียรกล้า  
บททดสอบใจเสริมเพิ่มขึ้นยศ  
ตั้งสติทำใจให้หยุดนิ่ง  
อกุศลคนอื่นไซ้ไรไม่พาทิ  
เราตรงตริกนี้ก็พูดทำกรรมดีแล้ว  
คุณประโยชน์เพื่อส่วนรวมร่วมน้อมนำ  
เรื่องคนอื่นใครจะขึ้นฝืนบังคับ  
คนชื่นชอบซึ่งซึ่งเราเคล้าคละไป

อย่าหวังเพียงด้านเดียวที่เขวเสาะหา  
คนไขว่คว้าเอาแต่สุขจึงทุกข์ทรวง  
ยิ่งใจรักทำกุศลผลใหญ่หลวง  
คอยมาหวังเหนี่ยวใจให้รั้นทด  
งานยิ่งใหญ่สิ่งทวายทำยิ่งปรากฏ  
แต่ละบทย่อมเหนื่อยหนักหนักทวิ  
สละทิ้งสิ่งเศร้าหมองตรองถ้วนถี่  
เพียงยินดีสิ่งกุศลที่ตนทำ  
ยลผลงานเพชรแพรวพาชื่นฉ่ำ  
จักดลใจให้คนทำเป็นสุขใจ  
ให้ยอมรับเราทั้งมวลหาควรไม่  
โลกใบใหญ่คุณดีมีน้อยนิด

คนส่วนมากอยากมาร่วมรับคำสรรเสริญ  
ลืมนึกถึงว่าพยาน้อยใจในความคิด  
อย่าปรารถนาเรื่องหมั่นไส้ริษยา  
แม้องค์พระยังตัดสินินทาไป  
เรื่องมูสาพาเสียหายนทำลายชื่อ  
พูดกลับชาวเป็นดำนารำคาญ  
ให้พินิจคิดเห็นเป็นคราวเคราะห์  
คงเป็นเวรกรรมเก่าเราเคยทำ  
แล้วตั้งจิตอธิษฐานกาลข้างหน้า  
สิ่งทีแล้วให้คลาดแคล้วแล้วกันไป  
ใครพูดทำตามใจเขาเราไม่ว่า  
เขาตบมือข้างเดียวไปไร้มือเรา  
คนเกิดมาต่างกรรมต่างนำหนูน  
ใครทำมามากน้อยคอยรับไป  
เพียงแต่เราตั้งจิตคิดกุศล  
ไม่ทุกข์ท้อเสียเวลาค่าอันันต์  
ไม่ขอเกิดมาเวียนว่ายเบื้อหน่ายแล้ว  
สิ่งทั้งปวงอนัตตามาทุกยุค  
ลมหายใจที่ยังมีทำติดต่อ  
ทั้งขันตวิริยะสละกาย  
อันลาภยศเกียรติคุณคำสรรเสริญ  
ขออุทิศบูชาคุณหนุนแนบเนา  
อีกพ่อแม่เทวาครูอาจารย์  
เหล่าเจ้ากรรมส่ำสัตว์ภพใดใด  
เหนือกว่าการเมตตาสัตว์ทั้งหลาย  
มีสัมมาทิฐิตศิครอง

แต่ความอยากที่มากเกินไปหลงผิด  
เปลี่ยนดวงจิตเป็นโกรธองร้อนเป็นไฟ  
เป็นเรื่องแสนธรรมดาคนว่าใส่  
เราเป็นใครฤจะพันคำคนพาล  
ปล่อยข่าวลืออื้อฉาวให้ร้ายฉาน  
ความไม่รู้ของหมู่มารจึงหาญทำ  
มาเหมาะเจาะคนใส่ร้ายได้ใจหน้า  
ขอชดใช้เวรกรรมให้หมดไป  
อย่ากำเนิดเกิดมาพบกันใหม่  
เราอภัยปล่อยวางใจบางเบา  
สงบกายวาจาให้ว่างเปล่า  
เหมือนหนึ่งเอาโคลนสาดอากาศไซ้  
จะแข่งบุญวาสนาหาได้ไม่  
ใครไม่ทำฤจะไ้ผลเทียมกัน  
อุทิศตนทำจริงสิ่งสร้างสรรค์  
เพื่อมุ่งมั่นสู่ความว่างทางพ้นทุกข์  
หมายนิพพานผ่องแผ้วบรมสุข  
หมายสิ้นทุกข์หมดสมมุติชาติสุดท้าย  
เพื่อเพียรก่อนบารมีสู่ที่หมาย  
เอาความตายเป็นสติมีมัวเมา  
บุญกุศลความเจริญหากมีเข้า  
พระไตรรัตน์และล้นเกล้าของชาวไทย  
บรรดามีตร่วมงานการน้อยใหญ่  
จงสิ้นไร้กรรมเวรเป็นสุขปอง  
คือเมตตาตนเองหมายใจผุดผ่อง  
เครื่องเศร้าหมอง...ดับจากใจ...ไร้ตัวตน



दनัย जันतरुजाआय

สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี

ศ.นพ.นิตินิ มหานนท์

โรงพยาบาลปิยะเวท

## White Ocean Strategy : กลยุทธ์นำหน้าสีขาว

दनัย जันतरुजाआय

สำนักพิมพ์ดีเอ็มจี

กลยุทธ์นำหน้าสีขาว คือ พื้นฐานในการบริหารองค์กรแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมตั้งแต่วิสัยทัศน์ นโยบาย พันธกิจ กลยุทธ์การดำเนินงาน ไปจนถึงแนวทางในการปฏิบัติทุกภาคส่วนขององค์กร ตั้งแต่การบริหารงานบุคคล การตลาดและการขาย การปฏิบัติการ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ บนแนวความคิดหลัก 7 ประการ ได้แก่

1. การเกิดขึ้นขององค์กรเป็นไปเพื่อสร้างผลเชิงบวกต่อสังคมโดยรวม (Net Positive Impact on Society) เริ่มจากการออกแบบองค์กร การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย ทั้งเบื้องต้น ท่ามกลาง และบั้นปลาย โดยผสมผสานความรู้ ความเชี่ยวชาญ การบริหารจัดการและทรัพยากรทั้งฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ เป็นการดำเนินธุรกิจที่สร้างสรรค์สังคมโดยรวมให้มีความเป็นอยู่ดีขึ้น

2. ตั้งเป้าหมายระยะยาวและมองภาพใหญ่ระดับมหภาค (Long-term Goal, Macro View) โดยการมองให้กว้าง คิดให้ไกล ใฝ่ให้สูง แทนที่จะเป็นการมองการณ์ระยะสั้นและในระดับจุลภาค คิดถึงแต่ประโยชน์ส่วนตัวและพวกพ้อง แต่ปรับวิธีการมองให้ไกล เป็นการวางแผนไปในสิบปีข้างหน้า มองภาพใหญ่และภาพรวมของทั้งธุรกิจ อุตสาหกรรม โดยรวม สังคม ประเทศชาติ หรือแม้กระทั่งมวลมนุษยชาติ ในการปรับเปลี่ยนสร้างสรรค์สังคมให้เดินไปในทางใดทางหนึ่ง โดยการใช้รูปแบบธุรกิจเพื่อสังคมเป็นตัวขับเคลื่อน

3. แสวงหาจุดสมดุลระหว่าง **People, Planet, Profit** และ **Passion** คือ มองภาพกว้างของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย **People** ซึ่งครอบคลุมไม่เฉพาะพนักงาน ลูกค้าและผู้ถือหุ้น แต่ขยายรวมถึงสังคมโดยรวม **Planet** มองภาพใหญ่ของสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นของทุกคน เป็นของส่วนรวม ไม่มองเฉพาะทรัพยากรภายในองค์กร และ **Profit** มุ่งเน้นกำไรของสังคมและชุมชนเป็นหลักก่อนมองผลกำไรขององค์กรและตนเอง ท้ายสุด คือ **Passion** ความเชื่อมั่นศรัทธาที่เปี่ยมด้วยพลังจากภายในที่จะขับเคลื่อน Triple Bottom Lines – People, Planet, Profit ให้บรรลุผลเป็นรูปธรรม และก้าวข้ามอุปสรรคปัญหาต่างๆ ไปได้

4. ยินบหนักการของโลกอันอุดมสมบูรณ์ (The World of Abundance) มองว่าโลกและองค์ความรู้เป็นทรัพยากรส่วนรวม ควรแบ่งปัน ช่วยกันรักษา แทนหลักการเดิมๆ ที่มองโลกด้วยความคิดอันคับแคบ แข่งขัน กีดกัน แย่งชิงเป็นเจ้าของ ดังเช่นแนวความคิดแบบการตลาดสีแดง (Red Ocean) เน้นเรื่องการแย่งส่วนแบ่งการตลาด แย่งลูกค้า ตัดราคา หรือในแนวคิดน่าน้ำสีครามที่กันคู่แข่งไม่ให้เข้าตลาดได้โดยง่าย แต่ด้วยหลักการของโลกอันอุดมสมบูรณ์จะมองว่า ยังมีที่ว่างเสมอสำหรับทุกคนที่จะเข้ามาร่วมกันทำธุรกิจ ทำความดี และสร้างประโยชน์ให้เกิดขึ้น และที่สำคัญ เราเป็นเพียงส่วนย่อยของโลกและจักรวาล ควรเน้นการทำงานแบบร่วมมือและสร้างสรรค์ แม้กระทั่งกับคู่แข่งในธุรกิจเดียวกัน (Co-petition)

5. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณธรรม ความเป็นจริง และความเป็นเนื้อแท้ (Integrity) แทนการมุ่งเน้นการสร้างความต้องการเทียม (False Demand) การสร้างภาพมายาที่ฉาบฉวย จากความสามารถด้านการตลาดแบบมิฉฉาปฏิวัติแบบทั่วไป ก้าวเข้าสู่การทำการตลาดแบบ **สัมมามารีเกิดตั้ง** จึงเป็นแนวทางหลักของการปลูกฝังวัฒนธรรมภายในองค์กรที่โดดเด่นชัดเจนในเรื่องการรักษาสัจจะ ยึดมั่นบนความถูกต้อง สร้างความกล้าหาญทางจริยธรรม ความมีระเบียบวินัย เคารพในตนเองและกฎแห่งศีลธรรม ความเป็นเนื้อแท้ ขยายผลจากภายในออกสู่ภายนอก ก่อให้เกิดพลังในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ย้ายจุดศูนย์กลางจาก **เจ้านาย (Boss)** มาอยู่ที่พฤติกรรมต้นแบบโดยมี **มโนธรรม** เป็นศูนย์กลาง (Conscience) ไม่คำนึงถึงตำแหน่งและสถานภาพทางสังคม แต่มุ่งทะลุถึงความเป็นตัวตน ความเป็นเนื้อแท้ เป็นองค์กรที่มีความหลากหลายทางความคิดและยอมรับในความแตกต่าง มีพลวัตในการพัฒนาตนเองโดยปราศจากพันธนาการแห่งแรงกดดันจากภายนอกและกระแสสังคม ยอมรับความจริงของธรรมชาติที่ผันแปร ไม่เที่ยง และบังคับบัญชาไม่ได้ (Change, Impermanent and Non-Self)

6. เป็นองค์กรที่ระเบิดจากข้างใน และมีดีเอ็นเอของ **Individual Social Responsibility (ISR)** เมื่อพนักงานในองค์กรมีจิตสำนึกในการรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม เป็นพนักงานสายพันธุ์ใหม่ที่เป็นมืออาชีพพร้อมหัวใจอาสา ไม่รับผิดชอบเพียงผลงานเฉพาะตน แต่มีใจยื่นมือช่วยเหลือสังคมด้วยความบริสุทธิ์ ไม่หวังผลตอบแทนอื่นใด นอกจากดอกไม้แห่งความสุขและอิมเมจที่เบิกบานอยู่ในใจ จึงส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างยั่งยืน (Sustainable Social Responsibility: SSR)

7. เป็นผู้สร้างบรรทัดฐานใหม่ให้เกิดขึ้นในวงการ (Set the Benchmark) โดยธรรมชาติ ผู้นำที่ยืนอยู่บนแนวความคิดน่าน้ำสีขาวย จะใช้พลังของสมอชิงขวานในการมองภาพกว้าง คิดนอกกรอบ ใช้สามัญสำนึกและความรู้สึกเป็นเข็มทิศนำทาง มีความกล้าในการ

นำเสนอไอเดียและสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้เกิดขึ้นในวงการ จึงเป็นผู้นำทางความคิด (Thought Leader) ที่ก้าวพ้นจากพันธนาการเดิม เป็นผู้กำหนดกระแสแห่งความเปลี่ยนแปลง ทำให้องค์กรต่างๆ ทั้งในธุรกิจเดียวกันและต่างธุรกิจหันมาเดินตามเสมอ จึงเป็นอีกหนึ่งคุณลักษณะที่สำคัญในการกล้าทวนกระแส ฉีกกฎจารีตประเพณีที่ปฏิบัติกันมาเดิมๆ

## ธรรมะ กับ การแพทย์และโรงพยาบาล

ศ.นพ.นิธิ มหานนท์

บริษัทที่มีอายุยืนยาวที่สุดแห่งหนึ่ง คือ “พุทธบริษัท” พุทธบริษัทนี้ มีทั้งช่วงที่เจริญรุ่งเรือง มีช่วงที่ตกต่ำลงบ้าง แต่ก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แยกออกเป็นสาขาต่างๆ กันออกไป ยืดหยุ่นด้วยเงื่อนไข เวลา สังคมและสภาพแวดล้อมตามเหตุตามผลที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ ไม่ว่าจะเป็นเถรวาทดั้งเดิม มหายาน หรือวัชรยาน ถึงแม้จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป แต่หลักใหญ่ๆ จะตรงกัน คือ ความเป็น “พุทธ”

ธรรมะ แท้จริงเป็นเรื่องของธรรมชาติ “เรา” ทั้งแพทย์และโรงพยาบาลก็เป็นหน่วยหนึ่งของธรรมชาติ การที่จะทำให้การแพทย์และบริหารโรงพยาบาลให้มีการพัฒนาที่ยั่งยืนได้นั้น ก็อาศัยข้อธรรมหลักๆ ในพุทธศาสนาเพียงไม่กี่ข้อ เริ่มต้นด้วย ทาน ศีล ภาวนา จนถึงหลักธรรมแห่งความสำเร็จ คือ อิทธิบาท 4 ถึงการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข คือ พรหมวิหาร 4 ทั้งอยู่ร่วมกันในองค์กรอย่างมีความสุข และอยู่ร่วมกับธรรมชาติ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างมีความสุขร่วมกัน

พุทธบริษัท อยู่มาอย่างยาวนานเพราะมีหลักการที่มั่นคง คือ การหลุดพ้นจากสังสารวัฏหรือทุกข์ โดยไม่ยึดถือตัวบุคคล แต่ยึดที่หลักการ แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีกฎ มีระเบียบ ที่ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงได้ตาม เวลา เหตุ และปัจจัย

โรงพยาบาลในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ หรือมาตรฐานการให้บริการ ทุกข์ก็คือตัวปัญหา ดังนั้น การแก้ไขปัญหิต่างๆ เพื่อให้ได้ผลไปในทางที่ดีขึ้น (การพัฒนา) นั้น ก็ต้องเริ่มด้วยการรู้จักทุกข์ คือ รู้ปัญหาเสียก่อน ดังเช่นที่พระพุทธานุเจ้าท่านทรงสอนเรื่องทุกข์ ให้รู้จักทุกข์ ก่อนที่จะไปถึงสาเหตุของทุกข์ (สมุทัย) และความพ้นทุกข์ (นิโรธ) และแนวทางที่จะดำเนินไปถึงการหมดทุกข์ และเกิดปัญหา

ในระบบโรงพยาบาลและแพทย์ คนส่วนใหญ่กลัวทุกข์ จึงหนีทุกข์ ไม่พยายามหา (identify) ปัญหา จึงไม่สามารถถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหิตได้จริงๆ และเกิดปัญหาเดิมๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังนั้น ถ้าจะทำให้เกิดการพัฒนาย่างยั่งยืนนั้น เราต้องทำองค์กรและสอนคนในองค์กรให้รู้จักปัญหา ไม่หนีปัญหา ไม่เลี่ยงปัญหา และให้รู้ว่าตัวปัญหานั้น คือ ทุกข์ แต่

การรู้จักปัญหานั้นไม่ใช่ทุกข์แต่กลับจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เขาและองค์กรพ้นทุกข์และหมดจากปัญหานั้นๆ

ต้องทำความเข้าใจให้เกิดขึ้นให้ได้ว่า การรู้จักหรือพบปัญหาไม่ใช่ความผิด ไม่ใช่ความชั่ว แต่ตรงกันข้ามเป็นความดีที่จะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องขององค์กร

การที่จะทำให้เกิดเช่นนี้ได้ ต้องมีผู้นำที่เข้าใจและปฏิบัติเป็นตัวอย่าง ที่ยึดมั่นในหลักการดีซึ่งหลักการของแพทย์และโรงพยาบาลย่อมมีหลักการเดียวกันและเหมือนกัน คือ การทำให้ผู้ป่วยนั้นพ้นทุกข์จากการป่วย พุดอย่างสั้นๆ ย่อๆ คือ การทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์มีความสำคัญสูงสุด ซึ่งต้องมาก่อนสิ่งอื่นใด ก่อนมาตรฐานใดๆ ก่อนรายได้ ก่อนค่าแพทย์ ก่อนเวลาที่สี่

นอกจากนี้ การบริหารโดยผู้นำจะต้องมีความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ ไม่มีสองมาตรฐาน แต่อาจมีหลายมาตรฐานที่อธิบายได้โดยหลักการที่ทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ที่มีหลายมาตรฐานได้ก็เพราะเรื่องเดียวกัน แต่ให้สถานการณ์ที่เหตุและปัจจัยแตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาก็อาจจะแตกต่างกันเพราะเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหานั้นๆ อาจจะไม่เหมือนกัน

โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ดร.นพ.สกล สิงหะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โกเมธ นาควรรณกิจ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

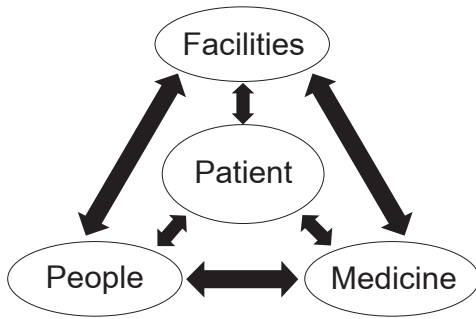
หากจะตั้งคำถามว่าสถานที่ที่ประชาชนทั่วไปไม่ยอมไปมากที่สุดคือที่ใด คำตอบคงหนีไม่พ้น โรงพัก และ โรงพยาบาล การที่ผู้คนไม่ยอมไปโรงพัก คงไม่ต้องอธิบายอะไรมาก เพราะเป็นที่รู้กันว่าไปโรงพักก็ต้องมีเรื่องมีความกัน ไปแจ้งความหรือถูกจับ อย่างเบาที่สุดก็ไปแจ้งกระเป่าเงินหายเพื่อนำหลักฐานแจ้งความไปขอทำบัตรใหม่ อะไรทำนองนั้น ก็เลยไม่มีใครอยากที่จะเกี่ยวข้องกับโรงพัก ส่วนโรงพยาบาลนั้น ในทัศนคติเดิม ๆ ของผู้คนทั่วไปที่จะต้องไปโรงพยาบาล ก็คงหนีไม่พ้นความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ โรคร้าย ฯลฯ หรือเรื่องดีหน่อยก็ไปคลอดลูก ส่วนที่เหลือก็คือผู้คนที่เป็นครอบครัว ญาติ เพื่อน ของผู้ป่วยที่แวะเวียนเข้าไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการให้บริการในสถานพยาบาลในแบบดั้งเดิมก็เป็นไปเพียงเพื่อการบำบัดรักษาเท่านั้น

การจัดสภาพแวดล้อมในสถานพยาบาลเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นเหมือนบ้าน และเพื่อการเยียวยานั้น จะต้องจัดให้ผู้ใช้สอยอาคารได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สบาย ผ่อนคลาย และมีบรรยากาศที่อบอุ่นคุ้นเคยเหมือนอยู่บ้านของตัวเอง ซึ่ง Jain Malkin สถาปนิกผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบสถานพยาบาลเคยกล่าวไว้ว่า “คุณภาพของสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเร่งหรือหน่วงเหนี่ยวการเยียวยาได้อย่างไม่ต้องสงสัย” “there is no doubt that **the quality of the environment can enhance or retard healing**” ดังนั้น การจัดการกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องพิจารณา

การเยียวยา (healing) หมายถึงการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม โดยการสร้างความกลมกลืนของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างจากคำว่า การบำบัด (therapy) ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่า การรักษา (curing) คือความพยายามแก้ไข (remediation) ปัญหาสุขภาพตามการวินิจฉัย (diagnosis) ดังนั้น การเยียวยาจึงมีมิติที่ลึกซึ้งกว่าการบำบัดรักษา และผลของการเยียวยาที่เห็นได้ชัดคือการลดความเครียดและผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

การจะทำให้โรงพยาบาลอบอุ่นเหมือนบ้านนั้น น่าจะมีอยู่วิธีเดียวคือ การเอาผู้คนและบรรยากาศของบ้านผู้ป่วยมาจำลองไว้ที่โรงพยาบาล ซึ่งหากจะจัดให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก็

เกิดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ดังนี้



- Patient: ผู้ป่วย
- Facilities: ข้าวของเครื่องใช้ เฟอร์นิเจอร์  
บรรยากาศรอบข้าง
- People: ผู้คนที่เกี่ยวข้อง ญาติ เพื่อน  
แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่
- Medicine: กระบวนการรักษา วิธีการและยา

งานวิจัยของ Samueli Institute มีการจำลองรูปแบบของปัจจัยที่มีผลกระทบจากสภาพแวดล้อมจากภายในจิตใจออกไปสู่ปัจจัยที่มีผลกระทบจากสภาพแวดล้อมจากภายนอก โดยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของมิติจิตใจที่หากถูกปรับสภาพแวดล้อมจากภายในจิตใจแล้ว การแสดงออกต่อผู้ป่วยที่มีความรัก ความเอื้อเฟื้อ เอื้ออาทรต่อกัน ก็จะดูเป็นธรรมชาติที่กระทำออกมาจากความรู้สึกส่วนลึกภายในใจ ซึ่งก็จะทำให้เกิดความอบอุ่นเหมือนผู้ป่วยได้พักอยู่ที่บ้านของตัวเอง ผู้ป่วยสามารถเลือก-กำหนด-ควบคุมกิจกรรมรอบตัวเองได้เหมือนอยู่ที่บ้านตัวเอง ญาติหรือเพื่อนสนิทก็สามารถมาเยี่ยมและพักค้ำกับผู้ป่วยได้ ความกังวล ความเครียดก็จะลดลง การฟื้นฟูจากสภาวะผู้ป่วยก็จะเร็วขึ้นด้วย

ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	นายกสภาการพยาบาล
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
ดร.ยุวดี เกตส์สัมพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### มาตรฐานการพยาบาล : ความมั่นคงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เป็นที่ยอมรับกันว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องการรักษพยาบาลเกือบทั้งหมดไปถึงตัวผู้ป่วย แทบจะกล่าวได้ว่า 90% ของการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดต้องผ่านพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค องค์การอนามัยโลก ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาคมโลก ได้ศึกษากิจกรรมการให้บริการพยาบาล พบว่าขอบเขตการทำหน้าที่ของพยาบาลมี 6 ด้าน คือ 1) การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ 2) การเฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการ 3) การจัดระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ 4) การช่วยเหลือและดูแลผู้รับบริการ 5) การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้ และ 6) การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย จากผลการศึกษาชี้ชัดว่าการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้พยาบาลให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพและรักษาคุณภาพไว้ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล สำหรับเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติให้เป็นทิศทางเดียวกัน รวมทั้งดูแลกำกับให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถธำรงรักษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ได้อย่างมั่นคง การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลและนำลงสู่การปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกัน 3 ส่วน คือองค์กรวิชาชีพ ผู้บริหารองค์กรพยาบาลและพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาล โดยองค์กรวิชาชีพทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เนื้อหาของมาตรฐานเน้นคุณภาพความปลอดภัยของผู้รับบริการ องค์ประกอบของมาตรฐานประกอบด้วยมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ สำหรับผู้บริหารองค์กรพยาบาล มีหน้าที่ในการนำมาตรฐานมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และดำเนินการติดตาม ควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน และส่วน

สุดท้ายคือพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาล ต้องมีความรับผิดชอบในการนำมาตรฐาน มาปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและ รักษาคุณภาพไว้ได้

## Nursing Standard Strengthen Patient Quality Care

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ศูนย์โรคดมช้ก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลควรจะดำเนินการพัฒนา ตามแนวคิดที่เหมาะสม เช่น ระยะก่อนการรับรองต้องจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าว กระโดด เมื่อได้รับการรับรองแล้วต้องจัดการอบรมการด้วยการปฏิบัติประจำวันทุกเวลา ทุกหน้าที่ เมื่อผ่านการรับรองจากสถาบันต่างๆ แล้วมักจะเกิด ภาวะหลงตน (complacency) ควรดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ด้วยการทำให้องค์กรมีความพร้อมต่อการ เปลี่ยนแปลง/พัฒนา, ติดตามสังเกตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอย่างสม่ำเสมอ, และ หาหลักยึดเกาะที่มีความหมายให้แก่ผู้คนในองค์กร (Mike Beer, 2003)

**การเตรียมความพร้อมต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน** การมีผู้นำที่ได้รับการยอมรับและมี ประสิทธิภาพ (ปลูกเร้าให้มีความคิดสร้างสรรค์/นวัตกรรม/กล้าเสี่ยง, ยอมรับนับถือตัวพนักงาน สม่ำเสมอ/ขจัดความกลัว, มอบหมายงานไว้วางใจ/ยืดหยุ่น/อภัยความล้มเหลว), พนักงานรู้สึกมีแรงจูงใจ ดำเนินการให้เกิดระบบ (ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพองค์กร, ให้โอกาส พนักงานให้ข้อมูลสิ่งที่ไม่พึงพอใจ/ปัญหาของเขา, จัดให้มีการเสวนาจากข้อมูล, กำหนด มาตรฐานให้ท้าทาย, ให้รางวัล) และองค์กรทำงานแบบร่วมมือกัน (บริหารแบบกระจายศูนย์ (decentralized) ตั้งทีมพัฒนาต่างๆ PI, CQI, QA, cross-functional team. (PCT/CLT))

**ติดตามปัจจัยภายนอก/ภายใน อย่างสม่ำเสมอ** การติดตามปัจจัยภายนอก (James Bright 1970) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีตาม evidence base/R2R, ศึกษาความเป็นไปได้ failure mode & effect analysis/research, สังเกตอย่างลึกซึ้ง (knowledge management) บริหาร/บริการ, รายงานข้อมูลให้ทันการ ส่วนการติดตามปัจจัยภายใน ได้แก่ การศึกษากระบวนการหลัก, self assessment, ทำ lean management, กิจกรรมทบทวน ต่างๆ, ทำ QA/CQI ด้วยเทคนิคต่างๆ

**จัดการสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความหมาย** รักษาความมีมาตรฐานคงที่ไว้, รักษาทีมงาน (เพื่อนร่วมงาน), รักษาค่านิยมหลัก (core values และเป้าหมายร่วม (core purpose) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คุณค่าของวิชาชีพโดยการปฏิบัติกรพยาบาลที่เน้น คุณค่าที่เกิดแก่ผู้รับบริการในการปฏิบัติงานประจำวัน ทุกครั้ง ทุกหน้าที่



พระครุชิต คุณวโร

วัดญาณเวศกวัน

การพัฒนาในยุคสมัยที่ผ่านมาเน้นด้านการพัฒนาทางด้านวัตถุเพื่อให้เกิดความมั่งคั่งทางด้านวัตถุ เศรษฐกิจ ความสะดวกสบาย ปลูกเร้าความต้องการของคนให้มากขึ้น และเกินเลยจากความต้องการพื้นฐาน ปลูกฝังทัศนคติและค่านิยมที่มุ่งไปในทางเสพบริโภค แสวงหาสิ่งบำรุงบำเรอเพื่อให้ตนเองมีความสุข เห็นแก่ได้ คำนึงถึงแต่ความพอใจไม่พอใจของตนเองและคนส่วนใหญ่เป็นหลัก โดยละเลยผลกระทบที่จะตามมา ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมากมายในปัจจุบัน ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม จิตใจ รวมถึงความคิด ทัศนคติ และค่านิยมของคน ทั้งนี้เพราะขาดความรู้ความเข้าใจธรรมชาติอย่างถ่องแท้ ทั้งในด้านวัตถุ สิ่งแวดล้อม สังคม จิตใจ และปัญญา ตั้งเป้าหมายของชีวิตไว้ผิด และไม่ได้คำนึงว่าสิ่งต่าง ๆ นั้นสัมพันธ์และส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอยู่ตลอดอย่างเป็นองค์รวม กลับกลายเป็นว่า ยิ่งพัฒนากลับยิ่งเสื่อม ยิ่งพัฒนามนุษย์กลับยิ่งเป็นทุกข์ และก่อปัญหา

ดังนั้นทุก ๆ คนในสังคมจึงควรตั้งคำถามและหันกลับมาพิจารณาว่าการพัฒนาอย่างไรที่เรากำลังดำเนินไปในปัจจุบันนี้เป็นการพัฒนาที่ถูกต้องแล้วหรือ เรากำลังใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จัดการศึกษา และสร้างค่านิยมในสังคมให้เดินทางไปสู่ความเสื่อมหรือความเจริญกันแน่ การพัฒนาที่ทำให้เกิดความเจริญ เกิดความสุขที่แท้จริงยั่งยืน รวมถึงเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของเรานั้นควรให้เป็นอย่างไร

พระพุทธเจ้าได้เล็งเห็นถึงปัญหาเหล่านี้มาแล้วตั้งแต่ 2,500 กว่าปีที่แล้ว จึงได้พยายามศึกษาความจริงความเป็นไปของธรรมชาติ ทั้งทางด้านวัตถุ สิ่งแวดล้อม จิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์เพื่อให้รู้เข้าใจเหตุปัจจัยของธรรมชาติ วิธีการพัฒนาและจัดสรรเหตุปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกให้มนุษย์สามารถพ้นจากความทุกข์และมีความสุขที่แท้จริง รวมถึงได้วางหลักในการพัฒนามนุษย์และสังคมเพื่อให้เกิดความสุข ความดีงาม มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ ทำให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างเกื้อกูลและสมดุล เป็นหลักในการอยู่ร่วมกันที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ถูกพัฒนาแล้วก็จะช่วยให้แต่ละคนในสังคมได้มีการพัฒนาศักยภาพและความสุขความดีงามของตนเองขึ้นมา หลักการพัฒนาที่อยู่บนความจริงของธรรมชาติ จึงเป็นจริงเสมอไม่ว่ายุคสมัยจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

หลักการดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่ว่ามนุษย์จะประเสริฐได้ก็ต่อเมื่อได้รับการฝึกและพัฒนา มิใช่เพียงแค่การได้เกิดมาเป็นมนุษย์แล้วจะประเสริฐเลย และมนุษย์ที่ได้รับการฝึกการพัฒนาแล้วจึงจะเป็นผู้ที่สามารถสร้างสรรค์ทำให้เกิดการพัฒนาสังคมและสิ่ง แวดล้อมได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน การพัฒนามนุษย์นั้นต้องพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมด้วยความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติและมนุษย์อย่างถ่องแท้ ไม่สุดโต่งไปที่ด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นการพัฒนาทุกๆ ด้านอย่างพอเหมาะพอดีตามกฎหมายของธรรมชาติ โดยเริ่มตั้งแต่พัฒนาแรงจูงใจทัศนคติ ความคิด ความต้องการ และเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ให้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงและความดีงามที่สอดคล้องกับความจริงของธรรมชาติ พัฒนาพฤติกรรมและความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกันในสังคมและสิ่งแวดล้อม ไม่ให้เบียดเบียนก่อความเดือดร้อนเสียหาย แต่ให้เป็นการอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลสร้างสรรค์และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาจิตใจ ให้มีคุณธรรมความดีงาม มีสมรรถภาพ มีศักยภาพในการมีความสุขได้โดยขึ้นอยู่กับวัตถุและสิ่งภายนอกให้น้อยลง

จิตใจที่ถูกพัฒนาแล้วนี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาปัญญา ความรู้ความเข้าใจธรรมชาติ ทำให้สามารถวางท่าทีต่อสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง จิตใจเป็นอิสระ ไม่ถูกกระทบกระทั่งจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน มีความสุขที่แท้จริงและไม่ขึ้นอยู่กับวัตถุภายนอก ไม่ถูกความชอบใจไม่ชอบใจบีบบังคับ ปิดกั้น ทำให้สามารถใช้ปัญญาและศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ได้อย่างเต็มที่ในการช่วยเหลือ สร้างสรรค์ และพัฒนาคนอื่น ๆ ในสังคมต่อไป ให้เป็นสังคมที่ใช้สิ่งต่างๆ อย่างพอเหมาะพอดี ด้วยความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบต่อส่วนรวม รู้คุณค่า ไม่ก่อให้เกิดปัญหา มีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างสรรค์พัฒนา จึงเป็นการพัฒนามนุษย์และสังคมอย่างยั่งยืนและนำไปสู่ความสุข ความเจริญที่แท้จริง

นพ.ภัทติ สิบนุกาณณ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
ภญ.ดาริน จิ่งพัฒน์าวดี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
อรอุมา เนตรผง	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
ขวัญใจ หุมอาจ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

“... ผมอยู่ชายแดน มันแสนเดียวดาย อำเภอด่านซ้าย ไกลลิบสุดตา  
มองไปทางไหน ใจเศร้า เห็นแต่ภูเขา ขอบฟ้า เสียงนกกากร้องก้องไพร...”

เสียงเพลงเก่าของสายัณห์ สัญญา แ่วมาจากที่ไหนสักแห่ง เพลง “สุดทางที่ด่านซ้าย”  
เล่าความเป็นไปของชีวิตในเมืองแห่งทะเลภูเขา ดิตชายแดนลาวแห่งนี้ ว่ากันว่าคนอำเภอนี้  
นี่โชคดี...จนน่าอิจฉา เพราะว่ามีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายตั้งอยู่ คอยดูแลเอาใจ  
ใส่ไม่ใช่แค่เรื่องเจ็บเรื่องไข้

แต่มีอะไร...มากกว่านั้น เช่น การให้บริการที่หลากหลาย มากกว่าศักยภาพของ  
โรงพยาบาลชุมชน โดยมีรากของความคิดในการพัฒนาโดยไม่จําแนกต่อข้อจํากัดใดๆ  
พยายามคิดนอกกรอบ บนความคิดที่ว่าเมื่อรักใครก็ต้องพยายามหาสิ่งที่ดีที่สุดให้กับคนที่รัก  
“เรารักชาวบ้านด่านซ้าย เราก็พยายามทำทุกอย่างเพื่อสุขภาวะสำหรับคนของเรา ศักยภาพ  
เราไม่ถึง เราก็สร้างเครือข่ายมาช่วย เพื่อเสาะแสวงหาสิ่งที่เหมาะสมที่สุด สะดวกที่สุด ดีที่สุด  
ให้กับชาวบ้าน”

โรงพยาบาลได้จัดคลินิกจิตเวชทุก 1 เดือน คลินิกตาทุก 3 เดือน คลินิกกระดูกทุก 1  
เดือน คลินิกโรคหัวใจปีละ 1 ครั้ง จัดตั้งกองทุนเพาะกล้าตาโขนน้อย กองทุนเพื่อผู้ป่วยยากไร้  
ในสมเด็จพระเทพฯ กองทุนดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ กองทุนเหล่านี้เอื้อ  
ประโยชน์ต่อชาวด่านซ้ายที่ด้อยโอกาสในส่วนที่ระเบียบราชการไม่เอื้อต่อการเข้าถึง นอกจากนี้  
ทีมเยี่ยมบ้านได้เห็นปัญหาเรื่องราวได้ของผู้พิการและครอบครัว จึงหาทางช่วยเหลือในการ  
หารายได้เสริมแก่ครอบครัวผู้พิการ เกิดการต่อยอดความคิดจนสามารถก่อตั้งเป็น “กลุ่ม  
พุทธรักษา” ซึ่งเป็นกลุ่มพึ่งพาตนเองของครอบครัวผู้พิการ มีทั้งคนไข้จิตเวชและผู้พิการ  
ช่วยกันทำผลิตภัณฑ์คุณภาพดี ราคาไม่แพงเพื่อจำหน่าย ไม่ว่าจะเป็นแชมพู สบู่เหลว  
สมุนไพร น้ำยาล้างจาน ลูกประคบสมุนไพร ฯลฯ นอกจากนำมาใช้ในโรงพยาบาลแล้ว  
ผู้ที่มาเยี่ยมชม/ดูงานที่โรงพยาบาล ตลอดจนนักท่องเที่ยวที่รับรู้เรื่องราวก็ช่วยกันอุดหนุน  
ผลิตภัณฑ์ช่วยสร้างรายได้ให้แก่กลุ่มพึ่งพาตนเองเป็นอย่างดี

ตัวอย่างเรื่องราวของการจัดทำ โครงการเพาะกล้า ตาโขนน้อย : จากลูกหลาน ครอบครัวโรงพยาบาลสู่ลูกหลานคนด่านซ้าย เกิดจากสำนึกของความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โรงพยาบาลได้ร่วมสร้างเมล็ดพันธุ์จินตนาการให้เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชน นอกเหนือจากงานประจำ ทุกคนสละเวลาของตนเองเพื่อมาปั้นแต่งแต้มเติมสีสันให้ลูกหลาน ผ่านกิจกรรมห้องสมุดหนังสือนิทาน เทศกาลนิทานแห่งความสุข ฯ จนพัฒนามาสู่กิจกรรมหลากหลายภายใต้ “โครงการเพาะกล้า...ตาโขนน้อย” มีการสร้างเสริมสุขภาพเด็กผ่านกิจกรรมการแข่งขันกีฬาที่หลากหลาย กิจกรรมค่ายศิลปะในหลายๆ ช่วงปิดเทอม ค่ายฝึกว่ายน้ำ คลินิกป้องกัน ค่ายวิทยาศาสตร์เสริมความรู้ที่หาไม่ได้ในห้องเรียน ฯลฯ

ในวันเด็กปี 2552 ของขวัญสำหรับเด็กๆ ด่านซ้าย คือ “รถเพาะกล้า ตาโขนน้อย” เป็นรถรับส่งคนไข้ที่ดัดแปลงให้มีความสดใสเพื่อใช้เป็นรถรับส่งความรู้ ความสนุกสนาน ผ่านหนังสือนิทานภาพและเกมส์ต่างๆ เดินทางไปสร้างรอยยิ้มในหมู่บ้านห่างไกล โดยมีผู้ใหญ่ใจดีจากโรงพยาบาล อาสาเป็นผู้ส่งมอบความสุขแก่เด็กๆ อิ่มใจทั้งผู้ให้และผู้รับ ความคิดและความฝันที่ตั้งใจจะเพาะต้นกล้าจากเมล็ดพันธุ์เล็กๆ เหล่านี้ กำลังเบ่งบานขึ้นในความคิดของคนทำงานเพื่อสุขภาพ เพื่อที่วันหนึ่ง เมล็ดพันธุ์เหล่านี้จะเจริญงอกงามเป็นต้นกล้าแห่งความดี ที่แข็งแรงทั้งทางกายและจิตใจ เต็มใหญ่เป็นคนคุณภาพ เป็นกำลังหลักในการดูแลชุมชนและสังคมที่นี้ต่อไป

**C30**

**กรณีศึกษา: การตรวจพบยาเสพติดในผู้ป่วย**



12 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Grand Diamond

ดร.นพ.สกล สิงหะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ราชภฏราวาส

ท่านดาไลลามะ เคยกล่าวไว้ว่า ปัญหาของมนุษย์ทุกวันนี้คือความพร่องจิตวิญญาณ และการแก้ไขปัญหามนุษยชาติคือการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (spiritual revolution)

ปัจจุบันคำว่า spirit, spiritual, spiritual experience หรือ spiritual development ถูกใช้ในภาษาอังกฤษอย่างเป็นธรรมดา ถ้าจะพูดไปแล้วเรื่องเหล่านี้คือกลุ่มหนังสือที่ขายดีที่สุดในโลก คนที่สนใจเรื่องนี้นอกจากด้านสุขภาพมีมากมาย แม้แต่ในด้านธุรกิจก็เอาไปใช้ในการพัฒนาทำให้กิจการของเขาดีขึ้น ผู้คนดีขึ้น ถ้าเราดูว่า spiritual ที่ใช้ในภาษาอังกฤษจะเห็นการเปลี่ยนแปลง มีคำใหม่ๆ ในแง่มุมต่างๆ เกิดขึ้นและมีประโยชน์มาก แต่ในภาษาไทยเราเรียกว่าอะไร

คำว่า 'จิตวิญญาณ' ไข่ทั่วไปในสังคมไทยมาก่อน หมายถึงสิ่งอะไรก็ตามที่มีคุณค่าสูงทางจิตใจ

เราจึงนำคำที่ใช้ในสังคมไทยมาใช้ เรียกว่า 'สภาวะทางจิตวิญญาณ' ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนมาใช้คำว่า 'สภาวะทางปัญญา' ทั้งนี้ คำว่า 'จิต' หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ในทางพุทธคือเบญจขันธ์ ประกอบด้วย รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ จิตมีลักษณะสมมติ คือ มีความรู้สึกสุขทุกข์ได้ มีความจำได้ มีความคิดปรุงแต่งได้ มีการรับรู้ทางวิญญาณได้ ส่วนคำว่า 'วิญญาณ' ในทางพุทธศาสนา หมายถึง การรู้เวลามีผัสสะโดยมีอายตนะทั้ง 6 เป็นเครื่องรับ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กายและใจ

คำว่า spiritual หมายถึง มิติที่เหนือวัตถุ ในทางพุทธเรียก 'โลกุตตระ' หรือ เหนือโลก สมัยกรุงรัตนโกสินทร์จึงไม่ใช้คำนี้จนกระทั่งท่านอาจารย์พุทธทาสผืนกลับมาใช้ ซึ่งโลกในที่นี้ หมายถึง เนื้อหนังมังสาในร่างกาย ทั้งนี้ ท่านอาจารย์พุทธทาสฝากปณิธานไว้ 3 ข้อ คือขอให้ศาสนิกของศาสนาต่างๆ เข้าถึงหัวใจของศาสนาของตน เพราะหัวใจของทุกศาสนา คือ spiritual หรือ โลกุตระ ซึ่งไม่รู้จักมีศาสนาไปทำไมถ้ามันเป็นเรื่องพื้นๆ ในระนาบเดียวกัน แต่ตรงนี้มันเหนือขึ้นไป ทุกศาสนาจะมีเรื่องที่ไม่ใช่หัวใจแล้วจะไปทะเลาะกันที่ตรงนั้น

ประการที่สอง ท่านพุทธทาสขอให้มีความร่วมมือกันระหว่างศาสนา และประการสุดท้ายคือขอให้มนุษย์ถอนตัวออกจากวัตถุนิยม ซึ่งก็คือมุ่งไปสู่ระนาบของจิตวิญญาณ หรือ spiritual หรือ โลกุตระ นั่นเอง ท่านอาจารย์พุทธทาสใช้ตลอดชีวิตทำโลกุตระโอสถให้เป็นยาสามัญประจำบ้านคือทำให้เป็นเรื่องชีวิตประจำวัน เพราะคนไทยพุทธมักถือว่าโลกุตระ

เป็นเรื่องห่างไกล แต่จะบอกว่าทางพุทธไม่ได้คิดอย่างนี้ก็คงไม่ได้ เพียงแต่อาจใช้คำอื่น เช่น ความดีงาม กุศล จิตสูง ความเป็นมนุษย์ ฯลฯ

ทางพุทธศาสนา มีหลักที่เรียกว่า 'ไตรสิกขา' ได้แก่ ศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งคำว่า 'ปัญญา' ในทางพุทธมีความหมายพิเศษ เพราะพระพุทธรเจ้าถือว่าความทุกข์ของมนุษย์เกิดจากอวิชชา หรือความไม่รู้ เพราะฉะนั้นปัญญาจะทำให้หมดทุกข์และเกิดสุขตามมา สุขภาวะจึงเกิดจากปัญญา และปัญญาในทางพุทธหมายถึงการลดความเห็นแก่ตัวลง ที่สุดแล้วเราจะถึง อนัตตา คือความไม่มีตัวตน ดังนั้น ปัญญาที่ใช้ในที่นี้ก็คือ 'สุขภาวะทางปัญญา'

พุทธศาสนายังเน้นเรื่องความเมตตากรุณา (compassion) คือ ถ้ามีเมตตากรุณา ก็ถือว่ามีความปัญญา แต่ถ้าเห็นแก่ตัวก็ไม่ถือว่ามีความปัญญาเพราะไม่ถือว่ามีความคุณค่าทางจิตวิญญาณ การมีเมตตากรุณาถือว่าเริ่มต้นในทิศทางของจิตวิญญาณ ในพระไตรปิฎกก็บอกว่าถ้าเผื่อแผ่เมตตาไปทุกทิศทุกทางอย่างไม่มีที่สิ้นสุดก็สามารถบรรลุธรรมได้ ท่านอาจารย์พุทธทาสเองก็เคยกล่าวว่า ทุกคนเคยเจอนิพพานชิมลองมาแล้วทั้งสิ้น ยามใดเราไม่เห็นแก่ตัว เราจะมีความสุขสักๆ นั่นคือนิพพาน แต่เป็นนิพพานชั่วคราวหรือนิพพานชิมลอง ดังนั้นทำอย่างไรให้รู้ให้มันเกิดบ่อยขึ้น ให้มันอยู่นานขึ้นนั่นเป็นภาคปฏิบัติ นั่นคือ 'สุขภาวะทางจิตวิญญาณ'

ทั้งนี้ หากหันมาดูการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนโบราณหรือแผนไทยบ้าง เราจะเห็นชัดว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การให้ยากับผ่าตัด หรือให้อยู่ในระนาบของวัตถุ แต่การแพทย์แผนโบราณหรือแผนไทยจะใช้ร้อยแปด ทั้งความเชื่อ น้ำใจ เรื่องศักดิ์สิทธิ์ การช่วยเหลือกัน หรือความเป็นชุมชน เช่น ครั้งหนึ่งมีผู้ป่วยหนักใกล้เสียชีวิต หมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ถามว่าอยากให้อะไร ผู้ป่วยบอกว่าอยากดูรำผีฟ้า หมอจึงไปจัดมาให้ แก่ก็ลุกขึ้นมาหนึ่งได้เพราะแกเชื่อรำผีฟ้าทำให้มีสุขภาพดี

หรือในกรณีหมู่บ้านโรแซสโต้ เพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา มีหมอคนหนึ่งสังเกตว่าทำไมคนจากหมู่บ้านนี้ไม่ค่อยเป็นโรคหัวใจหรือมะเร็งเหมือนที่อื่นและมักมีอายุยืน ทั้งที่เมื่อลงไปดูพื้นที่คนก็กินเหล้า สูบบุหรี่ เหมือนที่อื่น แต่สิ่งที่แตกต่างคือที่หมู่บ้านนี้อบอุ่นมาก คนเป็นกันเองและดูแลกัน นี่เป็นบ่อเกิดของสุขภาพที่สำคัญ เป็นหัวใจของความเข้มแข็ง เป็นเรื่องของความเป็นชุมชน และเป็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

การแพทย์แผนปัจจุบันติดอยู่ในการกักขังให้ใช้แต่ทางวัตถุ แต่ขณะนี้เรื่องสุขภาพได้ขยายออกไปอย่างกว้างขวางทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่เคลื่อนไหวในสังคมไทย นั่นคือ 'การปฏิรูปมโนทัศน์' การคิดว่า สุขภาพดีคือการไม่มีโรค นั่นคือ การติดมโนทัศน์ เพราะจะมีแต่หมอเท่านั้นที่เข้าใจเรื่องโรคซึ่งไปจำกัดเรื่องสุขภาพเฉพาะเรื่องของหูกยาหรือโรงพยาบาล มันจึงถูกกักขังไว้อยู่ในที่แคบ

แต่เราได้เปิดทำนบแล้วว่า สุขภาพดีคือการไม่มีโรคนั้นไม่จริง การมีโรคก็สุขภาพดีได้ ถ้ามีดุลยภาพ อย่างถ้าเป็นเบาหวานซึ่งมันก็ยังเป็นโรคอยู่ แต่ถ้าทำให้ได้ดุลยภาพก็สุขภาพดีได้ มะเร็งก็เช่นกัน สุขภาพดีคือดุลยภาพทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ซึ่งอะไรก็ตามที่ทำให้มีดุลยภาพก็เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นไท่เก๊ก ศิลปะ ดนตรี การสวดมนต์ หรือโยคะ เราเรียกว่าโอสถประยุกต์ซึ่งไม่ใช่เรื่องหมอ หรือหยูกยา อีกต่อไป นี่คือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในสังคมไทย

เราจะเห็นเรื่องการแพทย์ทางเลือก โยคะ ไท่เก๊ก หรือการเจริญสติที่กำลังเกิดขึ้นเรื่อยๆ ที่มหาวิทยาลัยเมสซาชูเซต เมื่อเปิดหลักสูตรการเจริญสติแบบพุทธก็มีคนมาสมัครถึง 87,000 คน เพราะเจริญสติแล้วทุกอย่างดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น การเรียนรู้ดีขึ้น ความสัมพันธ์ก็ดีขึ้น ขณะนี้จึงกำลังแพร่หลายและโลกกำลังจะเปลี่ยน มนุษย์นั้นโหยหาจิตทางจิตวิญญาณเพื่อทำให้เกิดความสมบูรณ์ในตัวเอง แต่เมื่อมนุษย์พัฒนาทางวัตถุเท่านั้นก็ขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง เมื่อไปหาสิ่งที่มาเติมก็จะหา 3 อย่าง คือ ยาเสพติด ความฟุ่มเฟือย และความรุนแรง ซึ่งเป็นไปทั่วโลก

นักปรัชญาฝรั่งบอกว่า western civilization ซึ่งเป็นวัตถุนิยม บริโภคนิยมไปต่อไม่ได้แล้วและทำให้เกิดวิกฤติ มีทางเดียวที่จะรอดได้ต้องปฏิวัติจิตสำนึก ท่านดาไลลามะเรียกว่าการปฏิวัติทางจิตวิญญาณ หรือแม้แต่ไอน์สไตน์ก็พูดไว้ว่ามนุษย์จะต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่โดยสิ้นเชิงถ้ามนุษยชาติจะอยู่รอดได้

การพัฒนาจิตกับสุขภาพเป็นเรื่องที่กว้างใหญ่ไพศาลและเป็นการปฏิวัติ นวัตกรรมที่กระแสนวัตกรรมกำลังเกิดขึ้นแน่นอน ทั้งขยายใหญ่และแรงจูงใจสูงมาก แรงจูงใจนั้นคือความสุข เพราะถ้าทำอะไรแล้วสุขก็จะอยากทำสิ่งนั้นอีก ซึ่งสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือการพัฒนาจิตเป็นสิ่งที่นุ่มและประณีตมาก มันลึกซึ้งและเป็นความสุขที่ราคาถูกลง เป็นความสุขแท้จริง เป็นความสงบ มีอิสระ เห็นความงามทั้งหมด เกิดความรักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์และธรรมชาติทั้งหลาย เพราะฉะนั้นนี่ก็คือการปฏิวัติแล้ว





## SHA

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A11	สุนทรียภาพของการบริการ : มุมมองของดารา
	10.30-11.15 น.	A21a	มาทำความรู้จักกับ SHA
	11.15-12.00 น.	A21b	เคล็ดลับการทำงานสำเร็จโดยใช้จิตวิญญาณ
	13.00-14.30 น.	A31	ความสุข ณ จุดที่ยืนอยู่
	15.00-16.30 น.	A41	หยิ่งรอกหัวใจมนุษย์ ผลิใบหัวใจแพทย์
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B11	วิถี SHA วิถีจิตตปัญญา
	10.30-12.00 น.	B21	ของดีที่ได้มีแค่การรักษา (Music & Art therapy)
	13.00-14.30 น.	B31	คุณค่าของการฟังอย่างลึกซึ้ง
	15.00-16.30 น.	B41	คนเล็กๆ เพื่อภารกิจที่ยิ่งใหญ่
12 มีนาคม 2553	08.30-09.15 น.	C11a	รองรับคำร้องเรียนด้วยใจเปิด
	09.15-10.00 น.	C11b	Mind Management for Flexibility
	10.30-12.00 น.	C21	เขาทำงานกันอย่างไรให้ยั่งยืน
	13.00-14.30 น.	C31	Healing Environment Award

**A11****สุนทรียภาพของการบริการ : มุมมองของดาราส**

10 มีนาคม 2553 เวลา 09.00-10.00 น. ห้อง Sapphire 1

รอง คำมูลคดี

นักแสดงอาวุโส

นพ.วัชรพล ภูนวล

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ในการเรียนรู้ การศึกษาความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการของโรงพยาบาลเพื่อนำมาปรับระบบบริการนั้น นอกจากการทบทวนตัวเอง การปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างครบถ้วนแล้ว ก็ยังมีบางสิ่งบางอย่างที่โรงพยาบาลเรียนรู้ได้จากผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้รับผลงานโดยตรง ซึ่งอาจจะมีมุมมองที่ละเอียดลึกซึ้งและเป็นความต้องการที่เกิดจากประสบการณ์อีกด้านหนึ่งของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการควรเปิดใจรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึก ซึ่งอาจจะมีส่วนในด้านที่ประทับใจที่ในบริการที่มีมาตรฐานหรือเหนือมาตรฐานหรืออาจจะเป็นโอกาสพัฒนาในการให้บริการที่โรงพยาบาลน่าจะเรียนรู้ ยิ่งถ้าผู้รับบริการที่เป็นดาราตั้งด้วยแล้ว จะทำให้เป็นจุดสนใจของประชาชนทั่วไป...ว่าดาราคณะนี้ไปรับการรักษาที่ใด รักษาหายหรือได้รับข้อมูลดีหรือไม่ สื่อมวลชนแขนงต่างๆ ล้วนแต่ให้ความสนใจมากขึ้นหลายเท่า นอกจากนี้ ดารายังมีความเป็นศิลปิน มีความละเอียดอ่อนในความรู้สึกซึ่งเป็นประเด็นที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจ

คุณรอง คำมูลคดี ดารารุ่นใหญ่ที่เรารู้จักฝีมือกันดีทั้งในจอเงินและจอแก้ว มีผลงานละครมากมาย เป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงในการรับบริการด้านสุขภาพ จะมาเล่าให้ฟังในบรรยากาศที่สนุกสนาน แฝงด้วยแง่คิดดีๆ ที่คมคาย ที่จะทำให้ผู้ฟังสามารถนำไปปรับปรุงระบบบริการให้เกิดความงามเพิ่มขึ้นได้

นอกจากนั้น ประสบการณ์การทำงานหลายด้านของคุณรอง ดารารุ่นอาวุโสซึ่งเป็นที่เคารพรักและเป็นที่ยอมรับของดารารุ่นน้อง รุ่นลูก รุ่นหลาน และรุ่นต่อไป อะไรทำให้คุณรองมีงานเข้าอย่างไม่ขาดสาย ทั้งงานแสดง พิธีกร นักพากย์ และภาพยนตร์ ฯลฯ เป็นประสบการณ์ที่น่าเรียนรู้และซุดค้นเป็นอย่างยิ่ง โดยวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถและร่ำรวยอารมณ์ขัน ได้แก่นายแพทย์วัชรพล ภูนวล ผู้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยน จะช่วยทำให้บรรยากาศการเรียนรู้สนุกสนานและมีสาระควบคู่ไปด้วย

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ดวงสมร บุญผดุง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

SHA คือชื่อย่อของโครงการสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน เป็นการตกลึกความคิดในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของไทย ที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ ความพยายามในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการลองผิดลองถูก ของการพัฒนาคุณภาพของประเทศไทยมาร่วม 10 ปี คิดค้นวิธีการสนับสนุนการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ด้วยกระบวนการอันอ่อนละมุน บูรณาการกับแนวคิด มาตรฐานและเครื่องมือคุณภาพด้วยความมีสุนทรีย์ะ ซึ่งเป็นที่มาของ theme การประชุมปีนี้ คือ “การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน” ทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนาคุณภาพที่มาจากใจ มาจากความรัก ความเอื้ออาทร โดยไม่ติดกรอบมากนัก มีความสุขกับการทำงานที่อยู่ตรงหน้า และเราจะเชื่อมโยงมิติต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างไร

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้เห็นความสำคัญของมิติจิตใจ วิถีชีวิตและวัฒนธรรม ชุมชน เชื่อว่าจิตวิญญาณชุมชนมีผลต่อระบบบริการสุขภาพ การใกล้ชิดกับชุมชนจะทำให้บริการสุขภาพมีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางสังคมและวัฒนธรรมและการดูแลที่เป็นองค์รวม การทำงานในระบบสุขภาพต้องมีความเข้าใจในมิติต่างๆ ของชีวิตมากกว่าความเข้าใจเฉพาะเรื่องโรคหรืออวัยวะ การขาดความเข้าใจในมิติทางสังคมและทางวัฒนธรรมไม่เพียงแต่ทำให้การเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังมีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่สับสน ท้อถอย เหนื่อยล้า การเข้าใจมิติทางสังคมทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถอ่าน ปรากฏการณ์และเข้าใจปัญหาหลายมุมมอง การแก้ปัญหาที่มีความรัดกุม รอบด้าน และมีลักษณะบูรณาการ อันนับเป็นจุดแข็งจุดหนึ่งในการสร้างระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นหนทางสู่ความยั่งยืน

อาจารย์ ดวงสมร บุญผดุง รองผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในฐานะผู้จัดการโครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน” จะมาแลกเปลี่ยนถึงแรงบันดาลใจ ความหวัง และสิ่งที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิด SHA เข้ามาดำเนินการในโรงพยาบาลรุ่นแรก จำนวน 60 แห่ง

## SHA: พัฒนาอย่างยั่งยืน บนพื้นฐานงานคุณภาพ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ยิ่งสุขภาพและการแพทย์ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของเทคนิคการซ่อมแซมอวัยวะ การเยียวยารักษาความเจ็บป่วยก็ยิ่งขาดมิติของความเป็นมนุษย์และขาดความเข้าใจในทางสังคม

ผลที่ตามมา ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องถูกกระทบกระทั่งและลดทอนศักดิ์ศรี แต่ผลเสียยังเกิดขึ้นกับตัวบุคลากรทางการแพทย์เองที่นับวันจะยิ่งทำงานโดยปราศจากความสุขทำงานโดยขาดการเห็นคุณค่าหรือความหมายของงานที่มี ทั้งต่อชีวิตของตนและต่อความทุกข์ของคนที่มารับการเยียวยารักษา

จนในที่สุด งานให้บริการสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่ต้องทนทำไปอย่างไม่มีความกระตือรือร้น ไม่มีแรงบันดาลใจ เป็นงานที่ทำไปวันๆ เพื่อได้เงินเดือนหรือค่าตอบแทนไปเลี้ยงชีพเท่านั้น

คนที่มีชีวิตการทำงานอย่างนี้ ยิ่งทำงานไป ก็ยิ่งกลายเป็นหุ่นยนต์กลไก สิ่งทั้งหมดไปพร้อมกับความกระตือรือร้นก็คือคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนจะต้องเริ่มต้นจากความเชื่อมั่นในคุณค่า ศักดิ์ศรีและศักยภาพของมนุษย์ที่จะคิด ที่จะสร้างสรรค์ เป็นกระบวนการสร้างจิตวิญญาณเสรีที่ปฏิเสธการถูกกลืนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบกลไกที่ทำงานไปวันๆ โดยไม่ต้องคิดและไม่ต้องรู้สึก ปฏิเสธก็เป็นคนทำงานที่ยอมจำนน และไม่ยอมให้ระบบงานที่เป็นอยู่จุดพรากความเป็นมนุษย์ที่รู้สึกภูมิใจกับความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ เพื่อนมนุษย์ที่ชะตากรรมอันเลวร้ายได้พัฒามาให้เราได้อยู่แล้ว

คุณสมบัติของการไม่ยอมให้ความเป็นมนุษย์ของตนถูกกลืนหายไปในระบบจักรกลนี้เองที่จะเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสรรค์งานคุณภาพอย่างยั่งยืน เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานด้วยพลังขับเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการตื่นรู้จากภายใน

เป็นการตื่นรู้ที่ทำให้คนทำงานคุณภาพค้นพบว่า แท้จริงแล้ว เราทุกคนต่างก็เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ มีความใฝ่ฝันได้ และมีศักยภาพในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำบางสิ่งบางอย่างได้จากแรงบันดาลใจและความรู้สึกผิดชอบชั่วดีที่มีอยู่แล้วในส่วนลึกของจิตใจเรา และที่สำคัญมีความสามารถที่จะรู้สึกถึงความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ได้

เมื่อเราได้สร้างความตื่นรู้กันอย่างกว้างขวาง อุดมคติของชีวิตจึงจะฟื้นคืนกลับมาได้ และเมื่ออุดมคติเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตของเรา เราจึงจะภูมิใจกับเวลาในชีวิตที่ถูกใช้ไปอย่างดีทุกๆ วัน

งานพัฒนาคุณภาพจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เพราะชีวิตจะเป็นไปอย่างประณีต มีอุดมการณ์และมีเป้าหมาย และสำหรับชีวิตที่มีเป้าหมายทางอุดมการณ์ที่ชัดเจนแล้ว มันจะเหนื่อยหรือนักสัคนิดก็ไม่ใช่ไร

**A21b****เคล็ดลับการทำงานสำเร็จโดยใช้จิตวิทยา**

10 มีนาคม 2553 เวลา 11.15-12.00 น. ห้อง Sapphire 1

**แทนคุณ จิตต์อิสระ**

ในปัจจุบัน มีหลากหลายวิชาชีพที่ให้เห็นประโยชน์และคุณค่าของการนำมาตีจิตใจมาใช้ในชีวิตประจำวัน ในการทำงานตามวิชาชีพ และใช้กับเพื่อนร่วมงานจนเกิดความสำเร็จ

แทนคุณ จิตต์อิสระ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโทสาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในอดีต หลายๆ คนคงจะรู้จัก อี้ เอกชัย บุรณผานิต นักแสดงวัยรุ่นที่มีผลงานมากมายและเป็นผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็นสุดยอดแฟนพันธุ์แท้เรื่องความสัมพันธ์ไทย-จีน แทนคุณกล่าวถึงสาเหตุที่เข้ามาแข่งว่า “สิ่งสำคัญคือมีเป้าหมายว่าอยากจะทำเพื่อพ่อที่จากไป ถ้าเขาอยู่ก็คงจะภูมิใจ พอวันแข่งจริง ๆ จะหนักถึงพ่อทุกนาที”

แต่วันนี้ดูเหมือนว่าเราจะคุ้นเคยกับชื่อของ แทนคุณ จิตต์อิสระ มากกว่า ที่สำคัญอาจจะไม่ใช่ชื่อเท่านั้นที่เปลี่ยนไป แต่เป็นมุมมองและวิธีคิดของเขาที่เปลี่ยนไปมากกว่า ที่ได้ค้นพบหลักสัจธรรมของชีวิต หลังการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ การใช้ชีวิตทุกวันนี้ของแทนคุณ จิตต์อิสระ จึงมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อตัวเอง มีประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม ทำกิจกรรมทางสังคม อาทิ เป็นนักจิตวิทยา ให้คำปรึกษาโดยใช้ธรรมชาติของธรรมชาติเพื่อเยาวชนและประชาชนทั่วไป เป็นประธานโครงการเผยแพร่พุทธธรรมเพื่อเยาวชน 1 ครอบครัว 1 ลูกกตัญญู ประธานกองทุนสื่อธรรมะเพื่อเยาวชน และยังได้รับรางวัลในด้านสังคมอีกมากมาย

การทำงานด้วยจิตวิญญาณของเขาก่อให้เกิดผลอย่างไรต่อการทำงาน ความคิดที่เปลี่ยนไปจิตที่เป็นอิสระ จะเป็นอย่างไร เกิดขึ้นได้อย่างไร โปรดติดตามได้ในเวทีการประชุม

นพ.นิรันดร มณีกานนท์	โรงพยาบาลพระยีน
นพ.เจเด็ด ดียิ่ง	โรงพยาบาลชุมพลบุรี
นพ.พันธุ์เชษฐ์ บุญช่วย	โรงพยาบาลพะโต๊ะ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### ความสุข ณ จุดที่ยืนอยู่

นพ.นิรันดร มณีกานนท์      โรงพยาบาลพระยีน

ความสุขที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตแพทย์คือการช่วยให้ผู้คนพ้นจากความทุกข์ ความเจ็บปวด หรือแม้แต่วอดพ้นจากความตาย นอกจากนี้เรายังสามารถช่วยให้พี่น้องประชาชนของเรามีสุขภาพที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากสิ่งดีๆ ที่เรามอบให้

ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานคือคนที่เราต้องดูแลให้มีความสุข ไม่เช่นนั้นเราคงไม่สามารถรับรู้ความสุขที่แท้จริงในชีวิตได้เลย เพื่อนร่วมงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดขององค์กร การดูแลให้คนทำงานมีความสุข เป็นเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้คนทำงานมีการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผลของการปฏิบัติงานจะนำพาให้องค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมาย

การทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีความสุข สร้างสุขให้คนทำงานและผู้รับบริการภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดของโรงพยาบาลพระยีน ใช้รูปแบบในการพัฒนาแบบ “พระยีนโมเดล” มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน เชื่อว่า “ถ้าผู้ให้บริการมีความสุข ผู้รับบริการจะได้รับความสุขจากการให้บริการด้วย” ในการพัฒนาทำแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่ก้าวกระโดด มีการดูแลบุคลากรรวมทั้งครอบครัวให้มีความสุขเป็นอยู่ที่ได้อย่างสม่ำเสมอและยาวนาน มีการจัดสวัสดิการ การสร้างขวัญกำลังใจ การพัฒนาความรู้ความสามารถรวมทั้งส่งเสริมให้มีการใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่ มีการสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเรียนรู้ร่วมกันและการอยู่ร่วมกันแบบพี่น้อง โรงพยาบาลเปรียบเสมือนบ้านของทุกๆ คน มีทั้งความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้ง่ายต่อการแก้ไขปัญหาและการลดข้อขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ เป็นระเบียบ สีสันสดใสสวยงาม เชื่อว่า “การอยู่ในสถานที่ทำงานที่สดใสสวยงาม จะทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข”

มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี / การมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พวกเราทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ประชาชนได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยความมุ่งมั่นของทุกคนในองค์กรที่ร่วมกันสร้างสรรค์และสานต่อการพัฒนาทางด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ/ประชาชน โรงพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพได้ใน ปี 2552 ภายใต้ความภาคภูมิใจของทุกคน

ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพไม่มีคำว่าสิ้นสุดหรือหยุดนิ่ง พวกเราทุกคนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของงานประจำ ที่มงานและองค์กร โรงพยาบาลของพวกเราได้เป็นสถานที่ศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียงและต่างจังหวัด มีบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทุกคนได้มีโอกาสเล่าเรื่องราวดีๆ ในการทำงานของตนเอง

วันนี้เราอยู่ท่ามกลางคนที่รักเรา และเราก็รักเขา เป็นความสุขที่มีค่ายิ่งกว่าทรัพย์สินเงินทองมากมายนัก เราพบว่าความสุขนั้นหมุนอยู่รอบตัวเรา สามารถสัมผัสได้ตลอดเวลา อยู่ที่ว่าจะเลือกหยิบฉวยหรือผลักใสความสุขนั้นให้ผ่านเลยไปหรือไม่ ถ้าอยากได้ความรัก เราต้องให้ความรักแก่ผู้อื่นก่อน และถ้าอยากได้ความสุขเราต้องให้ความสุขแก่ผู้อื่นก่อน

## ความสุข ณ จุดที่ยืนอยู่

นพ.เจเด็ด ดียิ่ง

โรงพยาบาลชุมพลบุรี

25 ปีของโรงพยาบาล หากเทียบอายุของคนแล้วก็นับว่าเป็นวัยเบญจเพสพอดี วัยที่ต้องผ่านร้อน ผ่านหนาว ผ่านบททดสอบมากมาย โรงพยาบาลชุมพลบุรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอเล็กๆ อยู่ตอนบนของจังหวัดสุรินทร์ ถูกรายล้อมด้วยรวงข้าวสีทอง...ผ่องอำไพ ซึ่งเป็นผลิตผลทางการเกษตรของชาวบ้าน สามารถมองภาพชีวิตสะท้อนให้เห็นได้ว่าเกือบทั้งหมด...เป็นชาวนา

ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมพลบุรีเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ดูแลด้านสุขภาพของคนในพื้นที่กว่า 70,000 คน โดยเจ้าหน้าที่ 206 ชีวิต แน่นนอนที่สุดว่าตลอดเส้นทางการก้าวเดินเพื่อมุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กร เราทุกคนย่อมต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย เหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า ล้มลุกคลุกคลาน หัวเราะ ร้องไห้ หากแต่การลุกขึ้นมาอีกรอบแล้วจับมือกันเดิน ร่วมทางไปพร้อมๆ กัน ประคับประคองดูแลกันและกัน ให้ทุกคนที่เรารักสามารถใช้ชีวิต ณ จุดที่ตัวเองเป็น ณ จุดที่ยืนอยู่ได้อย่างมีความสุข สิ่งนี้คือสิ่งสำคัญที่สุด...



ความสุข...ซึ่งแต่ละคนให้นิยามแตกต่างกันออกไป หากแต่เราชาวสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่การเงิน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือพนักงานทำความสะอาด แต่ละคนแต่ละหน้าที่ล้วนแล้วแต่เผชิญปัญหา ความทุกข์ ความสุขในระดับที่ต่างกัน ดังนั้นตำแหน่งหน้าที่จึงไม่ได้เป็นตัวแปรของความสุขได้ แม้บางคนอาจมองว่าแพทย์มีรายได้สูง แต่ไม่ได้หมายความว่าแพทย์จะมีความสุขมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ หรือแม้กระทั่งการเป็นพยาบาลก็ไม่ได้หมายความว่ามีความสุขมากกว่าพนักงานทำความสะอาด เพราะความสุขของชีวิตขึ้นอยู่กับจิตใจที่มาจากความสมดุลของชีวิตครอบครัวและชีวิตในงานที่ทำของแต่ละคน

ดังเช่นชีวิตของชายคนหนึ่ง..ที่เรียนมาน้อย ทำงานเป็นเพียงลูกมือช่างในโรงพยาบาลแห่งนี้ ใช้ชีวิตจากรายได้เพียงน้อย ด้วยความเป็นคนขยันอดทน เก็บหอมรอมริบ ทำให้เขาสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาที่โถมเข้ามาในชีวิตจนผ่านพ้นไปได้ หลายเหตุการณ์สร้างคนให้แกร่ง สร้างภูมิด้านทานทางจิตใจจนแข็งแรง กำลังใจจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ทำให้เขายืนหยัดจนสามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดีมีประโยชน์ให้กับสังคม เป็นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ด้านสาธารณสุขจนชนะเลิศระดับประเทศในงานประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ถึง 2 ปีติดต่อกัน

จากประสบการณ์การบริหารงานบนความแตกต่างของผู้คนภายใต้การหมุนเวียนสลับเปลี่ยนของแพทย์ ทันตแพทย์อยู่เป็นระยะๆ ภายใต้โจทย์การทำงานต่างๆ ที่ท้าทายอยู่เสมอ ทำให้พบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เรามีความสุขเริ่มที่การมองโลกในแง่ดี รู้จักที่จะปล่อยวาง คิดเสมอว่าแม้วันนี้เรามีความสุขแต่ความทุกข์กำลังรอเราอยู่ข้างหน้า และแม้วันนี้เรามีความทุกข์แต่ความสุขกำลังยิ้มรอเราอยู่ข้างหน้าเช่นกัน การนำเอาปรัชญาของในหลวงเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินชีวิตของเราโดยดำรงตนอยู่บนความพอเพียงของตนเอง รู้จักคุณค่าของการเป็นผู้ให้ รู้จักให้อภัยตัวเอง ให้อภัยผู้อื่น เท่านี้เราก็มีความสุข ณ จุดที่เราอยู่น้อย.....

## ความสุข ณ จุดที่ยืนอยู่

นพ.พันธุ์เชษฐี บุญช่วย

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

ในช่วงเวลาประมาณ 5 ปีที่ได้ย้ายกลับมาทำงานที่บ้าน ทำให้ผมได้มีประสบการณ์ตรงจากการทำงานในบทบาทของผู้บริหารโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ เนื่องจากคลุกคลีทั้งงานบริหารและงานบริการเต็มตัว และเป็นการทำงานท่ามกลางความขัดแย้ง ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มากมาย ทั้งเรื่องคน เรื่องงบประมาณ ที่สำคัญคือการทำงานที่โรงพยาบาลขาด spirit และ teamwork

มีความรู้สึกเหมือนกับได้เริ่มต้นสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ขึ้นมา เราช่วยกันสร้างความเป็น unity ไม่ว่าจะเป็ นสี่ประจำโรงพยาบาล ต้นไม้ โลโก้โรงพยาบาล เสื้อที่ม กำหนดวันเกิด โรงพยาบาล ฯลฯ ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้บอกเล่าความฝัน ความคาดหวังในการทำงาน ได้ร่วมกันกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ เพื่อสร้างภาพฝันในการที่จะก้าวไปข้างหน้าด้วยกัน

แต่การเดินทางก็ไม่ได้เรียบง่าย เนื่องจากเดิมต้นทุนของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลพะโต๊ะมีค่อนข้างน้อย ยังไม่ก้าวข้ามขั้นบันไดคุณภาพของ HA เมื่อต้องพัฒนาคุณภาพงานร่วมไปกับงานประจำที่ทำอยู่เลยมีเสียงโอดครวญหนักว่าคือขมวดมากกว่ายืมแยม ยอมรับ ทำให้หลายครั้งที่ผมรู้สึกเหนื่อย หมดกำลังใจ คิดว่าการทำงานให้ได้คุณภาพเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมหรือมีคนเก่งอยู่แล้ว เคยคิดว่าการให้บุคลากรทุกคนเต็มใจทำงานอย่างมีคุณภาพนั้นเป็นเรื่องไกลตัวซึ่งเราไม่อาจสามารถทำให้บุคลากรมีความสุขมีรอยยิ้มร่วมไปกับการทำงานคุณภาพได้อย่างเต็มร้อย ไม่ว่าจะกลยุทธ์ใดๆ เครื่องมือใดๆ ที่โรงพยาบาลได้นำมาใช้ ที่ได้พยายามส่งมอบให้อย่างไรก็ยังไม่ถึงแก่นแท้ เพราะมุมมองด้านคุณภาพยังคงเป็นการเพิ่มภาระงาน ยังเป็นกระดาะกอกโตๆ แม้บางส่วนจะเกิดการยอมรับ แต่นำไปปฏิบัติจริงได้ยาก

นับตั้งแต่โรงพยาบาลพะโต๊ะได้เข้าร่วมโครงการ SHA ได้รับรู้ประเด็นหลักการ รู้สึกได้ถึงความงดงาม เป็นเรื่องราวการทำงานคุณภาพที่เต็มเปี่ยมด้วยความรัก ความดี ความสุข เป็นการค้นพบว่าที่สุดแล้วคนทำงานต้องการอะไร สิ่งที่ประชาชนต้องการคืออะไร

มีความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับองค์กรที่ชัดเจน เช่น การนำเรื่องเล่าทางการแพทย์มาใช้ เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญว่าเรื่องเล่าสามารถสร้างโลกแห่งความสุข เรื่องเล่าสร้างแรงบันดาลใจ มีการตรึงตรองสะท้อนคิดผ่านเรื่องเล่า ปรับมุมมองการทำงาน เป็นทางออกของปัญหาเชิงพฤติกรรมที่แก้ได้ยาก องค์กรขับเคลื่อนการทำงานคุณภาพอย่างมีความสุขมากขึ้น

กระบวนการ outcome mapping ก็เป็นสิ่งที่มาตอบอีกโจทย์หนึ่งของการทำงาน และงานที่ทำอยู่บางอย่างแต่เดิมก็เป็นรูปแบบ outcome mapping อยู่แล้วโดยไม่รู้ตัว พอได้เพิ่มเติมส่วนขาดก็เต็มเต็มความสมบูรณ์มากขึ้น ในส่วนการดูแลกลุ่มโรคที่ยังไม่ได้ทำก็อยากนำแนวทางนี้ไปใช้เพราะคิดว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

อีกหลายๆ เรื่องราวที่ดีที่เราได้นำองค์ความรู้มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สุขในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็ น healing environment, humanized health care, sufficiency economy และอื่นๆ ทำให้มุมมองเดิมของผมเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง มีความสุขเกิดขึ้นรอบตัว แม้จะมีปัญหาและอุปสรรคก็ไม่ได้มาบั่นทอนความรู้สึกดีในการทำงานให้ลดน้อยลงได้ จนทุก

วันนี้การพัฒนาคุณภาพกับความสุขในโรงพยาบาลพะโต๊ะได้เดินทางไปในทิศทางเดียวกัน  
ผมมีความเชื่อมั่นว่าจุดเริ่มต้นที่ดีอย่างโครงการ SHA คือจุดสำเร็จที่เยี่ยมยอดของความยั่งยืน  
ในระบบบริการสุขภาพของเมืองไทย



นศพ.ณัฐสร นิชะมานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นศพ.ศุภฤกษ์ ถวิลลาภ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นศพ.พรณรัตน์ จันทรมณี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.นพ.อานนท์ วิทยานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.พญ.จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.นพ.อานนท์ วิทยานนท์ ผู้พัฒนาวิธีการสอนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้แก่นักศึกษาแพทย์โดยใช้ dialogue และ narrative interview และ รศ.พญ.จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ ผู้พัฒนาการศึกษาแพทย์ให้มีการเรียนรู้ชีวิตในโครงการเพื่อนวันอาทิตย์ และสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ในเรื่องมิติของจิตใจและจิตวิญญาณ (palliative care) จะมาเล่าถึงกระบวนการสร้างแพทย์ที่มีมิติของความเป็นมนุษย์ ผ่านทางเรื่องเล่าของนักศึกษาแพทย์สามราย คือ

**คุณหมอนัฐสร นิชะมานนท์** “เดิมผมก็เป็นนักเรียนธรรมดาๆ คนหนึ่ง ที่มีความสุขกับการเรียน ฟังคุณครูสอนบรรยาย ตั้งคำถามและบอกคำตอบ ไม่เคยคิดว่าชีวิตจะต้องพบปะพูดคุยกับใครมากมายจนเมื่อเข้ามาเรียนในคณะแพทยศาสตร์ ตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่สองจะต้องออกไปเรียนรู้ชีวิตผู้ป่วยที่บ้านในรายวิชา continuous family study ผมไม่รู้จะพูดหรือถามอะไรผู้ป่วย ถามเท่าที่อาจารย์กำหนดหัวข้อให้ทั้งหมดแล้ว ในขณะที่ผู้ป่วยตั้งคำถาม ถามเรื่องราวเกี่ยวกับตัวผมจนผมรู้ว่าการที่มีคนเข้าถึงเราด้วยความเอาใจใส่ นั้นทำให้เรารู้สึกดีขึ้นได้อย่างไร หลังจากนั้นผมจึงพยายามฝึกฝนพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งทำให้ผมดีขึ้น เมื่อผมเป็น extern มีพ่อของผู้ป่วยรายหนึ่งมาพูดคุยกับผมว่า “ถ้ารักษาลูกเขาไม่หายหมอดตาย” ทุกคนในที่ทำการรักษาพยาบาลมีความรู้สึกกลัว ไม่มีใครอยากจะดูแลผู้ป่วยรายนี้ ผมจึงตัดสินใจเข้าไปพูดคุยเพราะอยากจะทำใจพ่อของผู้ป่วยรายนี้ให้มากขึ้น แล้วก็พบคำตอบว่าพ่อเป็นกังวลมากเพราะลูกชายคนโตเสียชีวิตด้วยไข้เลือดออกมาแล้ว และพ่อคิดว่าเป็นความผิดของตนเองที่ไม่ได้เอาใจใส่ลูกเท่าที่ควร คราวนี้จึงไม่ยอมให้พลาดอีก...”

**คุณหมอพรณรัตน์ จันทรมณี** “ปกติเป็นนักกิจกรรม ชอบรู้จักคนมากๆ จึงทำกิจกรรมควบคู่ไปกับการเรียน ตอนอยู่ปีหนึ่งไม่ได้รู้สึกว่าคุณเองเป็นนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์เลย เพราะทำกิจกรรมและใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนๆ ในคณะอื่นเสียส่วนใหญ่ จนเมื่อขึ้นมาเรียนในชั้นปีที่สองซึ่งวิชาที่เรียนมีเนื้อหาเข้าใจวิถีชีวิตแพทย์มากขึ้นจึงมารู้สึกว่าคุณเองเป็นนักศึกษาแพทย์ แต่ก็ไม่มีสิ่งที่จะทำให้กิจกรรมควบคู่กันไปได้ เวลาเรียนก็จะตั้งใจเรียน

จดจำสิ่งที่อาจารย์สอน พอมาเป็น extern ได้เจอผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นโรคหัวใจและตั้งครรรค์หมอมพยายามบอกให้ผู้ป่วยทำแท้งเพราะอาการโรคหัวใจไม่ดี และผู้ป่วยก็มีลูกมาแล้วหนึ่งคน แต่ผู้ป่วยนั้นไม่ยอมให้ทำแท้ง พุดคุยแบบนี้กันอยู่หลายวันแต่ก็ตกลงกันไม่ได้ เราจึงคิดว่าไปคุยกับผู้ป่วยดีกว่า ก็พบว่าผู้ป่วยปรารถนาอยากมีลูกมาก เพราะลูกคนนี้เป็นลูกที่เกิดกับสามีคนที่สอง เป็นตัวแทนของความรักรักของเขา จากข้อมูลนี้การรักษาผู้ป่วยจึงเปลี่ยนไป จากที่จะมาคุยเรื่องการทำแท้งก็เป็นการมาคุยกันเรื่องการรักษาโรคหัวใจแทน

อีกรายหนึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่หมดกำลังใจต่อการรักษา ได้เข้าไปคุยและด้วยความเห็นใจในความทุกข์ของผู้ป่วยจึงบอกกับผู้ป่วยว่า “อยากจะทำให้เขามีความสุขที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่” พอพูดเสร็จผู้ป่วยก็ยิ้มและก็ได้พุดคุยกันจนรู้ว่าผู้ป่วยนั้นต้องการอะไร อยากให้เราช่วยอะไร ส่วนเราก็นั่งนึกว่าคำพุดที่เราพุดไป ทำไมมันรู้สึกว่าคุณๆ คือมันเป็นคำพุดที่พุดเหมือนกับอาจารย์ของเราเลย..... โดยทั่วไป extern ที่จบจากที่อื่นๆ เขาจะรู้สึกว่าคุณเสียเวลาที่หนีไปพุดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เขามักบอกว่าไม่เห็นมีอะไรที่จะต้องทำเลย แต่หนูกลับรู้สึกมีความสุขและคิดว่าตัวเองมีคุณค่ามากที่ได้ดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยเหล่านี้”

**คุณหมอสฤงษณ์ ฤวิลาภ** “ผมตั้งใจจะมาเป็นหมอมตั้งแต่แรกเพราะผมเคยเห็นคนเจ็บป่วยตอนที่เคยไปอยู่กับแม่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่เด็กจึงรู้สึกอยากช่วยเหลือพวกเขา ตอนแรกผมมาจากกรุงเทพฯ มาเรียนที่นี้คนเดียวไม่มีเพื่อนมาด้วย ผมคิดว่าไม่เป็นไรอยู่คนเดียวก็ได้ ผมไม่ค่อยได้คบกับเพื่อนมากมายจึงต้องเข้ารับการพัฒนาดนในโครงการเพื่อนวันอาทิตย์เพื่อเรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่นและพัฒนาความเป็นแพทย์ด้วยการเรียนรู้จากผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการฉายรังสี ประสบการณ์เหล่านี้ร่วมกับความรู้ที่ได้เรียนในหลักสูตรทำให้ผมเข้าใจความสำคัญเรื่องจิตใจของผู้ป่วยดี พอเป็น extern พบว่างานยุ่งมากพี่ๆ และทีมงานการรักษาแม้ว่าอยู่กับการรักษาร่างกาย ไม่มีใครสนใจจิตใจของผู้ป่วยเลย แต่ผมก็พอเข้าใจได้ว่าเป็นการทำงานแบบดีที่สุดเท่าที่เวลาจะอำนวย พอมีเวลว่างผมจึงพยายามเข้าไปคุยกับคนไข้ที่ผมสังเกตเห็นว่ามีความสุขหรือมีเรื่องคาใจที่ยังบอกหมอไม่หมดในช่วงร้าวอร์ดก็ปรากฏว่าได้ช่วยเหลือคนไข้เพิ่มอีกหลายเรื่องไม่ว่าจะเป็นเรื่องปวดหัวปวดท้องเล็กๆ น้อยๆ จนถึงได้เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับเรื่องที่บ้านและครอบครัว รวมทั้งภาวะที่ผู้ป่วยต้องแบกรับไว้ การที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและการที่ตระหนักว่าการหายจากการเจ็บป่วยมีคุณค่าต่อผู้ป่วยและครอบครัวของเขาอย่างไร ทำให้ผมรู้สึกว่างานของเรามีคุณค่าขึ้นมากและมีความสุขที่ได้ทำงานนี้ครับ.....”

ในการเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยนั้นแพทย์อาจต้องทำอย่างที่เขาบ้านกระทำต่อคุณหมอ ณัฐสร คือการถามไถ่ด้วยความเอาใจใส่ในตัวผู้ถูกถามอย่างแท้จริง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่ได้

รู้สึกว่าเขาสนใจเขาเช่นนั้น แต่กลับรู้สึกว่าเขาถามแต่สิ่งที่เขาอยากรู้โดยไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เขาเป็นทุกข้ออยู่ในใจเลย ในเรื่องนี้อาจารย์จารุรินทร์มีประสบการณ์ในการพัฒนากลุ่มนักศึกษาแพทย์ “เพื่อนวันอาทิตย์” ที่คุณหมอศุภฤกษ์เคยมีประสบการณ์เข้าร่วม กิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษารับฟังและไม่คิดแทนผู้ป่วยหรือตัดสินใจแทนผู้ป่วยไปก่อนที่จะได้รับข้อมูลที่แท้จริงและรอบด้าน

โดยอาจารย์จารุรินทร์เล่าว่า “ในกระบวนการพัฒนานักศึกษาแพทย์ให้มีความเข้าใจถึงคำว่า ทำทุกอย่างโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยอยากได้ ไม่ใช่ให้ในสิ่งที่เราอยากให้นั้น เราในฐานะผู้พัฒนานักศึกษาจะต้องยับยั้งตัวเองอย่างมากที่จะไม่ไปชี้แนะหรือไปบอกให้เขาทำอะไรๆ กับผู้ป่วย แต่เราต้องให้นักศึกษาไปเรียนรู้ด้วยตนเองโดยผ่านการสังเกตและพูดคุยกับผู้ป่วยบ้าง หน่อยๆ หน่อยๆ แล้วมาแลกเปลี่ยนกับเรา โดยเราจะต้องไม่ไปบอกว่าเรื่องที่เขาเสนอมานั้นมันไม่ดีกับผู้ป่วย แต่ต้องให้เขากลับไปค้นหาคำตอบจากผู้ป่วยโดยตรง ให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบ เช่นในครั้งแรกของการไปศึกษาผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิระซึ่งเป็นที่พักของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านอยู่ไกลหรือยากจนไม่มีที่อยู่อาศัยในหาที่ใหญ่ ในเบื้องต้นนักศึกษาได้ข้อสรุปมาว่าจะไปปรับปรุงที่พักที่นั่นโดยการทาสีให้ใหม่ ทำแปลงผักสวนครัว หาอุปกรณ์เกมส์และกระดานหมากรุกไปให้ผู้ป่วย

เมื่อเราได้ยินโครงการต่างๆ ที่นักศึกษาเสนอมา เราก็พอจะเข้าใจได้ว่าสิ่งเหล่านั้นคงจะนำความทุกข์ไปให้กับผู้ป่วยที่นั่น แต่เราก็จะไม่บอกว่ากิจกรรมเหล่านั้นไม่เหมาะสม แต่ให้นักศึกษากลับไปพบผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิระใหม่อีกครั้งเพื่อไปหาหรือเพิ่มเติม ปรากฏว่านักศึกษาได้คำตอบด้วยตนเองว่าการทาสีวัดใหม่จะทำให้ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่เนื่องจากกลิ่นสีที่เหม็นแปลงผักสวนครัวก็จะเป็นภาระให้แก่ผู้ป่วยที่จะต้องหมุนเวียนกันมาช่วยดูแล เช่นเดียวกับกระดานหมากรุกหรือเกมส์ต่างๆ นักศึกษาจึงได้ข้อสรุปว่าที่ผ่านมอล้วนแต่คิดแทนผู้ป่วยว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเขา โดยไม่ได้ไต่ถามจากเขาโดยตรง ท้ายสุดนักศึกษาก็ได้ไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมนั้นลึกซึ้งเกินกว่าที่เราจะคาดคิดถึง คือการไปพูดคุยเรียนรู้จุดแข็งและให้กำลังใจกับผู้ป่วยผ่านทางการทำการ์ดอวยพรในเรื่องที่ผู้ป่วยปรารถนาในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งนักศึกษาจะทำแต่การ์ดไปก่อนส่วนคำอวยพรจะเขียนให้หลังจากที่ได้พูดคุย ทำความเข้าใจความปรารถนาของผู้ป่วยแล้ว เช่น บางคนปรารถนาที่จะเห็นความสำเร็จในการเรียนของลูกสาว นักศึกษาก็เขียนคำอวยพรให้ว่าขอให้ลูกสาวของผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามที่ผู้ป่วยปรารถนา.....

ประสบการณ์ที่อาจารย์จารุรินทร์มอบให้แก่นักศึกษาคือ suspension of assumption ซึ่งสำคัญมาก ในกระบวนการ dialogue ของ David Bohm ที่เราค้นเคยกันดีนั่นเอง หลัง

จากที่เราไม่คิดแทนผู้ป่วยแล้วก็จะทำให้จิตใจของเราว่าง เปรียบเหมือนแก้วน้ำที่ว่างเปล่า พร้อมทั้งจะให้ผู้ป่วยเติมน้ำให้เต็มเพื่อที่เราจะได้สัมผัสประสบการณ์ของผู้ป่วยและเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่นั่นเอง กระบวนการนี้สำคัญมากเพราะทำให้คุณหมอมพรรณรัตน์และคุณหมอณัฐสร ไม่ด่วนสรุปตัดสินผู้ป่วยว่าเรื่องมากอยากมีลูกโดยไม่ประเมินตนเอง หรือมีมุมมองเหมือนที่คนอื่นเขามองกันว่า พ่อของผู้ป่วยรายนี้มีนิสัยชั่วร้าย ช่มชู้หมอม ไม่สมควรที่หมอมจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับ เมื่อไม่ด่วนสรุปตัดสิน จิตใจของหมอมก็จะว่างเปล่าพร้อมที่จะรองรับความทุกข์ของผู้ป่วยจนค้นพบเรื่องราวที่คาดไม่ถึงอันเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ร่วมงานของคุณหมอมทั้งสองเปลี่ยนมุมมองต่อผู้ป่วยไปอย่างสิ้นเชิง

เครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งที่ทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้นหลังจากรับฟังผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน ก็คือการรับฟังโดยใช้ symbolic self ซึ่งขออธิบายให้ชัดเจนดังนี้

โดยทั่วไปผู้คนมักกล่าวว่าคนเรามีความเห็นแก่ตัวเป็นธรรมชาติโดยมักเห็นว่าเรื่องของตนเองสำคัญกว่าเรื่องของผู้อื่นเสมอ ซึ่งขอให้ท่านพิจารณาจากจากประโยคสองประโยคนี้

“นาย ก ตีนาย ข” กับอีกประโยคคือ “นาย ก ตี ฉัน” ก่อนจะอ่านต่อไปให้ลองไตร่ตรองถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการอ่านประโยคทั้งสองเปรียบเทียบกัน

จะเห็นว่าในประโยคแรก เราฟังแล้วอาจตั้งคำถามในเชิงสอบสวนว่า นาย ก ตีนาย ข ทำไม แต่กับอีกประโยคที่ว่านาย ก ตี ฉัน นั้น เราจะมีอารมณ์ความรู้สึกว่าหงุดหงิด หรือโกรธเพิ่มขึ้นมาด้วย ทั้งนี้เพราะคำว่า ฉัน นั้น จะเชื่อมโยงกับตัวเราแล้วทำให้ระลึกจากความจำในอดีตที่เคยถูกตีจนเกิดอารมณ์โกรธขึ้นมา ซึ่งในการทำงานของจิตใจเช่นนี้ เรียกว่าเราใช้ symbolic self ของเรา ในการอ่านประโยคที่สอง แต่ไม่ใช่ symbolic self ในประโยคที่หนึ่ง เพราะเราไม่ทราบชื่อนาย ข เป็นใคร และเราไม่เคยมีความทรงจำใดๆ เกี่ยวกับนาย ข พอที่จะทำให้อารมณ์ความรู้สึกถึงอารมณ์ความรู้สึกของนาย ข ได้ แต่ถ้าเราอ่านประโยคแรก โดยเอาคำว่า ฉัน ไปแทนนาย ข ความรู้สึกของเราที่เกิดขึ้น จะบอกเราได้ทันทีว่านาย ข รู้สึกอย่างไร เห็นว่าเป็นความรู้สึกจริงๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เป็นเพียงแค่อารมณ์หรือคาดการณ์เอาตามเหตุผลเท่านั้น ในเบื้องต้นนี้อาจสรุปได้ว่า คนเราอาจไม่ได้เห็นแก่ตัวโดยธรรมชาติ แต่ที่เรารู้สึกถึงเรื่องของเรามากกว่าเรื่องของคนอื่น เพราะเราใช้กระบวนการคิดที่แตกต่างกัน โดยการใช้หรือไม่ใช้ symbolic self นั่นเอง

ในขณะที่เราฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยแล้วคิดตามเสมือนว่าเรื่องราวเหล่านั้นกำลังเกิดขึ้นกับเราเอง เท่ากับเรากำลังเอา symbolic self ของเราใส่ไปใน narrative story ของผู้ป่วย เป็นเช่นเดียวกับที่เราชมภาพยนตร์แล้วเสมือนเราเป็นตัวเอกในเรื่องและมีอารมณ์ร่วมกับตัว

ละครเหล่านั้นไปด้วย วิธีการเช่นนี้จะทำให้เราสามารถรับรู้และสัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้มากขึ้นจนถึงขั้นที่เรียกว่า empathy ความรู้สึกที่เกิดขึ้นแบบนี้ทำให้คุณหมอพรรณรัตน์สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีความหมายแม้ว่าจะไม่สามารถให้การรักษาใดๆ ที่จะชะลอชีวิตผู้ป่วยไว้ได้อีก และทำให้คุณหมอมองธรรมชาติซึ่งถึงความทุกข์ของพ่อที่ต้องสูญเสียลูกชายโดยที่คิดว่าเป็นความผิดของตัวเองที่ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่ทั้งหมดนี้ นอกจากทำให้หมอเข้าใจผู้ป่วยแล้วยังทำให้ผู้ป่วยไวใจหม้อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความสัมพันธ์ในการรักษา และความสัมพันธ์เช่นนี้ทำให้คุณหมอมีความสุขแน่นอน ดังเช่นที่คุณหมอศุภฤกษ์ผู้ไม่ยอมจำนนต่อระบบและปลื้มเวลามาทำสิ่งที่มีความหมายซึ่งระบบปัจจุบันมองไม่เห็น

คำถามต่อไปก็คือว่าการทำเช่นนี้จะนำความสุขมาให้แก่เราได้หรือไม่ การรับรู้ความทุกข์ของผู้ป่วยจะทำให้เราเป็นทุกข์มากกว่ามีความสุขหรือไม่ คำตอบอาจได้จากเนื้อหาของบทกลอนต่อไปนี้

ถ้าไม่เคยลองลิ้มชิมรสชม รสขนมเป็นอย่างไรไม่รู้ลิ้น จะหวานมากหวานน้อยอร่อยลิ้น ได้แต่กินไม่อาจจะอธิบาย เมื่อชีวิตผิดหวังประดังทุกข์ คราพบสุขจะซาบซึ่งถึงความหมายดังคนเดินกลางแดดเผาผิวกาย เพียงพระพายผ่านแผ่วสุขแล้วเรา...



ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ชุติมา ปัญญาพิณินุกร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ดร.พงษ์ธร ตันติฤทธิศักดิ์	ผู้อำนวยการสถาบันปลูกรัก
ธีระพล เต็มอุดม	เครือข่ายจิตตปัญญาศึกษา

ขณะทำงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ถูกยอมรับและนำไปใช้ปรับปรุงการให้บริการอย่างแพร่หลายนั้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ กลัปกกลายเป็นความคาดหวังที่กดดันบุคลากรทุกคนทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เราจึงล้วนเห็นพ้องต้องกันว่าการพัฒนาจะต้องมีมุมมองพ้นไปจากมาตรฐานที่มองเห็น วัดได้ และตายตัว ทั้งยังเป็นการพัฒนาที่ไม่จำกัดเฉพาะผลของเนื้องานด้วย แนวคิดการพัฒนาที่เข้าถึงและเข้าใจความเป็นมนุษย์ของบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการรวมถึงผู้รับบริการจึงเกิดขึ้นในนามโครงการ SHA (Sustainable Healthcare & Health Promotion by Appreciation & Accreditation) โดยเข้าหนุนเสริมการพัฒนาในมิติด้านจิตวิญญาณอันเอื้อต่อการยืดหยุ่นและยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพ ส่วนแฉวงของการศึกษาในระบบก็อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) และ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ซึ่งถูกจุดประกายและริเริ่มโดยกลุ่มจิตวิวัฒน์ จึงมีขึ้นเพื่อพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ไปให้พ้นจากข้อจำกัดของการเรียนจำเพาะทักษะหรือเนื้อหาวิชา แต่เพิ่มมิติของการเรียนรู้ที่พัฒนาจิตใจโดยเน้นสติที่ก่อให้เกิดปัญญา และตระหนักถึงความเชื่อมโยงของโลกและชีวิตทั้งมวล

กลุ่มจิตตปัญญาวิถี เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของนักวิชาการและนักปฏิบัติที่เป็นกัลยาณมิตรกัน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาจิตวิญญาณใน 2 โครงการ ผ่านการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ โครงการวิจัยและจัดการความรู้จิตตปัญญาศึกษา และโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการจิตตปัญญาศึกษา ความรู้อันเกิดจากการทบทวนสำรวจและการประยุกต์ใช้ในชั้นเรียนจริงได้ยืนยันว่า การพัฒนาจิตใจและจิตวิญญาณโดยใช้จิตตปัญญาศึกษานั้นสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นทั้งในตัวผู้เรียนและตัวผู้สอน

ในปีที่ผ่านมา กลุ่มจิตตปัญญาวิถีได้นำความรู้และกระบวนการจิตตปัญญาไปจัดกระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลายหลักสูตร อาทิ ผู้นำแนวจิตตปัญญา (Contem-

plative Leaders) การเรียนการสอนแบบจิตตปัญญา (Contemplative Teaching & Learning) ให้แก่องค์กรและบุคลากรหลากหลายสาขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกระบวนการ ให้แก่ผู้บริหารและอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้พบโอกาสและความรู้ในการพัฒนาไม่เฉพาะในงาน แต่รวมทั้งองค์กรและการเรียนรู้สำคัญสำหรับตนเอง

“วิถี SHA วิถีจิตตปัญญา” เป็นโอกาสที่กลุ่มจิตตปัญญาวิถีในฐานะผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับผู้ผ่านกระบวนการฝึกอบรมและการนำไปใช้จะได้แบ่งปันประสบการณ์เยี่ยงกัลยาณมิตร ร่วมกันเผยให้เห็นว่าบนเส้นทางของการพัฒนาที่มุ่งสู่ความยืดหยุ่นและยั่งยืน อันมีจิตวิญญาณและความเป็นมนุษย์เป็นรากฐานนั้นสามารถเกิดขึ้นจริงได้อย่างไร ตลอดจนถ่ายทอดเคล็ดลับวิธีการของจิตตปัญญาศึกษาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนางาน SHA ให้ง่าย งาม และมีความสุขมากขึ้น ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ประเมิน

**คำสำคัญ:** จิตวิวัฒน์ จิตตปัญญา จิตตปัญญาศึกษา จิตตปัญญาวิถี จิตวิญญาณ SHA กระบวนการเรียนรู้

ดวงพร ศรีจร

โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผศ.นพ.จักรกริช กล้าผจญ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ธรรมชาติ ศิลปะและวัฒนธรรมสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เยียวยา

ดวงพร ศรีจร

โรงพยาบาลศรีนครินทร์

การพัฒนาคุณภาพการบริการสู่ “การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เยียวยา” ของแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ซึ่งได้เปิดบริการเป็นหน่วยงานแรกคือหอผู้ป่วยรังสีรักษา 5 ก และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสรุปได้ว่าการพัฒนา 4 ระยะ โดยแต่ละระยะมีแนวคิดการพัฒนาที่แตกต่างกันแต่มีการเชื่อมโยงต่อกัน ขณะนี้เป็นการพัฒนาในระยะที่ 4 คือการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม และการขยายผลการใช้วิถีธรรมชาติ ศิลปะและวัฒนธรรมให้มีความเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

หอผู้ป่วยรังสีรักษา 5 ก ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และเคมีบำบัด รวมทั้งการรักษาแบบประคับประคองอาการ โดยแบ่งกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการใกล้ชิด ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัย ผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงต้องมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ หอผู้ป่วยจึงได้ดำเนินการพัฒนาด้วยการจัดพื้นที่และการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการบริการพยาบาลเฉพาะกลุ่ม และในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยนำแนวคิดของการใช้วิถีธรรมชาติ ศิลปะและวัฒนธรรมมาใช้ในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในรูปแบบของโครงการต่างๆ ที่มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการอย่างชัดเจน

**กระบวนการพัฒนา** ใช้วิถีธรรมชาติ ศิลปะและวัฒนธรรมเพื่อสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เยียวยา ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย สุขสบาย และมีโอกาสสัมผัสความสวยงามของธรรมชาติ จึงได้จัดกิจกรรมในรูปแบบของโครงการต่างๆ ได้แก่ 1. โครงการบ้านสวย ใจสบาย มุ่งเน้นการนำศิลปะการจัดดอกไม้แบบธรรมชาติมาใช้ในการจัดดอกไม้ สมุนไพร และผลไม้ 2. โครงการภาพศิลปะประดับผนัง มุ่งเน้นการคัดเลือกและกำหนดวิธีการนำภาพธรรมชาติที่มีสีสันสบายตา 3. โครงการธรรมชาติประจำวัน ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ศึกษาธรรมชาติ รวมทั้งการจัดดอกไม้บูชาพระประจำวัน

4. โครงการดนตรีตามคำขอ มุ่งเน้นการที่ผู้ป่วยได้รับฟังดนตรีทั้งที่ใช้เพื่อการผ่อนคลาย และการจัดเวลาและกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฟังดนตรี 5. โครงการชุดชั้น 5 มุ่งเน้นการใช้ศิลปะเพื่อจัดเตรียมดอกไม้และอุปกรณ์เพื่อใช้ในพิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการทำตามความเชื่อ เช่น การขออโหสิกรรม

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมคือเสริมสร้าง สิ่งแวดล้อมที่สมบูรณ์สามารถตอบสนอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจ สิ่งแวดล้อมที่ เยียวยา คือ สิ่งแวดล้อมที่ทำให้สบายใจ น่าอยู่ และปลอดภัย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร

### ดนตรีที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ผศ.นพ.จักรกริช กล้าผจญ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ปัจจุบันการดูแลรักษาจะเป็นการผสมผสานเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการได้รับประโยชน์ สูงสุด การหาทางเลือกใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยพิการที่เคย نابำบอด รวมทั้งสร้าง บรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพิ่มสัมพันธภาพอันดีระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย/ญาติ การศึกษา วิจัยในรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยหรือผู้พิการมีส่วนร่วมในการเล่นเครื่องดนตรี โดยความร่วมมือ และ การประสานงานกัน ระหว่างหน่วยงานที่ดำเนินการด้านดนตรีบำบัดในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อ เป็นการฟื้นฟูบำบัดรักษาในกลุ่มผู้พิการอีกช่องทางหนึ่ง

#### กิจกรรมประกอบด้วย

ดนตรียามเช้า : เพื่อคลายเครียด โดยการเล่นดนตรีพื้นเมืองให้ผู้ป่วยและญาติฟังช่วง เช้าหลังรับเวร ก่อนที่ผู้ป่วยจะไปฝึกกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

ดนตรีบำบัด : ศึกษาและวิจัยผลของดนตรีบำบัดต่อสมรรถภาพทางกาย โดยความ คล่องแคล่วและกำลังของมือในกลุ่มเล่นดนตรีประเภท keyboard instrument, ประสิทธิภาพ การหายใจในกลุ่มที่เล่นเครื่องดนตรีประเภทเป่าลม, อาการเกร็งและกำลังกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย การทรงตัว ในกลุ่มที่เล่นเครื่องดนตรีประเภท percussion instrument รวมทั้ง ความฉลาดทางอารมณ์และคุณภาพชีวิต

ดนตรียามว่าง : เพื่อความผ่อนคลายจากการทำงาน เพิ่มความสัมพันธ์อันดีระหว่าง คณาจารย์ ลูกศิษย์ บุคลากรในภาควิชาและบุคลากรภายนอก โดยฝึกซ้อมบทเพลง ให้ความรู้เกี่ยวกับดนตรีและดนตรีบำบัด

ดนตรีเพื่อการแสดง : เพื่อฝึกฝนความสามารถด้านดนตรีเป็นกิจกรรมพิเศษ โดยกำหนดให้มีการแสดง ต่อหน้าสาธารณชนอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการประทับใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

#### **บทเรียนที่ได้รับของทีมงาน**

1. การทำงานที่ใช้ความถนัดและมีใจรัก จะทำให้ผู้ทำมีความสุขและสามารถส่งต่อความสุขไปถึงผู้รับที่รับไว้ด้วยความเต็มใจ เกิดผลดีตามมามากมาย
2. การริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใหม่ๆ อาจยากตอนเริ่มต้น ต้องใช้กำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์เป็นอย่างมาก กลุ่มดนตรีบำบัดจะเกิดไม่ได้ถ้าไม่มีผู้จุดประกายความคิด และไม่มีผู้ร่วมอุดมการณ์

**B31****คุณค่าของการฟังอย่างลึกซึ้ง**

11 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 1

**ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ**

คุณเป็นคนฟังแบบไหน? คุณฟังเป็นหรือไม่ คุณฟัง หรือคุณแค่ได้ยิน ?

การฟังเป็นทางเชื่อม เป็นประตูสำคัญ เป็นเครื่องมือที่ธรรมชาติให้มา ที่ใช้ง่ายถ้าใช้เป็น ใช้ค้นหาความทุกข์ ความสุข ความรู้สึกของผู้คน แต่เสียดายที่ความเร่งรีบในปัจจุบันทำให้เราฟังกันน้อย รวมไปถึงการมีเวลาฟังคนใช้น้อยลงด้วย จึงทำให้การรักษาเป็นแค่รักษาโรค รักษาอวัยวะ ไม่ได้รักษาคนทั้งคน

ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ จะมานำท่านให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งกับคำว่า dialogue หรือ ดอกอะไร? ที่อาจารย์ ชอบเรียกนั่นเอง การฟังแบบลึกซึ้ง เป็นเครื่องมือทางการบริหารแบบสมัยใหม่ เพื่อการพัฒนาสู่ความยั่งยืน เน้นการเอาใจใส่ในความคิดของผู้คน เข้าใจซึ่งกันและกัน เห็นธรรมชาติของมนุษย์ และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อเราเปิดใจฟัง จะเกิดการมีส่วนร่วม เกิดความคิดใหม่ ต่อยอดและเกิดคุณค่าอย่างสูงสุด

การฟังด้วยใจ ลื่นไหลสู่ปัญญา เป็นอย่างไร ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ คนไร่กรอบจะทำให้ทุกท่านมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สรยุทธ รัตนพจนารถ เป็นคนรุ่นใหม่ หัวใจจิตวิวัฒน์ และเป็นเรี่ยวแรงที่สำคัญ ในโครงการพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพของประเทศไทย จะมาแลกเปลี่ยนแนวคิดของการที่ค้นพบการเดินทางเติบโตด้านนอกหรือการเติบโตทางวิชาชีพและการเติบโตของการเรียนรู้ สู่โลกภายใน หรือการเดินทางเพื่อค้นหาค่าชีวิต และการเดินทางเพื่อค้นหามิติทางจิตวิญญาณ ที่มีจังหวะจะโคนอย่างพอดี

ส่วนตัวแล้วเชื่อว่ามนุษย์ทุกคน ไม่เว้นแม้แต่คนเดียว เคยมีประสบการณ์ตรงจากการมีสุขภาวะทางปัญญามาก่อน การที่เราให้อะไรกับใครโดยไม่หวังอะไรตอบแทน นี่เป็นตัวอย่างง่ายๆ ของความสุขอันประณีต สุขจากการมีจิตใหญ่ เป็นสุขภาวะทางปัญญา ถ้าหากมีคนตั้งคำถามว่าสุขภาวะทางปัญญาเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก ขอให้ลองถามว่าในชีวิตคุณเคยให้อะไรกับใครโดยไม่หวังอะไรกลับมาไหม?

เชื่อว่าทุกคนได้เคยทำมาก่อน ความรู้สึกที่คุณมีหลังจากทำเช่นนั้น นั้นแหละเขาเรียก สุขภาวะปัญญา เป็นความสุขที่ประณีต ไม่ได้เอาตัวเองเป็นตัวตั้ง อีกตัวอย่างง่ายๆ เวลาเราได้ไปเห็นธรรมชาติที่งดงาม การเดินไปชมสวน ชมป่าเขา เห็นแดด เห็นสายลมพัดต้นไม้ไหว เห็นทิวทัศน์ที่งดงาม ก่อให้เกิดความสุขที่เป็นพื้นฐาน ธรรมดา เรียบง่าย ไม่ได้เกิดจากการเสพอย่างหยาบๆ อีกตัวอย่างคือการได้ทำงานที่ดี คนที่ทำงานที่เห็นว่าเป็นสัมมาชีพ ทำแล้วเกิดประโยชน์กับคนอื่นได้อย่างไร นี่ก็เป็นสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เพราะฉะนั้นเราจะเห็นว่าตัวอย่างที่แม้เล็กๆ แต่ว่ายิ่งใหญ่ของการเข้าถึงในความสุขนั้น มีเยอะแยะเลย แต่ที่เรายังขาดกระบวนการที่จะไปส่งเสริมช่องทาง หรือกิจกรรมอันดีงามเหล่านี้ให้เต็มแผ่นดินขึ้นมา



นพ.ชัช สุมนานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศศิธร แสงพงสานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### การรับเรื่องร้องเรียนด้วยใจเปิด

นพ.ชัช สุมนานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ครั้งแรกที่ผมได้ยินหัวข้อของการบรรยายนี้จากอาจารย์ที่ผมเคารพซึ่งถูกเชิญให้มาบรรยายเช่นเดียวกัน ผมได้เรียนอาจารย์ทันทีว่า “ดีครับอาจารย์เป็นเรื่องที่น่าสนใจ และน่าจะบรรยายได้ดี” ซึ่งขณะนั้นเอง ผมเพิ่งจะได้เข้ามาสัมผัสงานด้านการบริหารความเสี่ยงได้เพียงสี่เดือนเศษ และก็เป็นเรื่องที่โชคดีสำหรับผมคือตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผมยังไม่ได้ประสบกับปัญหาเรื่องร้องเรียนที่หนักหน่วงใดๆ ทำให้ผมมีเวลาทำความเข้าใจกับระบบที่เป็นอยู่ภายในโรงพยาบาล หากจะพูดว่าไม่มีเรื่องร้องเรียนใดๆ เลยก็ไม่เชิงครับ ยังมีปัญหาเรื่องที่ตั้งค้างและต้องแก้ปัญหาต่อเนื่องอยู่พอสมควรซึ่งผมจะไม่ขอกล่าวถึงในที่นี้

ผมชอบเที่ยวเดินตามร้านหนังสืออยู่บ่อยๆ เนื่องจากเป็นคนชอบซื้อหนังสือมาอ่าน (แต่อ่านไม่ค่อยจบเท่าไรครับ เนื่องจากไม่ค่อยมีเวลา) ผมพยายามค้นหาหนังสือเกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยทางการรักษาพยาบาลอยู่หลายครั้งที่ได้เดินเข้าร้าน แต่ก็ไม่เคยเจอ อันเป็นเรื่องที่ผมพอจะคิดหาเหตุผลได้คือ คงไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ท่านใดอยากนำเรื่องความผิดพลาดต่างๆ มาเล่า และโดยเฉพาะนำเสนอออกสู่สาธารณชน ผมก็ได้ถามกับตัวเองว่าแล้วถ้าเราจะทำละมันจะเป็นไปได้ไหม ผมลองคิดเล่นๆ ว่าลองหาเรื่องราวหรือประเด็นต่างๆ มานำเสนอในแง่มุมที่ไม่เครียดจนเกินไป หรือบางเรื่องอาจนำเสนอในมุมมองของผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งผมเข้าใจดีว่าอาจมีผลกระทบทั้งในแง่บวกและลบได้ทั้งสิ้น น่าจะเป็นส่วนที่ทำให้เรา (ซึ่งผมหมายถึงฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์และฝ่ายผู้ป่วย) เข้าใจกันได้มากขึ้น

ท่านผู้อ่านคงทราบดีว่าปัญหาเรื่องการฟ้องร้องโดยส่วนใหญ่่นั้นเกิดขึ้นจาก “น้ำผึ้งหยดเดียว” หลายครั้งที่ผมได้คุยกับผู้ร้องเรียน ต่างก็พูดว่า “ถ้าคุณหมอเขาพูดตีกว่านี้ หรือให้ความเอาใจใส่มากกว่านี้ ดิฉันก็จะไม่ฟ้องหรอก” บางคนให้ข้อคิดเสริมด้วยซ้ำไปว่า “ก็รู้อยู่หรอกว่าเป็นอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่หากไม่พูดจาแบบนี้ หรือมีท่าทีแบบนี้ก็คงไม่โกรธ”



ปัญหาเหล่านี้สิครับกลับไม่ได้ถูกถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์รุ่นใหม่ที่กำลังจะจบมาเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติกำลังจะเลือนหาย ขาดความไว้นื้อเชื่อใจ จนกลายเป็นว่าไม่ว่าจะทำอะไรจะต้องมีเอกสารยืนยันและเซ็นยินยอมไปซะทั้งหมด ความพอดีนั่นอยู่ตรงไหน เป็นสิ่งที่เราต้องมานั่งครุ่นคิดกัน

ในมือผมขณะนี้หนังสืออยู่สองเล่มที่ผมกำลังศึกษาและทำความเข้าใจเพื่อรับมือกับภาระที่จะตามมา เล่มที่หนึ่งคือ “ทางออกเชิงระบบ กรณีคนไข้ฟองลม” ซึ่งเป็นผลผลิตจากเวทีสุนทรียสนทนากรณีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และอีกเล่มหนึ่งคือ “ฟองลม (ให้ติดคุก) ทำไม” ซึ่งเขียนโดยท่านผู้พิพากษา สาโรจน์ เกษมถาวรศิลป์ ผมคงได้ใช้ประสบการณ์ของตนเองร่วมกับการกลั่นกรองจากหนังสือทั้งสองเล่มนี้นำเสนอต่อท่านผู้อ่านในการประชุมอันใกล้จะถึงนี้ “การรับเรื่องราวร้องเรียนด้วยใจเปิด” นั้นควรทำอย่างไรนะหรือในหัวคิดของผมที่พอจะคิดได้ก็คือ “การเอาใจเขามาใส่ใจเรานั่นเองครับ”

รศ.นพ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะสร้างสรรค์ความสุขให้กับชีวิตได้ตลอดเวลา แต่คนส่วนใหญ่กลับชอบอ้างเหตุการณ์ สถานการณ์ และผู้คนรอบตัวมาเป็นสาเหตุของความทุกข์ในใจตน ทั้งที่ความจริงนั้นจะสุขหรือทุกข์ล้วนเกิดขึ้นที่ใจของเราเอง หากเรามัวกล่าวโทษสิ่งต่างๆ รอบตัว เท่ากับเรากำลังมองข้ามโอกาสสำคัญที่จะพบพลังยิ่งใหญ่ในตัวเรา ซึ่งจะช่วยให้ก้าวข้ามเงื่อนไขต่างๆ ในใจแล้วมีความสุขได้อย่างไม่มีเงื่อนไข จึงควรเริ่มต้นด้วยการกลับมาที่มีความรับผิดชอบต่อความรู้สึกของตัวเองอย่างเต็มที่ ได้พิจารณาอย่างลึกซึ้งจนเห็นสาเหตุความทุกข์ในใจ ซึ่งรวมเรียกว่าความไม่ยืดหยุ่นของจิตใจ (psychological inflexibility) ได้แก่

1. ชอบหลีกเลี่ยงและปฏิเสธอารมณ์ทุกข์ใจ
2. ยึดติดกับความคิดความเชื่อเดิมๆ
3. ไม่อยู่กับปัจจุบัน
4. ไม่รู้ว่า “ฉันคือใคร?”
5. ขาดทิศทางการคุณค่าชีวิต
6. ไม่ลงมือกระทำอย่างจริงจัง

คุณลักษณะของการมี **ความยืดหยุ่นของจิตใจ (psychological flexibility)** คือ

1. **ยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น** คือมีความรับผิดชอบต่อความรู้สึกของตนเองว่าอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ไม่สบายใจนั้นแท้จริงคือเราสร้างของเราขึ้นมาเอง สถานการณ์ เหตุการณ์ เป็นเพียงเงื่อนไขให้ความเชื่อผิดๆ ในใจแสดงตัวออกมา เพราะฉะนั้นในทางกลับกัน เหตุการณ์ที่ทำให้ใจเราเป็นทุกข์นั้นจึงกลับเป็นสิ่งที่มาช่วยให้เห็นข้อจำกัดของความคิดในใจเรา

2. **ปล่อยวางความเชื่อผิดๆ** คือความเชื่อเล็กๆ ในใจที่ทำให้เรามองและรับรู้สิ่งต่างๆ บิดเบือนไปจากความจริง ความเชื่อผิดๆ นั้นอาจเกิดจากการปลูกฝังเลี้ยงดู ประสบการณ์ในชีวิตซึ่งล้วนเป็นเรื่องในอดีตที่ผ่านมาไปแล้ว แม้โลกเปลี่ยนแปลง คนเปลี่ยน แต่ความเชื่อเราไม่ยอมเปลี่ยนแปลง กลับนำมาเป็นข้อสรุปต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน จึงมักผิดพลาดคลาดเคลื่อนไปเสมอ

3. **อยู่กับปัจจุบัน** คือการมีสติรับรู้สัมผัสกับชีวิตในปัจจุบัน ท่ามกลางผู้คนสรรพชีวิตที่เป็นเพื่อน พี่น้องร่วมสุข ทุกข์ กับเรา เพราะมีเพียงขณะปัจจุบันนี้เท่านั้นที่มีอยู่จริง หากไม่สามารถมีความสุขในปัจจุบัน ต้องรอถึงเมื่อใดจึงจะมีความสุข การมีความสุขในปัจจุบัน

จึงเป็นศิลปะชั้นสูงในบทเรียนชีวิตนี้

4. รู้ว่า “**ฉันคือใคร**” เพราะความไม่รู้ว่าตัวเองที่แท้จริงคือใคร เราจึงเอาจิตวิญญาณที่ยิ่งใหญ่ในตัวเราไปผูกมัดกับ ชื่อเสียง รูปร่างหน้าตา ฐานะ ตำแหน่ง ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นตัวเรา และหวงแหนสิ่งเหล่านั้นจนต้องตายไปพร้อมกับความไม่รู้นี้ การรู้จักธรรมชาติที่แท้ของตัวเองเราจะเป็นการปลดปล่อยชีวิตจากพันธนาการ และพบกับความสุขจากอิสรภาพแท้จริงที่มีในตัวอยู่แล้วตลอดเวลา

5. **มีเข็มทิศชีวิต** รู้เป้าหมายที่ชัดเจนที่เราเกิดมาเพื่ออะไร อะไรคือความหมายของชีวิตนี้ อะไรคือสิ่งที่อยากฝากไว้กับโลกนี้ จะช่วยให้ชีวิตมีทิศทาง ไม่เดินอย่างสะเปะสะปะวนเวียน หรือถูกพัดพาไปตามกระแส

6. **ลงมือทำอย่างจริงจัง** ไม่ใช่เพียงวาดฝันแล้วปล่อยผ่านไป แต่เพราะมีความแน่วแน่ในทิศทางชีวิต จึงมีความมุ่งมั่นที่จะทำอย่างดีที่สุด แม้ว่าจะสำเร็จหรือไม่ก็ตาม เราจะไม่ยอมแพ้ ไม่ยอมล้มเหลว เพราะตราบเท่าที่ยังมีความพยายามอยู่จะเรียกว่าล้มเหลวได้อย่างไร การลงมือทำด้วยความวิริยะนั้นเองที่เป็นประสบการณ์ที่มีค่าให้เรารู้ซึ่งถึงรสชาติของการมีชีวิตที่มีทั้งรสเผ็ด ขม เค็ม หวาน มัน ว่าเป็นเช่นนั้นเอง



นพ.เดชา แซ่หลี

โรงพยาบาลกะพ้อ

นพ.อภิสิทธิ์ อ่างรวงการ

โรงพยาบาลอุบลรัตน์

นพ.สุธีร์ สุดดี

โรงพยาบาลวารินชำราบ

### ประสบการณ์การดำเนินโครงการชุมชนเป็นสุขในภาคอีสาน

นพ.อภิสิทธิ์ อ่างรวงการ

โรงพยาบาลอุบลรัตน์

อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากร 43,000 คน ร้อยละ 90 ของประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนที่เหลือประกอบอาชีพค้าขาย ประมง รับจ้าง และรับราชการ ทีมสุขภาพที่อำเภออุบลรัตน์เป็นทีมงานที่มีความมุ่งมั่นอยากให้ประชาชนกินดีอยู่ดี มีสุขภาพดี ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา แต่ในระยะเริ่มแรกที่ดำเนินงานก็หลงทาง เพราะมีความเชื่อว่าสุขภาพดีหมายถึง โรงพยาบาลที่ดีเท่านั้น เพราะฉะนั้นเมื่อเป็นอะไรให้รีบไปหาหมอผลที่ตามมาคือมีคนไข้ล้มโรงพยาบาลและผู้ป่วยในมีเตียงไม่เพียงพอที่จะรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อรู้สึกว่ทีมงานหลงทางก็เริ่มทำวิจัยในปี 2534 โดยงานวิจัยชิ้นนี้ได้ลงไปในหมู่บ้าน ไปดูชาวบ้าน และดูคนไข้ทุกคน ตลอดจนดูคนไข้ที่สถานีอนามัยและที่โรงพยาบาลไปพร้อมกันพบว่าคนไข้ในช่วงนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม

**กลุ่มที่ 1** คือกลุ่มที่รักษาหาย ไม่รักษาตายหรือพิการ กลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 23 โรคที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ ไข้ตั้งอึกเสบ ท้องนอกมดลูก ปอดบวม หรือไข้เลือดออก กลุ่มนี้ต้องการ การดูแลจากหมอและพยาบาลอย่างใกล้ชิด **กลุ่มที่ 2** รักษาตาย ไม่รักษาหาย หรือที่เรียกกันสั้นๆ ว่าโรคหมอกทำ กลุ่มนี้ใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทีมบุคลากร ร่วมกันคิดช่วยกันทำ อาศัยการจัดการความเสี่ยง เพื่อที่จะไม่ให้เกิดความเสี่ยงกับคนไข้ และอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อที่จะให้ไ้งานบริการที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ เป็นที่ต้องการ และก็เป็นที่ยอมรับของคนไข้และญาติ **กลุ่มที่ 3** เป็นกลุ่มที่รักษาหาย ไม่รักษาหาย เช่น ไข้หวัดเล็กน้อย และ **กลุ่มที่ 4** เป็นกลุ่มรักษาหาย ไม่รักษาหาย เช่น เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย หรือว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 นี้รวมกันร้อยละ 76 ซึ่งถ้าบอกคนไข้ว่าเป็นอะไรรีบไปหาหมอ สองกลุ่มนี้จะมากขึ้นเต็มโรงพยาบาล เพราะฉะนั้นกลุ่มที่ 3 กับกลุ่มที่ 4 ต้องหาแนวร่วม โรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้หาแนวร่วม อันดับแรกเป็นสถานีอนามัยทั้งหมด มีด้วยกัน 8 แห่ง

แปดแห่งนี้ได้เข้าไปช่วยทำการพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนกันเต็มที่ตามระบบ ปรากฏว่า ปีที่แล้วช่วยลดคนไข้ได้ 60,000 ครั้งต่อปี อันดับ 2 คือ ร้านขายยาและกองทุนยาในอำเภอ อุบลรัตน์ 300 แห่ง เราชวนมาทำบุญช่วยคนไข้โดยจ่ายยาดีมีคุณภาพพร้อมเินเทศติดตาม สม่่าเสมอได้ 250 แห่ง ปีที่แล้วช่วยคนไข้ได้ 70,000 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีภูมิปัญญาชาวบ้าน ที่จะให้บริการแพทย์พื้นบ้านทั้งนวด อบสมุนไพร คือใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านมาดูแลผู้ป่วย ปีพ.ศ. 2547 ก็สามารถช่วยดูแลคนไข้ไปได้ถึง 20,000 ครั้ง

ผลจากการที่มีคนไข้น้อยลงทำให้ที่มสุขภาพมีเวลาไปดูแลการสร้างสุขภาพของแม่และ ลูก ผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ในการจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้การเจ็บป่วยลดน้อยถอยลง จากระบบป้องกันโรคด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชน เพื่อการควบคุมโรคระบาดกลุ่มต่างๆ และจัดระบบป้องกันโรคที่จะช่วยทำให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้สามารถลดผู้ป่วยใน ผลที่ได้ที่สำคัญที่สุด ก็คือ ทำให้มีเวลาเพิ่มขึ้นที่จะไปเรียนรู้จากภูมิปัญญาชาวบ้านหรือจากปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งกลุ่มคนกลุ่มนี้ได้อาศัยการปรับเปลี่ยนวิธีคิด ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ ใช้ระบบสุขภาพของประชาชนทำให้เกิดมีความสุข มีสุขภาพะดีทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา ทำให้อัตราการตาย อัตราการป่วยน้อยลง อัตราที่จะต้องมาโรงพยาบาลก็น้อยลง ผลพวงที่ได้รับที่สำคัญที่สุดก็คือ เกิดพลังในกลุ่มชาวบ้านเองที่จะมาช่วยโรงพยาบาล ยกกระดับให้เป็นโรงพยาบาล เพื่อชุมชน เป็นของชุมชน และโดยชุมชนเอง ซึ่งส่งผลให้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนี้เป็นจริงมากขึ้น

เราได้เรียนรู้จากภูมิปัญญาชาวบ้านเหล่านี้ว่าจากเดิมเคยมีวิกฤตของชีวิตเหมือนกัน วิกฤตเกิดขึ้นจากการเอาเงินเป็นที่ตั้งโดยเป็นทั้งตัวชีวิต และเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ผลที่ตามมาทำให้อยากรวย แต่แทนที่ความอยากรวยจะทำให้รวย กลับเกิดผลตรงกันข้ามคือ กลับทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ทีคิดว่าจะได้เพิ่มก็ไม่เพิ่ม ไม่มีเงินออมหนี้สินก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความอยากรวยทำให้นำเอาสิ่งแวดล่อมไปขายหมด ทั้งต้นไม้ ดินที่เคยดี ดินดำ ก็กลับไม่ดี น้ำชุ่ม ป่าอุดมสมบูรณ์ ไม่มีมลภาวะ กลับเป็นตรงกันข้าม คืออยู่ในสภาพดินแลว น้ำแห้ง ป่าหมด มลภาวะมากมายทั้งจากยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง วิธีชีวิตจากความที่อยากรวยทำให้ต้องอพยพแรงงานไปที่อื่น ทำให้ครอบครัวแตกกระจาย ชุมชนล่มสลาย เด็กๆ ไม่มีคนดูแล ทำให้ขาดสารอาหาร ติดโทรทัศน์ เกิดปัญหาเรื่องยาเสพติด ผู้สูงอายุก็ไม่มีคนดูแล เกิดความเครียด และก็เกิดความเหงา ผู้ที่อพยพแรงงานไปที่อื่นก็ติดโรคเอ็ดส์กลับมา

ในท่ามกลางวิกฤตเหล่านี้ ได้มีกลุ่มชาวบ้านที่เก่งๆ ที่เรียกว่าภูมิปัญญาชาวบ้านหรือ บางท่าน เรียกว่าปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งได้แก่ พ่อมหาอยู่ ที่จังหวัดสุรินทร์ พ่อผาย ที่จังหวัด

บุรีรัมย์ กลุ่มนี้อาศัยแนวทางธรรมะว่าด้วยหลักอริยสัจสี่ คือรู้ทุกข์ หรือรู้ปัญหา รู้สาเหตุ รู้ทางเลือก และการวางแผนปฏิบัติการ โดยนำแนวพระราชดำริเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาประยุกต์ใช้ จนกระทั่งสามารถที่จะพึ่งตัวเองได้ ด้วยการรู้จักตนเอง ลดรายจ่าย อุดหนุนทั้งหลาย รวมทั้งรู้จักการออม ทั้งออมน้ำ ออมดิน ออมต้นไม้ ออมสัตว์ ออมเงิน สังคมกัลยาณมิตร และสังคมภูมิปัญญาในการแก้ปัญหา

ผลลัพธ์ที่ได้ตามมาคือ ทำให้มีอาหารอุดมสมบูรณ์ มีปัจจัยสี่พอเพียง เหลือแจกญาติพี่น้อง ญาติสนิทมิตรสหายได้ ที่สำคัญคือมีหลักประกันในชีวิตมากขึ้นและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดจนมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงขึ้น มีครอบครัวอบอุ่นขึ้น เพราะสามี ภรรยา รักใคร่กลมเกลียวกัน ลูกหลานมาอยู่ใกล้ชิด และชุมชนเข้มแข็งเพราะคนในชุมชนมารวมตัวช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงลงไปได้ มีสภาพดินดำ น้ำชุ่ม ป่าอุดมสมบูรณ์ กลับมาอีกครั้งหนึ่ง ไม่ต้องใช้ยาฆ่าหญ้า ไม่ต้องใช้ยาฆ่าแมลง ที่สำคัญคือมีความภาคภูมิใจว่าตัวเองทำงานได้ประสบความสำเร็จ โดยวิถีการมองความสุขแบบนี้ แม้กระทั่งผู้พิการก็สามารถบรรลุความสุขที่ตัวเองตั้งไว้ได้ คือมีอาหารที่อุดมสมบูรณ์และปลอดภัยเพียงพอมากจนได้กินได้แจก ทำให้มีเพื่อน เหลือกินเหลือแจกได้ขายทำให้มีเงิน มีเหลือถวายพระภิกษุสามเณร ที่คนในชุมชนเคารพนับถือ และเกิดความภาคภูมิใจที่ลูกหลานตัวเอง ประสบความสำเร็จตามอัตภาพ และมีอิสรภาพในการคิด พูด ทำได้ตั้งใจ ไม่กระทบกระเทือนผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม มีความสมดุลระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และมนุษย์กับมนุษย์ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ เคารพสิทธิซึ่งกันและกัน

การรวมตัวของปราชญ์ชาวบ้านและเครือข่ายในช่วง 8 ปี ที่ผ่านมาได้เกิดจิตสาธารณะ ที่อยากจะเห็นพี่น้องชาวไทยได้ประสบความสำเร็จกับเขาบ้างในการ ดับทุกข์สร้างสุข แล้วมองว่าถ้ามีสักล้านครอบครัวของเกษตรกรทั่วไทยทำได้เช่นนี้น่าจะแก้วิกฤตเหล่านี้ได้ เนื่องจากปราชญ์ชาวบ้านและเครือข่ายได้ทดลองกับตัวเองแล้ว และพบว่าสามารถปลูกต้นไม้ได้เป็นพันๆ ต้น ถ้าชุมชนมีล้านครัวเรือนก็จะมาถึงพันล้านต้น เพราะฉะนั้นในพันล้านต้นจะเป็นต้นไม้ยืนต้นที่เป็นธนาคารพันธุ์ไม้มีคุณค่าและมูลค่ามหาศาลที่จะช่วยแก้วิกฤตของประเทศในทุกๆ ด้านได้ แต่การที่จะมีถึงล้านครอบครัวทั่วไทย ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย จึงได้นำเอายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี มาประยุกต์ใช้ เพื่อที่จะให้ชุมชนพันทุกข์

สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีด้วยกันสามมุม มุมที่หนึ่งคือ ผลของการสร้างความรู้ เน้นการสร้างความรู้ในส่วนของการพึ่งตนเอง ซึ่งได้เน้นส่วนของการดับทุกข์สร้างสุข โดยในปี 2543 สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย (สกว.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพ (สส.) ได้สนับสนุนให้เครือข่ายปราชญ์ชาวบ้าน ร่วมกับมูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตดี จังหวัดขอนแก่น ทำวิจัยเรื่องกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุข และได้ปรับมาเป็นหลักสูตรวิทยากร กระบวนการ เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่การพึ่งตนเอง และพึ่งพากันเองของภาคประชาชน จบแล้วกู้ตนเอง กู้ชุมชนได้ ชาวบ้านเลยเรียกหลักสูตรสั้นๆ นี้ว่า วอปอ. ภาคประชาชน จบแล้วกู้ชาติได้

มุมมองที่สองเป็นมุมมองการขยับเขยื้อนของสังคม อาศัยเรื่องของการไปค้นหาผู้นำ ชาวบ้านรุ่นใหม่ซึ่งเป็นผู้นำด้านความคิด ด้านกิจกรรม และที่สำคัญคือต้องมีคุณธรรมมากระดับให้รับรางวัลคนค่าคนคุณ แล้วจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับปราชญ์ชาวบ้านเพื่อยกระดับเป็นปราชญ์ชาวบ้านรุ่นต่อไป เพื่อช่วยกันขยายเครือข่ายออกไปอย่างกว้างขวาง ปราชญ์ชาวบ้านเองร่วมกับมูลนิธิได้ค้นหาผู้นำชาวบ้านที่สนใจในลักษณะงานของปราชญ์ชาวบ้านมาเรียนรู้ในวิถีเดินตามแบบศิษย์ก้นกุฏิของปราชญ์ชาวบ้าน ทุกสัปดาห์เป็นเวลาสามปี โดยคาดหวังว่ากลุ่มนี้เรียนรู้แล้วก็จะไปทดลองปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ จากนั้นอาศัยคนกลุ่มนี้ไปคุยกับญาติสนิทมิตรสหายที่ละสามคน ห้าคน และอาศัยที่ละสามคน ห้าคนขยายเป็นสิบคน สิบห้าคนเป็นค่อนหมู่บ้าน เป็นทั้งหมู่บ้าน

ผลการดำเนินการในช่วงสามปีที่ผ่านมา สกว.และ สส. ร่วมกันสนับสนุนงบประมาณลงไปดำเนินการใน สองร้อยชุมชน สองพันห้าร้อยครัวเรือน พบว่าทุกครัวเรือนมีน้ำเพื่อการเกษตรอุดมสมบูรณ์ขึ้น เมื่อปีที่แล้วเก็บข้อมูลได้ถึง สองจุดกิโลเมตร และมีการใช้ยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง รวมทั้งปุ๋ยเคมีลดลงอย่างเห็นได้ชัด หันมาใช้ปุ๋ยชีวภาพ ปุ๋ยคอก และปุ๋ยหมักแทน ดินดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีพืชผักผลไม้และสมุนไพรไทยเพิ่มขึ้น มีกุ้ง หอย ปู ปลา และหมู เห็ด เบ็ด ไก่กิน คือมีอาหารมากขึ้น สะอาดขึ้นและปลอดภัยมากขึ้น สำหรับเงินออมมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถลดหนี้สินจนหมดลงไปได้ มีการทำบัญชีฟาร์ม และบัญชีครัวเรือน เพิ่มขึ้นจนกระทั่งเห็นรายจ่ายที่ไม่จำเป็น เช่น เรื่องห่วย เรื่องการพนัน ก็ค่อยๆ ลดลงไปได้ นอกจากนี้มองเห็นรายจ่ายที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ ก็คิดได้และเลิกไปในที่สุด บางคนอาศัยกลุ่มและกระบวนการกลุ่มนำไปสู่การเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ได้ มีกัลยาณมิตรคอยเตือน คอยบอกก็เลิกได้ในที่สุด

เมื่อความสำเร็จในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ชุมชนมองเห็นประโยชน์จากการรวมตัว ก็มี การรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะพัฒนาแผนงานโครงการ เพื่อที่จะไปแก้ปัญหาของชุมชน แก้ปัญหาของหมู่บ้าน ของตำบล เพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยการระดมทุนจากครัวเรือน จากชุมชน และจากท้องถิ่น ทั้ง อบต. อบจ. รวมทั้งจากงบประมาณจากราชการส่วนภูมิภาค เช่น ผู้ว่า ซีอีโอ รวมทั้งจากรัฐบาลด้วย นั่นเป็นการเขยื้อนสังคมที่จะให้ครบถ้วนครอบครัวในเร็ววัน โดยการ

ขับเคลื่อนจากเล็กไปหาใหญ่ จากง่ายไปหายาก แล้วอาศัยเรื่องของผลงานทั้งหมดไปสร้างเป็นสื่อ และสร้างเป็นส่วนที่สำหรับการศึกษาดูงานรวมทั้งการฝึกอบรม ในมุมที่สามของสามเหลี่ยม เพื่อเร่งกระบวนการให้เร็วขึ้น ในช่วงที่ ท่านนายกรัฐมนตรีไปเยี่ยมปราชญ์ชาวบ้าน และไปนอนที่บ้านปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มปราชญ์ชาวบ้านได้ถือโอกาสเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อที่จะให้เรื่องนี้เร็วขึ้น ปราชญ์ชาวบ้านได้พยายามเพื่อที่จะช่วยให้สิ่งที่รัฐบาลคิดในการแก้ปัญหาความแห้งแล้ง โดยขุดสระในไร่นา สามารถเกิดเป็นจริงในการช่วยเหลือประชาชนมากขึ้น จึงช่วยเสนอแนะเชิงนโยบายเข้าไปอีกสองเรื่อง เรื่องที่หนึ่งคือการจัดเวทีการเรียนรู้ทุกระดับเพื่อที่จะให้เด็กและเยาวชนรักถิ่น รวมทั้งกลุ่มเกษตรกรเองสามารถเรียนรู้จนเข้าใจ และพาตัวเองไปสู่เศรษฐกิจพอเพียงอย่างมีความสุขได้

เรื่องที่สองได้เสนอแนะเชิงนโยบาย ในเรื่องของการทำเกษตรประณีตหนึ่งไร่ เพื่อให้เกิดความพออยู่พอกิน การทำเกษตรประณีตบนพื้นที่ 1 ไร่ถูกจัดประกายขึ้น ในเครือข่ายปราชญ์ชาวบ้านและพหุภาคี ภาคอีสานได้สร้างความคึกคักตื่นตัวการทดลองครั้งใหม่ได้อย่างรวดเร็ว การระดมความคิดเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง แต่ละคน แต่ละกลุ่ม ช่วยกันออกแบบวางแผนจากประสบการณ์ของตัวเองที่จะนำไปลงมือปฏิบัติให้เห็นจริงในพื้นที่ของตน แม้จะต่างมุมมอง ต่างความคิด แต่ก็ล้วนยืนอยู่บนพื้นฐานของหลักการเดียวกัน โดยทำเกษตรแบบผสมผสานปลูกหลากหลาย ไม่ทำอย่างเดียว แต่ทำอยู่ทำกินให้ครบทุกอย่าง อุดรुरू การทำเกษตรแบบประณีตบนพื้นที่ 1 ไร่ให้พออยู่ พอกิน องค์ประกอบสำคัญที่ทุกคนเห็นตรงกันว่าจะต้องมี คือ การอมน้ำ ออมดิน ออมต้นไม้ และอมสัตว์ การอมน้ำเริ่มต้นจากการจัดหาน้ำ แหล่งน้ำ อาจจะขุดบ่อ ขุดสระ หรือขุดคลองรอบพื้นที่ ที่สำคัญต้องเก็บน้ำไว้ให้ได้เพื่อที่จะมีน้ำใช้ การอมดิน คือ การฟื้นฟู และการรักษาความอุดมสมบูรณ์ของดิน ด้วยซากพืช ซากสัตว์ ทำปุ๋ยคอก ปุ๋ยหมักชีวภาพไว้ใช้เอง ไม่ใช้ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลงอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้ดินเสื่อมสภาพและทำลายสิ่งมีชีวิตที่ช่วยทำนุบำรุงดิน

นอกจากนี้ต้องพยายามไม่เปิดหน้าดินด้วยการปลูกพืชคลุมดินโดยเฉพาะพืชตระกูลถั่ว เมื่อน้ำดี ดินดี ระบบนิเวศโดยรวมก็จะดีขึ้น พืชผลก็จะเจริญงอกงาม ส่วนการอมต้นไม้ ก็คือการปลูกพืชหลากหลาย บางคนอาจจะแบ่งพื้นที่สำหรับการปลูกข้าว แต่บางคนอาจไม่ทำนา แต่เน้นการปลูกพืชผลที่เก็บกินและขายได้ เริ่มตั้งแต่พืชระดับล่าง คือ พืชผักสวนครัวทุกชนิด ไปจนถึงสมุนไพรร และไม้ดอก สำหรับช่วยไล่แมลง อาจจะทำโรงเรือนเพาะเห็ดเพื่อกินและขายเป็นรายได้เสริมด้วยก็ได้ ถัดไป คือ พืชระดับกลาง ได้แก่ ไม้พุ่ม ไม้ผลต่างๆ ซึ่งถ้าใช้พันธุ์พื้นถิ่นก็จะทนแล้งได้ดี ที่ขาดไม่ได้เลยก็คือ กล้วย เพราะจะช่วยดูดซับน้ำไว้หล่อเลี้ยง ไม้ผล ไม้ยืนต้นต่างๆ ส่วนพืชระดับสูงที่ควรนำมาปลูกสลักกันไป ก็คือ ไม้ยืนต้น ไม้ใช้สอย



ที่จะเติบโตเป็นบ้านอายุชีวิตในระยะยาว สุดท้าย คือ การออมสัตรี อาศัยสัตว์พันธุ์พื้นเมืองที่  
ทนโรคทนแล้ง ด้วยกระบวนการออดมดั่งกล่าว ช่วยให้มือผู้มีกิน เหลือกินได้แจกช่วยให้มีเพื่อน  
เหลือแจกได้ขายช่วยให้มีเงิน มีอาหารปลอดภัยไร้รับประทาน และได้ออกกำลังกายเหมาะสมกับวัย  
จึงกลายเป็นคนที่มีมือผู้มีกิน มีเพื่อน มีเงิน มีความสุขทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม  
และทางปัญญา ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของครอบครัวอบอุ่น ของชุมชนเป็นสุข และของประเทศ  
ไทยแข็งแรงตลอดไป

**C31****Healing Environment Award**

12 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 1

ดวงสมร บุญผดุง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

ผู้แทนจาก

▶ รพ.กะพ้อ

▶ รพ.บีแคร์

▶ รพร.ด่านซ้าย

▶ รพ.ชุมพลบุรี

▶ หอผู้ป่วยหนัก ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ รพ.รามธิบดี

Healing Environment เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลที่ทำให้ผู้ใช้สอยรู้สึกดี สบาย ผ่อนคลาย ซึ่งความรู้สึก การสัมผัสถึงความต้องการ ความทุกข์ของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การบำบัดและเยียวยาที่ได้ผล องค์ประกอบต่างๆ ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น แสง สี เสียง กลิ่น ทัศนียภาพ งานศิลปะ เสียง วัสดุและพื้นผิวต่างๆ มีอิทธิพลอย่างมากต่อการบำบัดเยียวยาผู้ป่วย

โครงการ SHA ได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เยียวยาผู้คนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ให้เกิดความอบอุ่นจนสามารถเยียวยาจากความทุกข์ยากได้ โดยเชื่อมโยงผสมผสานองค์ความรู้ของสถาปนิก อาจารย์โกศล จึงเสถียรทรัพย์ ก่อให้เกิดรูปธรรมของการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เยียวยาผู้ป่วยและผู้รับบริการได้อย่างน่าชื่นชม

ท่านจะได้เรียนรู้ เบื้องหลังแนวคิดการออกแบบของโรงพยาบาล 5 แห่ง ที่แตกต่างทั้งภูมิภาค วัฒนธรรม สร้างสรรค์ผลงานดีเด่นจนได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ Healing Environment Award

เรามีจุดเปลี่ยนอย่างไร ทำแล้วผลลัพธ์ที่ตามมาเป็นอย่างไร โดยผู้ดำเนินการอภิปราย ได้แก่ อ.ดวงสมร บุญผดุง รองผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และผู้จัดการโครงการ SHA ร่วมกับ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งได้จุดประกายเรื่องนี้ตั้งแต่ HA National Forum ครั้งที่ 9 ทั้งสองท่านจะเชื่อมโยงให้เห็นแนวคิด ที่มา ของการเยียวยา พร้อมทั้งต่อยอดแนวคิดของการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในมุมมองอื่นๆ ได้อย่างน่าสนใจ



## ระบบที่สนับสนุน ความยั่งยืน

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A12	ดูความคุ้มค่าก่อนเลือกใช้โรงพยาบาลไทยเข้มแข็ง
	10.30-12.00 น.	A22	Health Impact Assessment
	13.00-16.30 น.	A32	กำลังคน: ภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน (1)
A42		กำลังคน: ภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน (2)	
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B12	รวมพลังสร้างสรรค์ สังคมไทยไร้บุหรี
	10.30-12.00 น.	B22	นวัตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี ประสบการณ์จริงที่ไม่อิงนิยาย
	13.00-14.30 น.	B32	ช่วยชีวิตฉบับพลัน ด้วยเครือข่าย Thrombolytic
	15.00-16.30 น.	B42	คุณภาพบริการเครือข่ายเภสัชกรรมในระบบ UC
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C12	เหล่า อสูรร้ายของระบบสุขภาพ
	10.30-12.00 น.	C22	Check Act Plan Do: เริ่มเช็คที่ Health Outcome
	13.00-14.30 น.	C32	คนไร้สิทธิ์



A12

**ดูความคุ้มค่าก่อนเลือกใช้โรงพยาบาลไทยข้ามเชิง**

10 มีนาคม 2553 เวลา 09.00-10.00 น. ห้อง Sapphire 2

สมบัติ ฉิมสา (สภาจ๊ก)

ณัฐวุฒิ พิมสุวรรณค์

ภญ.จรรยา สิริวีโรจย์

ธีระ ศิริสมุด

ชาติชาย จินดา (สภาจ๊ก)

เชิญขวัญ ภูษณงค์

ทรงยศ พิลาสันต์

จอมขวัญ โยธาสมุทร

ดร.เดชรัตน์ สุขกำเนิด	มูลนิธินโยบายสุขภาพ
สิริวรรณ จันทนจุลกะ	กรมอนามัย
ประเชิญ คนเทศ	โรงเรียนศรีวิชัยวิทยา
ธัญญาภรณ์ สุรภักดี	มูลนิธินโยบายสุขภาพ

### เอชไอเอ : เครื่องมือใหม่ ไขกุญแจสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ท่ามกลางกระแสแห่งยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เราต้องเผชิญกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบใหม่ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นจึงถือเป็นความท้าทายใหม่ในการดำเนินงานของผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริม และคุ้มครองสุขภาพสุขภาพของประชาชน

ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ได้ให้สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมทั้งกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ คุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน (ม. 67 วรรค 1)

ซึ่งสอดคล้องกับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้นิยามความหมายของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (มาตรา 3)” และกำหนดสิทธิของบุคคล “มีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (มาตรา 5)”

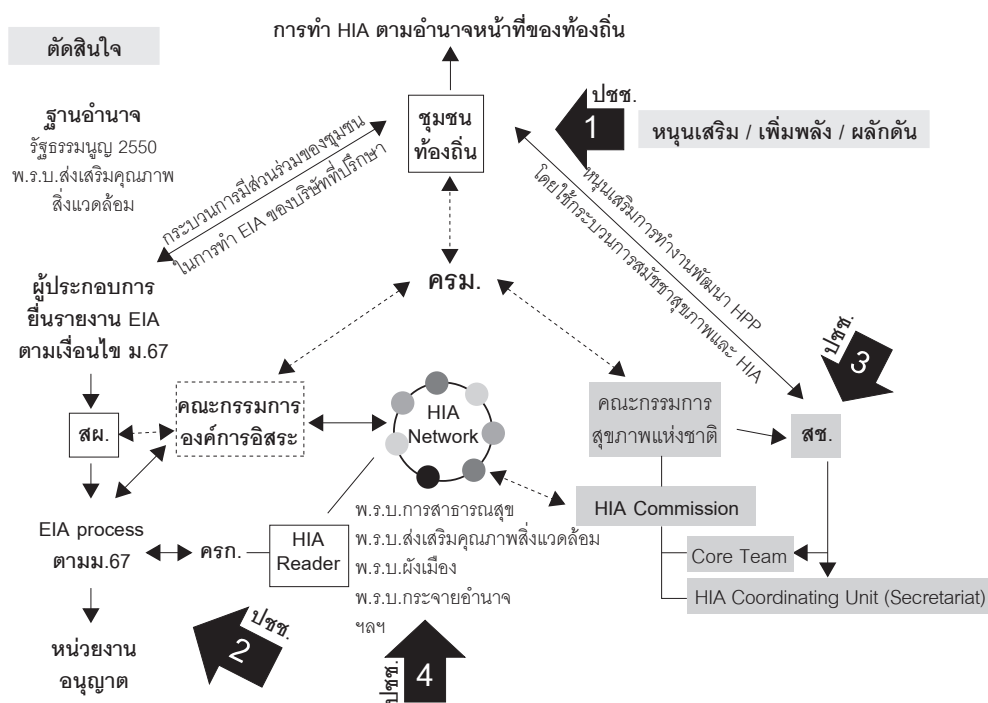
การเสวนาในหัวข้อ “เอชไอเอ : เครื่องมือใหม่ ไขกุญแจสู่การสร้างเสริมสุขภาพ” จึงเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เอชไอเอ หรือ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อันจะนำพาเราไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน อีกทั้งความท้าทายต่อไปสำหรับการประยุกต์ใช้เอชไอเอในสังคมไทยท่ามกลางบริบทที่แตกต่างและหลากหลาย ผ่านการถ่ายทอดจากมุมมองและเรื่องราวจากประสบการณ์ของวิทยากรแต่ละท่าน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเอชไอเอ ได้แก่

- **ดร. เดชรัตน์ สุขกำเนิด** ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Co-Unit) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ

แห่งชาติ องค์การอิสระที่ทำหน้าที่ประสานงาน และพัฒนาระบบและกลไกเอชไอเอ

- **คุณสิริวรรณ จันทนจุลกะ** ผู้อำนวยการกองสุขภาพชุมชนและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย หน่วยงานภาครัฐซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบด้านเอชไอเอ
- **คุณประเชิญ คนเทศ** ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน องค์การภาคประชาสังคมที่มีประสบการณ์นำเอาเอชไอเอไปขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่น

## ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย



## แผนภาพแสดงความเชื่อมโยง ระบบ และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย

## ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน

---

ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน นครปฐม เกิดจากการรวมตัวของกลุ่มคณะบุคคล ได้แก่ บ้าน วัด และโรงเรียน เพื่อร่วมกันฟื้นฟูแม่น้ำท่าจีนมาเป็นเวลา 11 ปี โดยจัดกิจกรรมต่างๆ ด้านปลูกจิตสำนึกให้ผู้ที่อาศัยริมแม่น้ำ และผู้ที่ใช้น้ำในการประกอบอาชีพ ได้ตระหนักถึงคุณค่าของแม่น้ำ ซึ่งเปรียบประดุจแม่ที่ให้อาหารชีวิตแก่มวลมนุษยชาติ โดยไม่ทิ้งขยะและน้ำเน่าเสียลงแม่น้ำ คู คลอง นอกจากนี้ชมรมฯ ยังประสานงานภาครัฐ ในกรณีที่เกิดปัญหาต่างๆ กับแม่น้ำ

ชมรมฯ คือเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน ระหว่างเพื่อนสมาชิก เพื่อสร้างคนท่าจีน ให้เป็นผู้ใฝ่รู้ คู่ คุณธรรม ปัจจุบันเครือข่ายเพื่อนรักท่าจีนประกอบด้วย วัดต่างๆ 50 กว่าวัด โรงเรียนต่างๆ 40 กว่าโรงเรียน เครือข่ายคลอง 20 กว่าคลอง พันธมิตรทั้งภาครัฐ และองค์กรเอกชนต่างๆ อีกหลายองค์กร

ภาระผูกพันทางใจของ ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีนนครปฐม คือ สร้างคนหัวใจมนุษย์ 4 ด้าน ได้แก่ สร้างองค์ความรู้ สร้างคนท่าจีนให้รู้กว้าง สรุปลงได้ ถ่ายทอดเป็น สร้างเพื่อนด้วยการจับมือร่วมทำงานกับองค์กรต่างๆ สร้างคนรักถิ่น สอนลูกหลานท่าจีน

## การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

---

สิริวรรณ จันทนจุลกะ กรมอนามัย

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจในกระบวนการพัฒนาต่างๆ เป็นเครื่องมือที่นำเรื่อง “สุขภาพ” เข้าไว้ใน “หัวใจ” ของการพัฒนา เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ เห็นได้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก/IAIA กำหนดไว้ว่าการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment) หมายถึง “กระบวนการ วิธีการ และเครื่องมือที่หลากหลาย ที่ใช้เพื่อการคาดการณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ที่มีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและการกระจายของผลกระทบในกลุ่มประชากร และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจะกำหนดถึงกิจกรรมที่เหมาะสมในการจัดการผลกระทบเหล่านั้น” (องค์การอนามัยโลก/IAIA 2006)

สำหรับประเทศไทย จากการที่ประชาชนได้ฟ้องร้องหน่วยงานภาครัฐให้ปฏิบัติตาม มาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ทำให้สังคมไทย ได้รับรู้และกล่าวถึงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง สิ่งที่รัฐธรรมนูญ กำหนดไว้คือ “การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่าง

รุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้  
เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน  
ในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน  
รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  
และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ  
หรือด้านสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

การอภิปรายนี้จะช่วยให้ท่านเข้าใจถึงหลักการและการประยุกต์ใช้ “การประเมิน  
ผลกระทบต่อสุขภาพ” ในบริบทต่างๆ ทั้งในการพัฒนาสถานพยาบาลของตนเอง บทบาท  
ของท่านต่อสังคม ชุมชน และการใช้เครื่องมือนี้เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน  
ได้ในบทบาทและบริบทที่ท่านรับผิดชอบ



ศ.นพ.สมอาจ วงษ์ชมทอง	ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
นพ.เทียม อังสาชน	โรงพยาบาลสระบุรี
นพ.ตีพิมพ์ร จ่างจิต	โรงพยาบาลพาน
พญ.สมสิริ สกลสัตยาทร	โรงพยาบาลสมิติเวช
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพที่ทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างยั่งยืนนั้น มีองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่ขาดไม่ได้ ตั้งแต่โครงสร้างและบทบาทของระบบบริการในแต่ละระดับ ทรัพยากรในระบบ ได้แก่ กำลังคน ยา อาคารสถานที่ รวมทั้งระบบสนับสนุน เช่น ระบบการเงินการคลัง เป็นต้น

ปัจจัยเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ จัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในระดับต้นๆ ของปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพมีบทบาททั้งเป็นผู้นำและผู้สนับสนุนและผู้ให้บริการเพื่อให้ระบบสุขภาพดำเนินไปได้และส่งผลไปถึงประชาชนในวงกว้าง นอกจากนี้ยังเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรอื่นๆ และเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ตลอดทั้งเป็นแหล่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของงานดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขอีกด้วย จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นที่ระบบสุขภาพจะต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพที่มีปริมาณเพียงพอ มีทักษะที่เหมาะสม ตลอดทั้งมีกำลังคนที่มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานด้วย

ที่ผ่านมามีปัญหาของกำลังคนด้านสุขภาพที่ประเทศกำลังเผชิญอยู่นั้น นอกจากปัญหาความขาดแคลน และการกระจายตัวอย่างไม่เหมาะสมแล้ว ปัญหาระดับจุลภาคที่สำคัญได้แก่ การบริหารจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพ จะเห็นว่าการบริหารจัดการกำลังคนที่เหมาะสมเป็นกุญแจหลักที่จะนำไปสู่การบรรลุการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

ในการจัดเสวนาเรื่อง “การบริหารจัดการกำลังคนเพื่อนำไปสู่คุณภาพบริการที่ยั่งยืน” นี้จึงเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง นักบริหาร ผู้ให้บริการ นักวิชาการ และผู้สนใจทั่วไป ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โดยจะมีการนำเสนอประสบการณ์การบริหารจัดการกำลังคนจากองค์กรภาคเอกชนที่ประสบผลสำเร็จ ทั้งยังมีประสบการณ์จากภาครัฐทั้งในระดับสถานพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิตำเสนอเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ยังจะเปิดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนอย่างกว้างขวางอีกด้วย

ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ  
เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (สสส.)  
ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

### รวมพลังสร้างสรรค์ สังคมไทยไร้บุหรี่

ศ.เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทย  
ปลอดบุหรี่ (สสส.)

บุหรี่ยับเป็นสารเสพติดชนิดเดียวที่ยังมีการซื้อขายกันอย่างถูกกฎหมายในปัจจุบัน  
ทั้งๆ ที่ในบุหรี่ยังมีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ปะปนอยู่มากมาย ซึ่งสารพิษ  
เหล่านี้เป็นต้นเหตุในการทำให้เกิดโรคต่างๆ ขึ้นในร่างกายของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด ที่เราเรียก  
ว่าได้รับควันบุหรี่มือสอง และมีผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้เกือบทุกระบบในร่างกาย จนกระทั่ง  
ทำให้เสียชีวิต

ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ที่จะต้องช่วยกัน  
รณรงค์ให้ความรู้ ดูแลให้การรักษาผู้ที่จะเริ่ม ผู้สูบ ให้รู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งองค์การอนามัย  
โลกได้ตระหนักถึงความสำคัญอันนี้ว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดใน  
การช่วยผู้ที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบ จึงเป็นที่มาในการกำหนดประเด็นของการรณรงค์เนื่องใน  
วันงดสูบบุหรี่โลก เมื่อ 31 พฤษภาคม 2548 ว่า “บุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมการ  
สูบบุหรี่ (Health Professional and Tobacco Control)” พร้อมทั้งได้มีการร่วมกันร่าง  
และลงนามเห็นชอบในจรรยาปฏิบัติ (Code of Practice) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการ  
ควบคุมยาสูบ เมื่อมกราคม 2547 ณ กรุงเจนีวา

สำหรับประเทศไทยนั้น ในเดือนเมษายน 2548 ได้มีการรวมตัวกันของวิชาชีพแพทย์  
ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสาธารณสุข ทั้ง 5 องค์กร จัดตั้งเป็น “เครือข่ายวิชาชีพ  
สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่” ขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ต่อมาในเดือนสิงหาคม 2548 ได้เพิ่มสมาชิกเครือข่ายวิชาชีพ  
สุขภาพอีก 2 องค์กร ได้แก่วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด ปีเดียวกันในเดือน  
กันยายน คือวิชาชีพหมออนามัย และต่อมาปี พ.ศ.2549 จิตวิทยาคลินิก ก็เข้ามาเป็นอีกหนึ่ง

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เดือนตุลาคมและธันวาคม 2550 ได้เพิ่มสมาชิกใหม่ คือ วิชาชีพแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ เวชนิทัศน์ และรังสีเทคนิค ล่าสุดเมื่อเดือนธันวาคม 2551 วิชาชีพสัตวแพทย์ เวชศาสตร์การกีฬา และศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ได้เข้ามาเป็นสมาชิกของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ปัจจุบันมีสมาชิกรวมทั้งสิ้น 17 องค์กร ซึ่งได้ร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในหลายๆ ด้านเพื่อให้สังคมไทยปลอดบุหรี่ตามจรรยาปฏิบัติว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ 14 ข้อ ขององค์การอนามัยโลกให้เป็นรูปธรรม ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เป็นภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ซึ่งต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินตามจรรยาปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนได้มีสุขภาพดี อยู่ในสังคมไทยที่ไร้บุหรี่

## รวมพลังวิชาชีพก้าวไกล...ไขประตูสู่ออกอากาศ

ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ได้รับการก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2548 ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ได้ระบุไว้ว่า Health Professional and Tobacco Control ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในแต่ละประเทศต่างไม่ค่อยให้ความสนใจกับงานควบคุมยาสูบและการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศของตนนัก ทั้งๆ ที่ยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้คนมากถึงปีละ 5 ล้านคนและก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ไม่ต่ำกว่า 25 โรคทั่วร่างกาย บุคลากรวิชาชีพส่วนใหญ่เลือกที่จะแก้ปัญหาที่ปลายเหตุโดยกัมน้ำยอมรณะในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จำนวนมากที่นับวันจะยิ่งทวีคูณขึ้นเรื่อยๆ

ตลอดเวลาหลายปีที่ผ่านมา ด้วยยุทธศาสตร์ WAKE ทางเครือข่ายวิชาชีพได้นำระบบ 5A นำร่องติดตั้งเข้าสู่งานประจำในสถานพยาบาลหลายๆ ระดับเพื่อเป็นต้นแบบสู่การพัฒนาขั้นต่อไป โดยเน้นที่ A1-Ask พร้อมกันนั้น ได้เปิดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการรักษาโรคติดบุหรี่ให้แก่บุคลากรวิชาชีพ มีบุคลากรกว่า 1,200 คนจากทั่วประเทศเข้ารับการอบรม และทางเครือข่ายฯ ยังได้พัฒนาสื่อให้ความรู้ด้านนี้ในรูปแบบต่างๆ

เพื่อให้การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยตรงตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น ทางเครือข่ายฯ จึงได้ริเริ่มโครงการชื่อ SMART quit clinic program เพื่อสนับสนุนและพัฒนาบริการช่วยเลิกบุหรี่ทั่วประเทศให้เป็นไปตามมาตรฐาน พร้อมมีการเก็บข้อมูลการเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบในระดับชาติและสร้างเครือข่ายบริการช่วยเลิกบุหรี่ที่เข้มแข็งให้เกิดขึ้นในสังคมไทย นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการปลูกฝังทัศนคติและความรู้ให้แก่นิสิตนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ

รุ่นใหม่ ๆ โดยการปรับเพิ่มเนื้อหาด้านการเลิกบุหรี่ลงในหลักสูตรปริญญาตรีเพื่อเตรียมความพร้อมด้านนี้ให้แก่บุคลากรรุ่นใหม่ตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษา โครงการนี้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี มีจำนวนของคลินิกเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าตัวนับตั้งแต่เครือข่ายฯ เริ่มก่อตั้ง

ในอนาคต เครือข่ายฯ มีโครงการที่จะต้องดำเนินงานต่อยอดอีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดระบบการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ให้บุคลากรทุกระดับสามารถเข้าถึงง่ายขึ้น เช่น online training นอกจากนี้ การกระตุ้นให้มีการบรรจุเอาเรื่องของยาสูบเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์พิจารณามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และการผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป ยิ่งกว่านั้น เครือข่ายฯ ยังมีแผนที่จะนำ social networks ต่าง ๆ และอินเทอร์เน็ตเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านนี้ให้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายในระดับภูมิภาคที่เรียกว่า Asia-Oceania Physician Alliance on Tobacco Control (AOPTC) ซึ่งจะกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้คนไทยได้รับการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยมาตรฐานสากลอย่างแท้จริง

**B22**

## นวัตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดภัย ประสบการณ์จริงที่เมืองนิยาย

11 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 2

นพ.กมล วีระประดิษฐ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
นพ.दनัย เจียรกุล	โรงพยาบาลเชียงใหม่
พล.ต.ต.หญิงจันทนา วิทวาศิริ	โรงพยาบาลตำรวจ
นิตยา เพชรสุข	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.เกียรติคุณ นพ.ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ	แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

### นวัตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดภัยโรงพยาบาลหาดใหญ่ปลอดภัย 100%

นพ.กมล วีระประดิษฐ์                      โรงพยาบาลหาดใหญ่

ควันบุรีเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด ไม่มีระดับที่ปลอดภัยจากการได้รับควันบุรีมือสอง แม้จะได้รับเพียงระยะเวลาสั้นๆ ก็เป็นอันตรายได้ โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งของประชาชนด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลในการชี้นำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แก่ผู้มาใช้บริการ บุคลากรโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพด้วยการไม่สูบบุหรี่ เป็นผู้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ประชาชน และเป็นผู้นำในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 591 เตียง ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2,440 รายต่อวัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 135 รายต่อวัน ได้เริ่มดำเนินการเปิดคลินิกเลิกบุหรี่ครั้งแรกเมื่อ 2 มิถุนายน 2536 โดยกลุ่มงานสุขศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ และได้ดำเนินการโครงการโรงพยาบาลปลอดภัย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2543 เป็นต้นมา การดำเนินการเริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นประธาน หัวหน้าฝ่ายหัวหน้ากลุ่มงานเป็นกรรมการ และแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่อวางแผนและดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่งที่นิ่งพักผ่อนได้ต้นไม้ ให้ศึกษาด้วยตนเอง มุ่งมั่น ได้กำหนดนโยบายโรงพยาบาลหาดใหญ่ปลอดภัยเป็นลายลักษณ์อักษร และประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับทราบโดยทั่วกัน ทั้งภายในภายนอกโรงพยาบาลหลายช่องทาง จัดสภาพแวดล้อมทุกพื้นที่ทั้งในและนอกอาคารเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ติดแผ่นป้าย “โรงพยาบาลเขตปลอดบุหรี่” และติดสติ๊กเกอร์ “ขอบคุณที่ไม่สูบบุหรี่” ทั่วบริเวณโรงพยาบาล ตั้งแต่ประตูทางเข้าจนถึงที่พักผู้ป่วยและทุกจุด ที่ผู้มารับบริการเดินผ่าน นอกจากนี้ ยังมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และ

## พิษภัยของบุหรี่ ดัดไว้

การจัดระบบบริการช่วยเหลือผู้ติดยาสูบได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ติดยาสูบ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข โดยใช้หลัก 5A's ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในทุกจุดที่ให้บริการ สร้างเครื่องมือบันทึกข้อมูลในประวัติผู้ป่วย และมีระบบส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่อย่างชัดเจน มีกิจกรรมให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เช่น ศัลยแพทย์แนะนำผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ก่อนผ่าตัด โครงการ “หยุดสูบ ก่อนสลบ” โดยทีมวิสัญญีพยาบาล โครงการ “ปอดใส ไร้ควันบุหรี่” ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืดโดยพยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก ในผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบโดยทันตแพทย์ และในกลุ่มญาติผู้ป่วยผู้ไร้กล่องเสียงโดยพยาบาล แผนกหู คอ จมูก รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานสุขศึกษา

ปัจจุบันกลุ่มงานจิตเวชได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกเลิกบุหรี่ และพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาสูบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในปี 2553 นี้ได้วางแผนจะดำเนินการขยายเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและโรงเรียนทั้งระดับประถมและมัธยมต่อไป

## โรงพยาบาลตำรวจปลอดบุหรี่ 100%

พล.ต.ต.หญิง จันทนา วิธวาศิริ โรงพยาบาลตำรวจ

เดิมโรงพยาบาลตำรวจจัดเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยมีเขตอนุญาตให้สูบบุหรี่นอกอาคาร ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และตามข้อตกลง (MOU) ที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติทำไว้ร่วมกับ 19 กระทรวง

พ.ศ. 2550 นายแพทย์ใหญ่มีนโยบายพัฒนาให้โรงพยาบาลตำรวจเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในพื้นที่ใดๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้การคุ้มครองสุขภาพกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งกับผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ได้ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจำนวน 731 คน พบว่ามีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 11.68 และเจ้าหน้าที่สถาบันนิติเวชวิทยา 51 ราย พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 42.1 ได้จัดทำ “โครงการข้าราชการตำรวจโรงพยาบาลตำรวจร่วมใจลดบุหรี่” โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งในโรงพยาบาลและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ “นายแพทย์ใหญ่ประกาศให้โรงพยาบาลตำรวจปลอดบุหรี่ 100% ตั้งแต่ 5 ธันวาคม 2550 เป็นต้นไป”

เมื่อดำเนินการครบ 2 ปี บุคลากรโรงพยาบาลตำรวจ มีแนวโน้มจะลดและเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง มีระบบการค้นหาดูแลผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้งในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ชัดเจน กำลังจะพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาลตำรวจตามลักษณะงานที่ทำรวมไปถึงการให้ความรู้เรื่องบุหรี่และบริการเลิกบุหรี่ให้วิทยากรตำรวจในแต่ละกองบัญชาการ เพื่อความความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ เป้าหมายสูงสุดคือการกระตุ้นให้เกิดโรงพักปลอดบุหรี่ 100% ในอนาคต และทุกกลุ่มงานของโรงพยาบาลตำรวจรวมใจ “มุ่งมั่นให้บริการด้วยอากาศปลอดควันบุหรี่”

## นวัตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ประสบการณ์จริงที่ไม่อิงนิยาย

รศ.นพ.ชายชาญ โพธิรัตน์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีกระแสสังคมสูงในการต่อต้านการสูบบุหรี่ โดยเป็นที่ยอมรับและชื่นชมจากองค์กรสากล โดยบุคคลที่สมควรยกย่องว่าเป็นผู้บุกเบิกในด้านนี้และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดคือ ท่านศาสตราจารย์นายแพทย์ประภิต วาทีสาธกิจ จนปัจจุบันรัฐบาลได้ยอมออกกฎหมายใหม่เพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และยอมให้ติดค่าเตือนพร้อมรูปภาพที่สะท้อนถึงมหันตภัยต่อสุขภาพของนักสูบอย่าง ที่ปรากฏในปัจจุบัน ยังผลให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ในระดับประเทศลดลงอย่างช้า ๆ เป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่อีกด้านหนึ่งซึ่งยังไม่ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพควบคู่กันไปในการรองรับผู้ที่ต้องการและมีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่คือ การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ ตามโรงพยาบาลจังหวัดและชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ ปัจจุบันนี้สามารถกล่าวได้ว่า แทบไม่มีคลินิกเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ประเด็นสำคัญคือ เพราะยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ

คู่มือการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพนี้ นับเป็นนวัตกรรมเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ โดยจัดทำขึ้นจากประสบการณ์จริงของทีมงานคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งหน่วยวิชาโรคระบบการหายใจ เวชบำบัดวิกฤตและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้เป็นผู้ริเริ่ม รับผิดชอบ และดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับจนประสบความสำเร็จสูงในระดับที่น่าภูมิใจ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหวังว่า การพัฒนาคลินิกดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในระดับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ รองรับกับกระแสการ



รณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ที่มีอย่างกว้างขวางในระดับประเทศ เพื่อส่งเสริมและเร่งให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างรวดเร็ว วัตถุประสงค์นี้ไม่สงวนลิขสิทธิ์ และสนับสนุนให้นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมอย่างแพร่หลาย เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงการรับบริการ สำหรับผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ด้วยปณิธานเพียงเพื่อให้ “สังคมไทยใหนอนาคตอันใกล้ จักสู้อสังคมไร้หูกสูบบุหรี่อย่างแท้จริง”

นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.โชติพงษ์ ศิริพัฒนามงคล	โรงพยาบาลแม่จัน
นพ.โชคชัย ลีโทชวลิต	โรงพยาบาลกาฬ
นพ. ปานเทพ คณานุรักษ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิต และทุพพลภาพจำนวนมาก จากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (stroke) (ร้อยละของการเสียชีวิตเท่ากับ 8.47, 8.21 ในปี 2550 และ 2551) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (acute ST elevated myocardial infarction: STEMI) (ร้อยละของการเสียชีวิตเท่ากับ 16.39, 17.17 ในปี 2550 และ 2551) ซึ่งการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated) ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ และสปสช. พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้

ดังนั้นในปี 2550 สปสช. จึงได้เริ่มให้มีการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคหัวใจ และจัดระบบบริหารจัดการโรคเฉพาะสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยพัฒนาหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพให้มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว

ต่อมา ในปี 2552 สปสช. ได้พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated แบบครบวงจรในรูปแบบเครือข่าย โดยสปสช. แต่ละเขตพื้นที่ที่จะสร้างเครือข่ายการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างคุ้มค่า และเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละระดับหน่วยบริการ โดยแบ่งเป็นหน่วยบริการแม่ข่าย และหน่วยบริการลูกข่าย ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบครบวงจรตั้งแต่การวินิจฉัย ให้คำปรึกษา การรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด การส่งต่อไปยังหน่วยบริการแม่ข่าย และการส่งกลับไปยังหน่วยบริการลูกข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังจากพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานอย่าง

ทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพ และความพิการ นับว่าเป็นการพัฒนามาตรฐาน และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated อย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพของประเทศไทย

**B42****คุณภาพบริการเครือข่ายเภสัชกรรมในระบบ UC**

11 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Sapphire 2

ภญ.อภิรดี อภิวัดมนนาร	โรงพยาบาลพาน
ภญ.สุวิดา อินธาก้อน	โรงพยาบาลพาน
ภญ.ชนิษฐา วัลลิพงษ์	โรงพยาบาลสูงเนิน
ผศ.ภญ.ดร.นิตดา เกียรติยิ่งอังศุลี	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปนัดดา ลีสถาพรวงศ์ษา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในสถานบริการปฐมภูมิ อ.พาน จ.เชียงราย**

ภญ.อภิรดี อภิวัดมนนาร      โรงพยาบาลพาน

จากการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลพานในปีงบประมาณ 2552 ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาในโรงพยาบาล แต่ในส่วนชุมชนกลับพบปัญหาการเฝ้าระวังในด้านการรายงานที่ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ การเกิดอาการในผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น จากการซื้อยากินเอง จากการใช้บริการที่สถานเอนามัย หรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยหลังได้รับยาจากโรงพยาบาล กอปรกับกลุ่มยาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นกลุ่มยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้ปัญหายังมีความรุนแรง จึงมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ในโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ ชุมชน และครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ในการเฝ้าระวัง และมีความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กิจกรรมการพัฒนาได้แก่ การจัดอบรมทางวิชาการเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องใน PCU, การสร้างเครือข่ายและร่วมวางระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระหว่างโรงพยาบาลกับ PCU, จัดส่งข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาจากโรงพยาบาลสู่ PCU และการส่งผู้ป่วยสงสัยแพ้ยาจาก PCU มาโรงพยาบาล, สรุปและประเมินผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนา

จากการตรวจเยี่ยม พบว่ามีศูนย์สุขภาพชุมชนที่สามารถวางระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาตามแนวทางที่วางไว้ 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90 และโรงพยาบาลพานส่งข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทุกเดือน

บทเรียน: การใช้ความรู้และการสร้างความเข้าใจในเรื่องการแพทย์มีความสำคัญ, ต้องเลือกวิธีการส่งข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อความครบถ้วน การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นอีกหนึ่งทางเลือก การพัฒนาและขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาไปสู่ผู้นำชุมชนหรืออสม. ทำให้การเฝ้าระวังครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ควรพัฒนาและขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาไปสู่คลินิก และร้านยาในชุมชน เพื่อครอบคลุมช่องทางการกระจายยามากขึ้น

## การพัฒนาระบบยาในสถานบริการปฐมภูมิ เครือข่าย อ. พาน

ภญ.สุวิดา อินทาก้อน

โรงพยาบาลพาน

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2549 ได้เยี่ยมสำรวจและประเมินการดำเนินงานเภสัชกรรม ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอพาน จำนวน 19 แห่ง โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอพาน มีการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน เพียงร้อยละ 40.79 ปัญหาสำคัญคือ การจัดเก็บยาในอุณหภูมิ 2- 8 องศาเซลเซียส ยังไม่มีศูนย์สุขภาพชุมชนปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน อัตราการคงคลังไม่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด พบว่ามียาเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ เหล่านี้เป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของประชาชน จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติให้ได้มาตรฐานโดยด่วน ซึ่งวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า ขาดการวางแผนเชิงระบบ ทำให้พัฒนาแบบแยกส่วน ขาดการวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติ ขาดระบบการติดตามนิเทศการปฏิบัติ ขาดงบประมาณที่จะนำมาปรับปรุงพัฒนาอาคารสถานที่ และจัดซื้ออุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนยังขาด ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักเรื่องคุณภาพ

จึงได้มีการพัฒนากระบวนการสนับสนุนของโรงพยาบาล ต่อการดำเนินงานเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การกำหนดกรอบรายการยาของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละระดับ, การสนับสนุนยา/เวชภัณฑ์ ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน, การสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ และการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาการปฏิบัติงานเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ การพัฒนาความรู้ของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน, การประเมินการปฏิบัติงานคลังยาในศูนย์สุขภาพชุมชน และการประเมินการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

ผลการดำเนินการพบว่าการกำหนดกรอบรายการยาของศูนย์สุขภาพชุมชนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาลวิชาชีพ และ ศูนย์แพทย์ชุมชน และมีการสนับสนุนยา/ เวชภัณฑ์ ให้ศูนย์สุขภาพชุมชน จะเห็นว่ามี

การเบิกจ่ายยา มีความเหมาะสม ตามปริมาณการใช้ คือ ศูนย์การแพทย์ชุมชน ซึ่งมีแพทย์ตรวจรักษา มีปริมาณการเบิกยา/เวชภัณฑ์ มากที่สุด, รองลงมาคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบจำนวนมากกว่า 9,600 คน ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยก็จะพบว่ามูลค่าการเบิกน้อย ประกอบกับโรงพยาบาลได้กำหนดให้มีการแนบแบบฟอร์มการตรวจสอบคลังทุกครั้งและส่งใบเบิก ซึ่งทำให้สามารถตรวจสอบความเหมาะสม และทำให้การเบิกอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ลดปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล ยาหมดอายุ ปริมาณคงคลังที่มากเกินไป และจากการนิเทศการปฏิบัติงานเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน ในปี 2550, 2551 และ 2552 พบว่า การปฏิบัติงานเภสัชกรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 92.5 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการมีนโยบายที่ชัดเจนเป็นระบบเป็นปัจจัยที่สำคัญของความสำเร็จ สรุปบทเรียนการทำงานเป็นทีม เกิดการประสานงานและนำไปสู่การปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น และสามารถต่อยอดงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของผู้ชุมชนได้ง่ายขึ้น

## การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

ภญ.ชนิษฐา วลีพงษ์

โรงพยาบาลสูงเนิน

งานบริการเภสัชกรรมในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย ที่ยังไม่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ เช่น การส่งมอบยาให้ผู้ป่วยโดยมีข้อมูลในการใช้ยาไม่เพียงพอ การส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ในปี 2551-2552 ก่อนการดำเนินการพบมีรายงานแพ้ยาซ้ำจากการใช้ยากลุ่ม Penicillins จากสถานบริการเครือข่ายปฐมภูมิ 2 ราย และการล่าช้าจากการเฝ้าระวัง ADR รุนแรงจากการใช้ยาจนส่งผลให้เกิด SJS 1 ราย การขาดข้อมูลเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่อง ขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรม ในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

กิจกรรมพัฒนาเริ่มต้นเกิดขึ้นประมาณปี 2545 เภสัชกรมีโอกาสร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการปฐมภูมิเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีผล FBS และ BP ในเกณฑ์ดี สมครใจรับยาที่เครือข่ายโดยมีแพทย์ตรวจเดือนละครั้ง เริ่มต้นที่ 2 แห่งและขยายมาเรื่อยๆ จนปัจจุบันมี 7 แห่ง ซึ่งโครงการนี้เป็นจุดเริ่มที่ทำให้เกิดการพัฒนาก้าวกระโดดสำหรับงานเภสัชกรรมในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่าย เนื่องจากเภสัชกรได้มีโอกาสร่วมในการทำงานกับทีมขณะปฏิบัติงานจริง ทำให้เห็นโอกาสพัฒนา ศักยภาพ ข้อจำกัด สำหรับนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกันได้ชัดเจนและต่อเนื่อง

กิจกรรมที่พัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการเภสัชกรรมได้แก่ พัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ พัฒนาระบบการจัดยา และส่งมอบยา พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา เภสัชกรมีส่วนส่งเสริมให้เกิดคุณภาพบริการเภสัชกรรมในสถานบริการปฐมภูมิเครือข่ายโดยการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ พัฒนาระบบจัดยาและส่งมอบยา พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา ซึ่งจากการดำเนินงานและประเมินผล พบว่ามีแนวโน้มพัฒนาที่ดีขึ้น

บทเรียนที่ได้รับพบว่าความต่อเนื่องในการประเมินติดตาม การปฏิบัติกิจกรรมในหลายๆ ด้าน มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพงานบริการเภสัชกรรมที่ยั่งยืน และการที่เภสัชกรร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการปฐมภูมิเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถร่วมวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนพัฒนาระบบ ตามบริบทของสถานบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งได้ชัดเจนขึ้น

การพัฒนาต่อเนื่องได้แก่ ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยา โดยเภสัชกรควรมีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการวางแผนการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ยา การขยายผลสู่การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม



ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

โรงพยาบาลน่าน

**สู้กับเหล่าร้ายด้วยเรื่องเล่าและจิตวิญญาณของชาวบ้าน**

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ โรงพยาบาลน่าน

รอบหลายสิบปีของวงการสุขภาพ เราได้ละทิ้งการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญอย่างยิ่งมายาวนาน นั่นคือปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้คนไทยดื่มเหล้าเบียร์เป็นอันดับ 5 ของโลก และยิ่งเมื่อคำนวณภาระโรคจะพบว่า เหล้าเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งของสังคมเพราะก่อความสูญเสียโดยทำให้วัยรุ่นเสียชีวิตและพิการจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ จากมะเร็งตับ และคนชราตายหรือพิการจากเส้นเลือดแตกในสมอง นอกจากนี้ยังส่งผลถึงปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคมที่น่าเศร้าอีกมากมาย

สุราทำให้คนน่านเสียชีวิตจากมะเร็งตับสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในรอบ 8 ปีที่ผ่านมา นับพลันเมื่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คลอดออกมาเท่ากับเครื่องมืออันทรงพลังได้ถูกส่งมายังมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนทุกคน ด้วยการเดินคุยกับร้านขายเหล้าจำนวน 4 ครั้ง จังหวัดน่านก็สามารถเป็นจังหวัดแรกที่ปลอดโฆษณาเหล้าเบียร์ทุกประเภท ซึ่งจะช่วยลดนักดื่มหน้าใหม่ลงได้ส่วนหนึ่ง และด้วยจิตวิญญาณของคนเมืองน่าน การขับเคลื่อนงานแข่งเรือปลอดเหล้า ส่งผลให้ยอดผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เมาสุราลดลง 80% และยอดผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลน่านลดลง 60% รวมทั้งไม่มีผู้เสียชีวิตในงานเทศกาลจากอุบัติเหตุเลย ทั้งที่ทุกปีจะมีการเสียชีวิต 1-2 ราย จากคนเมาสุราขับรถชนคนไม่เมาสุรา

จากนั้นการขับเคลื่อนที่เข้มข้นยังดำเนินต่อไปด้วยการรวบรวมเรื่องเล่าและภาพถ่ายของเด็กที่เสียชีวิตและพิการทางสมองเป็นเจ้าของชายนิทราจากการดื่มเหล้าในงานวันเกิดของเพื่อน ผู้ป่วยชายวัยกลางคนที่ดื่มเหล้าจนเส้นเลือดสมองแตกและทิ้งลูกที่เรียนอยู่มัธยม 2 และประถม 6 ไว้เบื้องหลัง ชายผู้เป็นมะเร็งตับจากการดื่มเหล้า ภรรยาที่ปวดหัวมาโรงพยาบาลเพราะถูกสามีเมาสุราทุบตี บีบคอ ชูข่า เด็กหญิงที่ถูกชวนไปขายบริการทางเพศในร้านเหล้าปับ เด็กที่อายุต่ำกว่า 20 ปีที่เมาเหล้าเพราะครอบครัวแตกแยกจากการที่พ่อกับแม่แยกทางกันเพราะปัญหาเหล้า



เรื่องราวน่าเศร้าเหล่านี้ได้ถูกคืนกลับไปยังผู้คนในชุมชนผ่านวิทยุท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น รวมถึงการนำไปเล่าให้นักเรียนทุกโรงเรียนรับรู้และเห็นภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดป่าวิไล หญิงชาวบ้านที่เปิดร้านขายอาหาร แต่มุ่งมั่นในการขับเคลื่อนปัญหาเหล่าเบียร์อย่างตั้งใจ ป่าวิไลจะโทรศัพท์เข้ารายการวิทยุเพื่อเรียกร้องให้นายกเทศมนตรีแก้ปัญหาบ้านเหล่าบ้าน และจัดหาตริมน้ำน่านที่ปลอดภัยแอลกอฮอล์

เรื่องดีดีจะยังคงดำเนินไปผ่านเรื่องราว เรื่องเล่าและจิตวิญญาณของคนน่าน เพื่อสู้กับปัญหาเหล่าเบียร์ที่กัดกร่อนสังคมน่าน และสังคมไทย จนกว่าเมื่อวันที่สังคมน่านและสังคมไทยจะปลอดภัยจากเหล่า...อสูรร้ายของระบบสุขภาพ

## ผลกระทบและแนวทางการจัดการปัญหาสุราในสังคมไทย

สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์

สุราเป็นภัยร้ายที่แฝงกายอยู่ในสังคม ซึ่งไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายเฉพาะกับตัวผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อไปยังคนอื่นรอบข้าง รวมถึงครอบครัวและสังคม ในปี 2547 การบริโภคแอลกอฮอล์คร่าชีวิตคนไทยไปถึง 18,000 คน โดยแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีความสำคัญ อันดับหนึ่งในประชากรเพศชาย และอันดับสองในประชากรทั้งหมด (รองลงมาจากกรณีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย) และยังทำลายสุขภาพของประชากรไทยไปถึงร้อยละ 8.1 ของปีสุขภาวะรวมทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของนานาชาติประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคม โดยมีมูลค่าสูงถึง 156 พันล้านบาท หรือร้อยละ 1.99 ของ GDP ในปี 2549

ประเทศไทยมีผู้ดื่มสุราประมาณหนึ่งในสามของทั้งหมด โดยปัญหาสุราเกิดจากทั้งผู้ติดสุราและผู้ดื่มแบบเสี่ยง ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็ควรกระทำไปพร้อมกันในทุกกลุ่ม สำหรับการจัดการปัญหาสุราโดยบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ถือเป็นงานที่มีความสำคัญเพื่อช่วยลดปัญหานักดื่มหน้าใหม่และผู้ดื่มแบบเสี่ยงซึ่งจะกลายเป็นผู้ดื่มที่ก่อปัญหาต่อไป นอกจากนี้สำหรับการจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ ควรมีการดำเนินการตามบันไดห้าขั้นดังนี้ การตระหนักรู้ถึงปัญหา การคัดกรองและบำบัดรักษาเบื้องต้น การมีมาตรการป้องกันปัญหา ฐานข้อมูล และภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคือจะตามมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย

นพ.พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.พินิจ พ้าอำนวยการผล

สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การติดตามประเมินผล (check) เพื่อให้ทราบว่า การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นจริง เป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งของวงจรคุณภาพ ในยุคปัจจุบันจึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ ขึ้นมาเป็นจำนวนมากทั้งในระดับองค์กรและระดับประเทศ โดยตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นก็มีทั้งในระดับกระบวนการที่สำคัญและระดับผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดตัวชี้วัดที่หน่วยปฏิบัติต้องจัดเก็บจำนวนมาก ดังนั้น จึงมีความพยายามที่จะจัดระบบการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและภาระงานของผู้ปฏิบัติ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เก็บมาให้มากที่สุด โดยทิศทางที่สำคัญคือ การให้น้ำหนักกับการเก็บตัวชี้วัดที่เป็น health outcome มากขึ้น

การอภิปรายในช่วงนี้ จะเป็นการแลกเปลี่ยนมุมมองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศ ในแนวทางการวางระบบการจัดเก็บ health outcome ของประเทศว่าควรใช้เกณฑ์อะไรบ้างในการพิจารณาเลือกตัวชี้วัด มีแนวทางอย่างไรในการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และตัวอย่างของตัวชี้วัดเหล่านี้ นอกจากนี้จะได้แสดงตัวอย่างของ health outcome ที่จัดเก็บโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่ามีความเชื่อมโยงอย่างไรกับการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศและการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการต่างๆ รวมถึงการแสดงผลของโครงการเพื่อการเปรียบเทียบ health outcome ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพื่อสะท้อนระดับการพัฒนาคุณภาพในเชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสในการพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตัวอย่างที่ดีในระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

## Check Act Plan Do เริ่มเช็คที่ Health Outcome

นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นในระดับสถานบริการปฐมภูมิ หรือในระดับโรงพยาบาล ล้วนแล้วแต่ต้องการข้อมูลข่าวสารที่สะท้อนอยู่ในรูปแบบของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องด้วยกันทั้งนั้น ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนของการตรวจสอบสถานการณ์การให้บริการของหน่วยบริการ ทั้งนี้ในการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพของบริการ มีอยู่ด้วยกันหลายมุมมอง หลายมิติ ตัวชี้วัดด้านหนึ่งอาจจะสะท้อนกระบวนการให้บริการ (process indicators) ว่ามีขั้นตอนการให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ เช่น การปฏิบัติตามขั้นตอนของ clinical practice guideline ตัวชี้วัดอีกกลุ่มหนึ่งสะท้อนผลผลิต (output indicators) ที่เป็นผลมาจากการให้บริการตามกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน เช่น ระยะเวลารอคอยในการได้รับบริการ ความครอบคลุมของการคัดกรองโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ความต่อเนื่องของการให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ในขณะที่ตัวชี้วัดอีกกลุ่มหนึ่ง จะสะท้อนผลลัพธ์ของบริการ (outcome indicators) ซึ่งเป็นผลรวมมาจากการมีบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ประกอบกับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งหากบริการที่ให้มีความพอดี ก็น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีด้วย อาทิ เช่น อัตราการควบคุมโรคได้ อัตราการหาย อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ อัตราการตาย อัตราการรอดชีพ เป็นต้น

ตัวชี้วัดดังกล่าวนี้ เป็นการสะท้อนผลลัพธ์การให้บริการในกลุ่มผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการให้บริการโดยตรง ที่ควรจะนำมาใช้เพื่อปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้น โดยอาศัยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหรือกระบวนการให้บริการกับผลลัพธ์ อาทิเช่น การลดระยะรอคอยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทันทั่วทั้งที่และมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น การเพิ่มคุณภาพการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการและการตายได้ การปรับระบบบริการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น โดยการขยายเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้บริการที่บ้าน รวมถึงการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของบริการและทำให้โรคสามารถควบคุมได้ รวมทั้งมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

นอกจากการใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพในระดับของผู้ป่วยแล้ว ตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากร ก็เป็นตัวชี้วัดอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลจะเป็น

เพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยทั้งหมดที่ส่งผล แต่ก็ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อาทิเช่น อัตราการป่วยของประชากร ซึ่งเป็นผลมาจากประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อัตราตายของประชากร ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากคุณภาพในการรักษา อายุคาดเฉลี่ยของประชากร ซึ่งเป็นผลมาจากการลดอัตราตายของประชากรในกลุ่มอายุต่างๆ เป็นต้น สถานบริการสุขภาพควรจะใส่ใจในตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากรด้วย เนื่องจากหลักการของการให้บริการในระดับปฐมภูมิก็คือการให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองความเสี่ยง เพื่อลดการป่วย ในขณะที่โรงพยาบาล ก็เป็นหน่วยบริการที่เน้นการรักษาเพื่อลดความตาย ยืดอายุและลดความพิการ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยทำให้ผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากรดีขึ้น

ที่สำคัญก็คือการกระจายของผลลัพธ์สุขภาพก็ควรจะมีคุณสมบัติที่สอดคล้องกันระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ และพื้นที่ต่างๆ กัน ซึ่งควรจะเป็นเป้าหมายหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ต้องติดตาม เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพ และทำให้เกิดระบบสุขภาพที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับใกล้เคียงกัน

## Check Act Plan Do เริ่มเช็คที่ Health Outcome

นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์

รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Theme การยกระดับบริการด้วยผลลัพธ์ จากการใช้ health indicator มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศการเข้าถึงและคุณภาพบริการของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ จากฐานข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในรายบุคคล (IP individual records) ปี 2548 - 2552 มาใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล และนำสู่การพัฒนาบริการโดยสปสช. ได้จัดทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลการบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีการพัฒนา จนมีความสมบูรณ์โดยมีการส่งข้อมูลมาจากทุกหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ และคุณภาพข้อมูลก็มีการพัฒนาที่ดีขึ้นเป็นลำดับในเรื่องการสรุปและการให้รหัสโรค การนำเสนอจะแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในตัวชี้วัดผลลัพธ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ 5 ปี ย้อนหลัง ของผู้มีสิทธิ UC ในเรื่อง

- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิ UC ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยใน
- ผลการเข้าถึงและคุณภาพบริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการได้รับหัตถการที่สำคัญ ในโรค/ประเด็นบริการ ที่กำหนดเป็น tracer ของระบบบริการได้แก่

- ▶ ความปลอดภัยของมารดา และทารก จากการตั้งครรภ์และการคลอด
- ▶ การเข้าถึงและคุณภาพบริการในโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง โรคหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ▶ การเข้าถึงและคุณภาพบริการในกลุ่มโรคเฉียบพลัน ได้แก่ ปอดบวมในเด็ก < 5 ปี ปอดบวมในผู้สูงอายุ > 60 ปี ไข้ดิ่งทะเล
- ▶ การเข้าถึงและคุณภาพบริการในกลุ่มโรคอัตราตายสูง ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน บาดเจ็บที่ศีรษะ โรคมะเร็ง

มุมมองการวิเคราะห์เป็นการเปรียบเทียบตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของการลงทะเบียนสิทธิ UC เริ่มจากระดับประเทศ ระดับเขต สปสช. ระดับจังหวัด จนถึงระดับหน่วยบริการประจำ ทั้งนี้ได้จัดทำสารสนเทศป้อนกลับสู่ผู้ส่งข้อมูลและผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อให้รับทราบสถานการณ์การเจ็บป่วยและการให้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนอยู่ในความรับผิดชอบมีอัตรามากหรือน้อยเทียบกับพื้นที่อื่น และมีแนวโน้มเป็นอย่างไร หน่วยบริการต้นสังกัดประเภทต่างๆ มีศักยภาพในการรับไว้รักษาได้เท่าใด มีการส่งต่อรักษาในเครือข่ายเท่าใด เป็นต้น ทั้งนี้มีบทสรุปสู่การพัฒนาบริการ และตัวอย่างการนำสารสนเทศในการพัฒนาการบริหารกองทุนด้วย



C32

## คนไร้สิทธิ

12 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 2

นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นพ.จิรพงศ์ อุทัยศิลป์	โรงพยาบาลแม่ระมาด
นพ.กฤษดา วุฒยากร	โรงพยาบาลสังขละบุรี
ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล	สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ
นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	สำนักกระบาดวิทยา

### คนไร้สิทธิ

นพ.จิรพงศ์ อุทัยศิลป์                      โรงพยาบาลแม่ระมาด

จังหวัดตากเป็น 1 ใน 10 จังหวัดที่มีเขตแดนติดประเทศเมียนมา ตลอดระยะทางยาวกว่า 500 กิโลเมตร มีจุดผ่านแดนชั่วคราวและถาวรกว่า 30 จุด ใน 5 อำเภอ ใช้เป็นช่องทางการค้าและการนำเข้าแรงงานต่างชาติที่สำคัญของประเทศ จังหวัดตากมีประชากร 536,253 คน ประมาณ 1 ใน 4 เป็นชาวไทยภูเขาและกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง มูเซอ อาข่า ลีซอ เย้า ไทยใหญ่ และจีนฮ่อ ปี พ.ศ. 2534-2535 กรมการปกครองได้ทำการสำรวจชาวไทยภูเขาและกลุ่มชาติพันธุ์ที่ยังไม่มีทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน และได้จัดทำบัตรประจำตัวบุคคลบนพื้นที่สูง เป็นบัตรสีฟ้า มีเลข 13 หลักขึ้นต้นด้วยเลข 6 หรือเลข 7 ปัจจุบันจังหวัดตากมีบุคคลที่มีเลข 13 หลักขึ้นต้นด้วยเลข 6 เลข 7 ประมาณ 50,000 คน บุคคลกลุ่มนี้ถือว่ายังไม่มีสัญชาติไทยตามกฎหมาย และไม่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

การขาดสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายถึงการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็น ทั้งๆ ที่บุคคลเหล่านี้มีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย สืบทอดกันมานาน ในอดีตโรงพยาบาลต่างๆ ของจังหวัดตากให้การดูแลประชาชนกลุ่มนี้เช่นเดียวกับคนไทยทั่วไป ในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งยังให้การดูแลรักษาประชาชนกลุ่มนี้เช่นเดียวกับผู้มีหลักประกันสุขภาพ งบประมาณที่ใช้เจียดจ่ายมาจากงบประมาณ UC ของผู้ถือบัตรทองและรายรับอื่นๆ ของโรงพยาบาล ปัญหาเรื่องชาวไทยภูเขาและกลุ่มชาติพันธุ์ไร้สิทธิขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการจึงนับว่าได้รับการดูแลในระดับหนึ่ง ทำให้ปัญหามีความรุนแรงน้อยกว่าปัญหาเดียวกันในกลุ่มผู้หลบหนีการสู้รบและปัญหาเศรษฐกิจจากประเทศเมียนมา ซึ่งประมาณการว่ามีผู้หลบหนีเข้าเมืองไม่น้อยกว่า 200,000 คน ในจังหวัด

ตาก (40,000 คนขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว 80,000 คนอยู่ในศูนย์อพยพ 100,000 คน กระจุกกระจายอยู่ในลักษณะแรงงานเถื่อน) กลุ่มผู้หลบหนีเข้าเมืองที่เป็นแรงงานเถื่อนเป็นกลุ่ม ที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากที่สุด เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายบ่อย มีโอกาสเจ็บป่วยสูง และเป็นพาหะในการแพร่กระจายโรคได้ง่าย

ปัญหาการเข้าถึงบริการของคนไร้สิทธิไม่ได้มีสาเหตุจากฐานะหรือการขาดหลักประกัน สุขภาพเท่านั้น แต่การถูกจำกัดเสรีภาพในการเดินทางก็เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง แม้กระทั่งกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งไปรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลนอกพื้นที่ ก็ต้องได้รับคำอนุญาต จากฝ่ายปกครอง ตำรวจ และหน่วยทหารในพื้นที่ก่อน ปัญหาการขาดโอกาสในการเข้าถึง บริการของคนไร้สิทธิจึงมักสะท้อนออกมาในรูปของสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เช่น แม่ตาย ลูกตาย การขาดเจ็บ/พิการจากการทำงาน โรคติดต่อสำคัญ (หัด วัณโรค อหิวาตกโรค เอชอีซี ไข้ มาลาเรีย ไข้กาฬหลังแอ่น ฯลฯ) ผลกระทบสำคัญด้านอื่น ได้แก่ รายจ่ายด้านสังคมสงเคราะห์ ของโรงพยาบาลชายแดน (5 แห่ง ประมาณ 90 ล้านบาท/ปี) จำนวนเตียง บุคลากร และเครื่องมือที่ไม่เพียงพอ เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการแย่งชิงทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพ ที่มีอยู่จำกัด ซึ่งนับวันปัญหาจะทวีความรุนแรง เพราะขาดการสนใจจากภาครัฐ ขาดการ มองปัญหาแบบองค์รวม ขาดนโยบายและการแก้ไขเชิงระบบ

**หลักประกันสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะบุคคลในประเทศไทย :**

**สร้าง (สุขภาพที่ดี) นำ ช่อม (ความเจ็บป่วย) ที่ไม่สามารถข้ามเว้นคนกลุ่มใดในสังคมไทย**

ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล

สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสภาวะไร้รัฐ (SWIT)

ขณะที่สังคมไทยตระหนักว่า ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นระบบบริการที่จำเป็นนั้น โดยหลักการแล้วควรต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม กล่าวคือ ต้องให้บริการทั้งชุมชน โดยไม่แบ่งแยกหรือข้ามเว้นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงจะมีผลในเชิงประสิทธิภาพของงานบริการ สาธารณสุข โดยเฉพาะงานบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

**ภาพรวมของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะ บุคคล (คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ)** จึงควรต้องถูกพัฒนาขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าสำหรับคนที่มีปัญหาสถานะ ย่อมขึ้นอยู่กับจุดเกาะเกี่ยวที่แท้จริงตามข้อเท็จจริงของ แต่ละคน ที่มีอยู่จริงกับสังคมไทย อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิม คนไทยตามกฎหมายที่อยู่ระหว่างการแสดงตนและพิสูจน์ตน กลุ่มคนต่างด้าวที่มีสิทธิอาศัยถาวร กลุ่มคนที่เข้ามาอาศัยอยู่ใน ประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว ผสมกลมกลืนกับสังคมไทยแล้วโดยประเทศไทยมีนโยบายให้ คนกลุ่มนี้สามารถพัฒนาสถานะบุคคลต่อไปได้ เด็กในสถาบันการศึกษา คนที่ทำคุณประโยชน์

ให้กับสังคมไทย ฯลฯ นอกจากนี้คนกลุ่มนี้ยังมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจต่อสังคมไทย ผ่านการจ่ายภาษีทางอ้อม และไม่ได้หมายความว่า บุคคลที่มีปัญหาสถานะจะต้องร่วมจ่ายในอัตราสามสิบ (30 บาท) หรือศูนย์ (0) บาท ณ จุดรับบริการ (co-payment) เสมอไป

การส่งเสริมให้เกิดการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็แจกเช่นเดียวกับที่รัฐบาลเคยดำเนินการเพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิในทางการศึกษาของเด็กไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ โดยมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2548 เพื่อรับรองสิทธิทางการศึกษาของเด็กไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ จนต่อมาได้นำไปสู่การออกระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยหลักฐานในการรับนักเรียนนักศึกษาเข้าเรียนในสถานศึกษา พ.ศ. 2548

นอกจากนี้ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่แม้จะไร้สัญชาติ แต่หากได้รับการบันทึกตัวบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร โดยกรมการปกครอง ภายใต้กฎหมายและนโยบายของประเทศไทย คนกลุ่มนี้จึงมีสถานะเป็นราษฎรต่างด้าวในประเทศไทย มิใช่คนไร้รัฐอีกต่อไป เพราะประเทศไทยคือรัฐเจ้าของตัวบุคคลนี้ในทางกฎหมายมหาชน สำหรับกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะ ที่มีจุดเกาะเกี่ยวหรือความเกาะเกี่ยวกับสังคมไทยเบาบาง ระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสามารถครอบคลุมถึงคนกลุ่มนี้ได้โดยกลไกอื่น โดยการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสปสช. กับภาคประชาสังคม หรือภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินการ “กองทุนหลักประกันสุขภาพทางเลือก” ดังที่เคยเกิดขึ้นในจังหวัดระนอง





## Sustainable Management

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A13	คำตอบแทนที่สะท้อนปริมาณและคุณภาพของงาน
	10.30-12.00 น.	A23	Healthcare Information Security
	13.00-14.30 น.	A33	Everyone A Changemaker : แนวคิดอโซ่ก้ากับการเปลี่ยนแปลงโลก
	15.00-16.30 น.	A43	ความคิดของผู้เปลี่ยนแปลงโลก
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B13	Transforming Care at the Bedside : A New Era in Nursing
	10.30-12.00 น.	B23	Highly Reliable Nursing Administration
	13.00-14.30 น.	B33	Legal Perspective on Hospital Management
	15.00-16.30 น.	B43	เต้ากับการบริหาร : ฆสานพลังหยินหยางเพื่อสร้าง ความสมดุล
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C13	เข้าถึงคุณค่า เมล็ดพันธุ์แห่งความดีถึงองงาม
	10.30-12.00 น.	C23	Stakeholder Engagement : องค์กรในสภาวะ “ตู้ปลา”
	13.00-14.30 น.	C33	Performance Management System

**A13****คำตอบแทนที่สะท้อนปริมาณและคุณภาพของงาน**

10 มีนาคม 2553 เวลา 09.00-10.00 น. ห้อง Sapphire 3

พรรณณิภา ชื่นกลิ่นธูป

โรงพยาบาลนครชัยศรี

นพ.ชาญวิทย์ ศุภประเสริฐ

โรงพยาบาลนครชัยศรี

นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์

โรงพยาบาลช้างสูง

เมื่อพูดถึงการประเมินผลการปฏิบัติงาน เรามักจะถามถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินว่าจะเอาไปทำอะไร? ถ้าเอาไปเพื่อเลื่อนเงินเดือนหรือเพื่อการจ้างต่อ ผลการประเมินก็มีแนวโน้มว่าจะสูงกว่าความเป็นจริงเนื่องจากเกรงว่าเจ้าหน้าที่ของฝ่าย/งานเราจะได้ขึ้นเงินเดือนน้อยกว่าฝ่าย/งานอื่น หรือเกรงว่าลูกจ้างจะไม่ได้รับการจ้างต่อ แต่ถ้าบอกว่าจะเอาผลการประเมินไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางาน ผลการประเมินที่ได้ก็มีแนวโน้มที่จะใกล้ความจริงมากกว่า ยิ่งเมื่อสำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญ ตามหนังสือสั่งการ 3 ฉบับ ได้แก่ 1) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1012/ว 20 ลงวันที่ 3 กันยายน 2552 2) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008/ว 27 ลงวันที่ 29 กันยายน 2552 และ 3) หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.1/ว 28 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2552 ยิ่งทำให้มีแนวโน้มว่าแต่ละโรงพยาบาลจะมีข้อมูลตัวชี้วัดอย่างน้อย 2 ชุด คือ ชุดหนึ่งเพื่อการประเมินการเลื่อนขั้น/เลื่อนเงินเดือน อีกชุดหนึ่งเพื่อการพัฒนางาน ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะสร้างความยุ่งยากและซ้ำซ้อนให้กับโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เป็นไปได้หรือไม่ ที่โรงพยาบาลจะมีข้อมูลชุดเดียว ที่สามารถใช้ได้กับทุกวัตถุประสงค์?

ปัจจุบัน มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าว คือมีการนำตัวชี้วัดของทั้งหมดที่จะใช้ในการขับเคลื่อนโรงพยาบาล มาแจกจ่ายให้กับเจ้าหน้าที่ตามภารกิจที่รับผิดชอบ เพื่อให้ทุกตัวชี้วัดมีเจ้าภาพในการดำเนินงานขับเคลื่อน ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาไปในทางที่กำหนดไว้ได้ ขณะเดียวกันก็สามารถใช้ตัวชี้วัดนั้นในการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเลื่อนขั้น/เลื่อนเงินเดือนได้ด้วย ในการดำเนินการดังกล่าวมีหลากหลายวิธีตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จะได้นำเสนอประสบการณ์ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนกันต่อไป.

นพ.สุธีร์ ทวีรัตน์

สมาคมเวชสารสนเทศไทย

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศได้พัฒนาไปเป็นอย่างมาก โรงพยาบาลได้นำเอาระบบ IT มาใช้ในทุกระดับขั้นตอนของการให้บริการ ทำให้เกิดปัญหา IT Security & Enterprise Information Risks ความต้องการในด้าน IT Security สำหรับบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อนมาก ไม่เหมือนกับมาตรฐานของวงการอื่นๆ เช่น ธนาคารหรือสถาบันการเงิน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการออกกฎหมายพิเศษ Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) โดยประธานาธิบดี บิล คลินตัน เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 1996

ลักษณะจำเพาะของการให้บริการสุขภาพที่ทำให้มีความต้องการทางด้านมาตรฐานของ IT Security แตกต่างจากในอุตสาหกรรมอื่นได้แก่

1. การให้บริการของทางโรงพยาบาลเป็นการให้บริการแก่สาธารณชน ต้องเน้นที่การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล (Data Privacy & Confidentiality) ต้องมีการกำหนดว่าใครบ้างที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของคนไข้ ต้องมีมาตรการป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลไม่ให้มีการนำไปเผยแพร่ต่อภายนอก และต้องมีการตรวจสอบย้อนกลับได้ว่ามีใครเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของคนไข้บ้าง
2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีหลายแผนกและมีความหลากหลายมาก ไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาล ห้องปฏิบัติการ แผนกเอกซเรย์ เกสซึก การเงิน แผนกการตลาด ฯลฯ ที่ซับซ้อนไปกว่านั้นก็คือ บุคลากรเหล่านี้มีทั้ง full time และ part time มีการทำงานเป็นกะหมุนเวียนกันไป ทำให้การอบรมและการกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นเรื่องที่ยาก ในขณะที่บริการด้านธนาคารหรือสถาบันการเงินมีบุคลากรที่ให้บริการจำนวนน้อยกว่า ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่ประจำ และงานไม่ซับซ้อน เช่น การรับฝาก-ถอนเงิน การรับชำระเงิน เป็นต้น
3. การทำงานของโรงพยาบาลเป็นความต้องการแบบ non-stop service (24 ชม. x 7 วัน)
4. การให้บริการของโรงพยาบาลมีลักษณะทางกายภาพที่เปิดโล่ง ไม่เหมือนกับธนาคาร ที่มีการจำกัดบริเวณการให้บริการอย่างชัดเจน ทำให้มีปัญหาในการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงเครื่องคอมพิวเตอร์จากบุคคลภายนอก

5. ความต้องการใช้ข้อมูลบริการสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะภายในโรงพยาบาล ต้องมีการส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานภายนอก เช่น ข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาล หรือการส่งเพื่อการปรึกษาและวางแผนการรักษาให้กับแพทย์ที่บ้าน การส่งข้อมูลประวัติการรักษา เพื่อประกอบการเบิกเงินกับหน่วยงานต้นสังกัด บริษัทประกันสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลในการส่งระหว่างเครือข่าย
6. โรงพยาบาลมีระบบงานที่เกี่ยวข้องมากหลายระบบ เช่น HIS, LIS, PACS, HR, FINANCE, CRM, Medical Equipments ทำให้มีปัญหาในการเชื่อมต่อระหว่างระบบ รวมถึงการส่งข้อมูลระหว่างระบบ บริษัทที่พัฒนาระบบเหล่านี้มีมากมาย หลากหลาย และส่วนมากไม่ได้รับการออกแบบมาโดยคำนึงถึงมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูล เนื่องจากโปรแกรมเมอร์ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของมาตรฐาน Security มุ่งแต่พัฒนาระบบให้ทำงานได้เท่านั้น
7. โรงพยาบาลมีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็น CT, MRI, Analyzer, Ultrasound ฯลฯ ซึ่งระบบเหล่านี้ต้องมีการบำรุงรักษาจากผู้ขายเป็นประจำ ถ้าไม่มีการกำหนดมาตรฐานและการตรวจสอบที่ดีแล้ว จะเป็นจุดอ่อนในระบบความปลอดภัยของข้อมูลของโรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรของบริษัทเหล่านี้อาจไม่มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย ทำให้เกิดผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจ หรืออาจจะมีเจตนาที่ไม่ดีก็ได้
8. ความเสี่ยงในการที่จะถูกลักลอบนำเอาข้อมูลออกจากระบบ ไม่ว่าจะเป็นโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือถูกเจาะระบบจากภายนอก ปัจจุบันความจุของ thumb drive รวมถึง portable hard disk มีถึง 1 terabyte (1,000 GB) แล้ว ถ้ามีการต่อเข้ากับเครื่องคอมพิวเตอร์แล้ว จะสามารถดูดเอาข้อมูลของโรงพยาบาลในเครื่องแม่ข่ายทั้งหมดไปได้ในเวลาอันสั้น และถ้ามีการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะแล้ว จะมีผลกระทบต่อชื่อเสียงและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการเป็นอย่างมาก จนยากที่จะแก้ไข
9. ความเสี่ยงที่จะถูกโจมตีระบบจากบุคลากรภายในเอง เนื่องจากมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก อาจจะมีบุคคลที่ไม่หวังดี หรืออยากจะลองวิชา ทำไปโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การโจมตีแบบนี้ป้องกันได้ยาก เนื่องจากเป็นการโจมตีแนวหลังอุปกรณ์ตรวจจับและป้องกัน ไม่ว่าจะเป็น firewall / IDS / IPS

จากประเด็นที่นำเสนอมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในการใช้งานระบบ IT สำหรับโรงพยาบาล มีจำนวนคนที่เกี่ยวข้องมากมายนานและหลากหลาย ทั้งภายในและภายนอก ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอดเวลา ดังนั้นการแก้ปัญหาต้องแก้ที่ต้นเหตุก็คือต้องให้ความสำคัญกับ People – Process – Technology โดยต้องให้ความสำคัญกับคนมากที่สุด ต้องมีการกำหนด security policy ที่ดี มีแผนการให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมทันกับความเปลี่ยนแปลง มีความชัดเจนในกระบวนการทำงาน มีการติดตามประเมินตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอตามวงจร P-D-C-A ส่วนการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ ก็ต้องมีการวางแผนให้เหมาะสม โดยต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญในเรื่องของ IT Security

## HIPAA Security Assessment

Administrative Procedures	
Requirement	Implementation
<b>Certification</b>	
Contingency plan	Application and data criticality analysis
	Data backup plan
	Disaster recovery plan
	Emergency mode operation plan
	Testing and revision
<b>Formal mechanism form processing records</b>	
Information access control	Access authorization
	Access establishment
	Access modification
<b>Internal audit</b>	
Personnel security	Assure supervision of maintenance personnel by authorized knowledgeable personnel
	Personnel security policy / procedure
	Maintenance of access authorization records
	Operating and maintenance personnel have proper access authorization
	System users, maintenance personnel trained in security
	Personnel clearance procedure

Requirement	Implementation
Security configuration management	Documentation
	Hardware / software installation and maintenance review and testing for security features
	Inventory
	Security testing
	Virus checking
Security incident procedures	Report procedures
	Response procedures
Security management process	Risk analysis
	Risk management
	Sanction policy
Termination procedures	Combination locks changed Removal from access lists Removal of users accounts Turn in keys, token, or cards that allow access
Training	Awareness training
	Periodic security reminders
	User education concerning virus protection
	User education in importance of monitoring log-in success/failure, and how to report discrepancies
	User education in password management

Physical Safeguards to Protect Data Confidentiality, Integrity, Availability	
Requirement	Implementation
Assigned security responsibility	
Medical controls	Access control
	Accountability
	Data backup
	Data storage
	Disposal
Physical access controls	Disaster recovery
	Emergency mode operation
	Equipment control ( into and out of site )
	Facility security plan
	Procedures for verifying access authorizations prior to physical access
	Maintenance records
	Need-to-know procedures for personnel access
	Sign-in for visitors and escort
	Testing and revision
Policy/guideline on workstation use	
Secure workstation location	
Security awareness training	

**Technical Security Services to Protect Data Confidentiality, Integrity, Availability**

Requirement	Implementation
Access control	Context-based access
	Encryption
	Procedure for emergency access
	Role-based access
	User-based access
<b>Audit controls</b>	
Authorization control	Role-based access
	User-based access
<b>Data authentication</b>	
Entity authentication	Automatic log-off
	Biometric
	Password
	PIN
	Telephone callback
	Token
	Unique user identification
Communication / network controls	Access controls
	Alarm
	Audit trail
	Encryption
	Entity authentication
	Event reporting
	Integrity controls
	Message authentication



นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร	โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต
สมบัติ บุญงามอนงค์	มูลนิธิกระจกเงา
สินี จักรธรานนท์	มูลนิธิ โอโซก้า ประเทศไทย

## เกี่ยวกับโอโซก้าโดยสังเขป

โอโซก้าเชื่อว่าคนทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงโลก และมุ่งมั่นจะสร้างโลกที่ทุกคนมีเสรีภาพ มีความมั่นใจ และได้รับการสนับสนุนจากสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โอโซก้าค้นหา “ผู้ประกอบการสังคม” (Social Entrepreneur) คือบุคคลที่สร้างนวัตกรรมทางสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาของโลกอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนคนเหล่านี้ด้านการเงิน ข่าวสารข้อมูล และสร้างเครือข่ายให้เกิดความร่วมมือกัน โอโซก้าเชื่อว่า “ผู้ประกอบการสังคม” จะเป็นแบบอย่างและสร้างแรงบันดาลใจให้คนทุกคนเป็นผู้เปลี่ยนแปลงโลก

โอโซก้าเป็นองค์กรภาคประชาชนระดับโลก ก่อตั้งโดย บิล เดเรตัน ชาวอเมริกัน เมื่อปี 2523 โดยเริ่มงานครั้งแรกในประเทศอินเดีย ปัจจุบันโอโซก้าทำงานใน 60 กว่าประเทศทั่วโลก และสร้างเครือข่าย “ผู้ประกอบการสังคม” ประมาณ 2,700 คน โอโซก้าจดทะเบียนเป็นมูลนิธิในประเทศไทย เมื่อปี 2547 ปัจจุบันมีสมาชิก 88 คน

โอโซก้ามาจากคำว่า “อโศก” ในภาษาสันสกฤตแปลว่า “ปราศจากความโศกเศร้า” บิล เดเรตัน ตั้งชื่อองค์กรตามพระนามพระเจ้าอโศกมหาราช กษัตริย์อินเดียเมื่อ 3 ศตวรรษหลังพุทธกาล หลังการทำสงครามรวบรวมอาณาจักรอินเดียให้เป็นปึกแผ่น พระองค์ได้สร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ พื้นฟูพุทธศาสนาและส่งเสริมสวัสดิการสังคม เพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน พระองค์เป็นต้นแบบของผู้สร้างนวัตกรรมทางสังคมในยุคแรก

การเสวนาครั้งนี้มุ่งที่จะนำเสนอแนวคิดของโอโซก้าและงานรูปธรรมของ “โอโซก้าเฟลโลว์” หรือ “ผู้ประกอบการสังคม” แนวหน้าที่โอโซก้าสนับสนุน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นให้ผู้ฟังเห็นพลังของตน และมุ่งมั่นที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในชุมชนและงานที่ตนทำ

## เนื้อหาและวิธีการเสวนา:

---

### **สินี จักรธรานนท์**

พูดถึงแนวคิดและวิธีการทำงานของอโซก้า ตัวอย่างบุคคลที่อโซก้ายกย่องและสนับสนุน กรณีศึกษาของบุคคลที่ทำงานด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในสังคม โดยอาศัยพลังของประชาชน และส่งเสริมให้คนทุกคน มีส่วนร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลง

### **สมบัติ บุญงามอนงค์**

พูดถึงงานของมูลนิธิกระจกเงา ประสบการณ์ในการระดมอาสาสมัครเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ และนวัตกรรมทางสังคมด้านต่างๆ พูดถึงแนวคิด วิธีระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนในวงกว้าง และการเสริมพลังอำนาจแก่คนทุกคนเพื่อแก้ไขปัญหา และสร้างการเปลี่ยนแปลงในสังคม

### **นพ.ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร**

ในฐานะผู้เกี่ยวข้องกับการแพทย์และเฝ้ามองระบบสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้คุ้นเคยกับเวที HA National Forum จะเป็นผู้นำการสนทนาแบบธรรมชาติ สอดแทรกความคิดเห็นเกี่ยวกับงานของตน ที่สร้างผลกระทบแก่สังคมในวงกว้าง ปลุกเร้าให้บุคลากรด้านสาธารณสุขเห็นพลังของตนเอง และมุ่งมั่นที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในชุมชนที่ตนเป็นสมาชิก

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรณิการ์ กิจติเวชกุล	โครงการร่วมฝ่ายรณรงค์เข้าถึงยาจำเป็น
	องค์การหมอไร้พรมแดน และแผนงานคุ้มครอง
	ผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
	ณ อำเภอนาหวี

“เราเป็นแค่คนเล็ก ๆ ธรรมดาคนหนึ่ง มีชีวิตครอบครัวเฉกเช่นคนอื่น มีชีวิตการทำงานอยู่บนความธรรมดาเช่นเดียวกับคนอื่น แต่แล้ววันหนึ่งเรากลายเป็นคนธรรมดาที่เปลี่ยนแปลงโลกใบเก่าทั้งใบไปได้อย่างไร”

ตัวอย่างเรื่องเล่าของผู้คนที่มีความคิดเปลี่ยนแปลงโลกทั้งใบไปตลอดกาล อาทิเช่น

**Professor Paul Farmer** อาจารย์แพทย์จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ผู้ทุ่มเทต่อสู้เพื่อความเสมอภาคของคนยากจนในประเทศเฮติ ให้ได้รับการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพทัดเทียมกับคนในประเทศที่เจริญแล้ว โดยริเริ่มการต่อสู้กับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์จนถึงปัจจุบัน เป็นผู้ก่อตั้งองค์กร Partner in Health (PIH) ที่ช่วยพัฒนาการสาธารณสุขให้ประเทศยากจนทั่วโลก ปัจจุบันได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทนสหประชาชาติในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มประเทศแคริบเบียน

**Fazle Hasan Abed** นักธุรกิจชาวบังคลาเทศที่ได้ลงไปช่วยกู้วิกฤติภัยน้ำท่วมใหญ่ในบังคลาเทศเมื่อ 30 ปีก่อน แล้วพบเห็นความยากจนอย่างรุนแรงของชาวบังคลาเทศ ทำให้ก่อตั้งเป็นองค์กรพัฒนาเพื่อต่อสู้ความยากจนในชนบทของบังคลาเทศ ชื่อ Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) โดยเริ่มจากโครงการในหมู่บ้านเล็กๆ แล้วขยายขนาดจนเต็มพื้นที่ประเทศ ปัจจุบันเป็นองค์กร NGO ที่มีขนาดใหญ่ที่สุด และมีประสิทธิภาพสูงสุดของโลก มีการถ่ายทอดความรู้และเทคนิคการแก้ไขปัญหาความยากจนแบบประชาชนมีส่วนร่วม ไปยังหลายประเทศทั่วโลก

คณงานโรงงานกระเบื้องเซรามิก อาร์ทเจเนทีนา ซึ่งตัดสินใจฝ่าฟันวิกฤตเศรษฐกิจ ด้วยการยึดโรงงานที่นายจ้างลดยแพกลับมาร่วมกันดำเนินกิจการในรูปแบบของเขา จนกระทั่งศาลมีคำสั่งให้โรงงานเป็นของพวกเขาในที่สุด

มูลนิธิพุทธนิเวศน์ ภิษุณีและเหล่าอาสาสมัคร ทั่วโลก ผู้มี “จิตสาธารณะ” สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้เกิด “คลื่นมนุษยธรรม” เป็นรูปธรรมที่ใหญ่ที่สุดในโลก

นี่คือตัวอย่างเล็กๆ แต่ยิ่งใหญ่ ของผู้เปลี่ยนแปลงโลก ติดตามเคล็ดลับของบุคคลเหล่านี้ แล้วย้อนมองตัวเรา

“เราจะเป็นคนที่พลิกฟ้าพลิกแผ่นดิน เปลี่ยนโลกได้หรือ?”

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ศูนย์โรคลมชัก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

สุดารัตน์ เปี่ยมสินธุ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ดร.ยุวดี เกตส์ัมพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง : การพยาบาลยุคใหม่

ดร.ยุวดี เกตส์ัมพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในยุคแรกๆ การดูแลรักษาทางการแพทย์จะมีเฉพาะแพทย์ พยาบาล โดยแพทย์ทำหน้าที่รักษาและพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยข้างเตียง เวลาทั้งหมดของพยาบาลจึงใช้กับผู้ป่วย ต่อมาการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น จึงเกิดมีการพัฒนาวิชาชีพอื่นๆ ขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วย การดูแลรักษาจึงเป็นเรื่องของการทำงานร่วมกันเป็นทีม ประกอบกับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางการแพทย์ที่เน้นคุณภาพ ทำให้พยาบาลต้องเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่างเดียวมาเป็นผู้จัดการผู้ป่วยที่ยังคงหน้าที่การดูแลข้างเตียง ประสานกับวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งการบริหารจัดการหน่วยงาน และงานเอกสารต่างๆ ทำให้พยาบาลใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยข้างเตียงลดลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ปัญหาที่พยาบาลมีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยลงทำให้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างครบองค์รวมตามเป้าหมายของวิชาชีพพยาบาล และร่วมกับปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล ยิ่งทำให้การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเป็นปัญหามากขึ้น การเพิ่มเวลาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงในขณะที่มีจำนวนพยาบาลเท่าเดิมจึงเป็นความท้าทายขององค์กรพยาบาลและพยาบาลทุกคน ที่ต้องร่วมมือกันในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพยาบาลใหม่ เพราะรูปแบบเดิมไม่สามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ปัจจุบันได้ โดยเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงเพื่อตั้งให้พยาบาลใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง Transforming Care at the Bedside เป็นการเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมของพยาบาลให้มาใช้พื้นที่ข้างเตียงผู้ป่วยให้มากที่สุด เช่น การรับส่งเวรที่เคยทำที่เคาเตอร์พยาบาลเปลี่ยนมาที่ข้างเตียง หรือการจัดแจกยาผู้ป่วยที่จัดไว้ล่วงหน้าในห้องพยาบาลเปลี่ยนเป็นจัดที่เตียงผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและญาติมี

ส่วนร่วมในขณะให้ยา หรือการเคลื่อนเคาเตอร์ของพยาบาลเข้าไปใกล้กับผู้ป่วยให้มากที่สุด เป็นการลดระยะทางการเข้าถึงผู้ป่วย เป็นการลดความสูญเสียของเวลาในการเคลื่อนที่ของพยาบาล

ปัจจุบัน Transforming Care at the Bedside (TCAB) เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับและมีการปฏิบัติในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างแพร่หลาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่บนพื้นฐานการสนับสนุนและเป็นการเสริมพลังพยาบาล (empowerment) หน่วยงาน ในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการออกแบบระบบการให้การพยาบาล (systems) และกำหนดรูปแบบการให้บริการพยาบาล (nursing care delivery models) ซึ่งผลของการออกแบบระบบใหม่ ทำให้ลดความสูญเสียเปล่า และเท่ากับเป็นการเพิ่มเวลาของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงมากขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟู และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

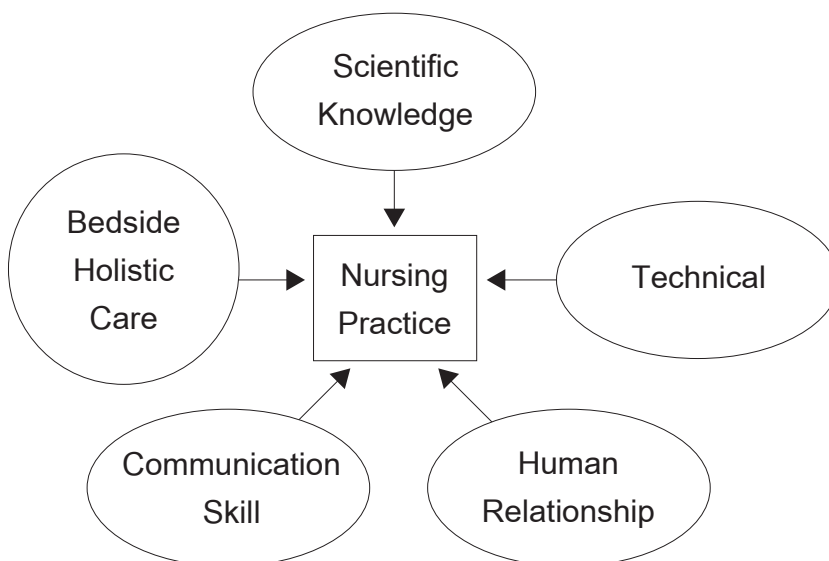
จากการเห็นคุณค่างานของตนเอง พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความผูกพันกับองค์กร ซึ่งเป็นส่วนของการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล

## Transforming Nursing Care at the Bedside

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

ศูนย์โรคคมชก สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

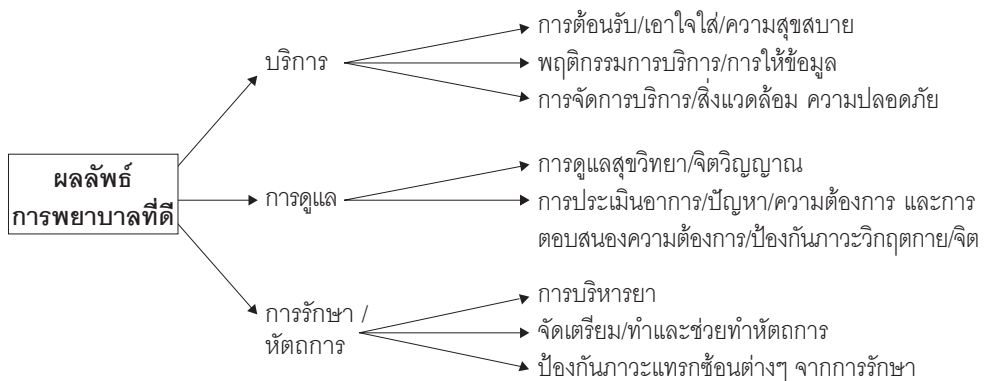
การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเกิดพลังแห่งการพยาบาลที่มีผลลัพธ์ที่ดี ต้องประกอบด้วย



ผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับต้องนำหลักการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ (Judith Waring Rorden 1987 p20) ดังนี้

1. การพยาบาลต้องเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
2. ผู้ใช้บริการแต่ละคนมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่แตกต่างกัน
3. การดูแล ช่วยเหลือ ชี้นำะ ผู้ป่วยแต่ละรายย่อมต้องสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมถึงผู้ป่วยเฉพาะรายในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี

### ผลลัพธ์ที่ดี : การพยาบาล



### แนวปฏิบัติเพื่อผลลัพธ์ที่ดี

1. การสร้างความเชื่อมั่นที่ทีมงาน การสร้างความเชื่อมั่นที่ทีมงานโดย

- The Quality of Warmth : ทำให้เกิดการยอมรับ
- The Quality of Respect : ทำให้เชื่อมั่นในการแก้ไขปัญหาของเรา
- The Quality of Empathy : ทำให้เกิดความเข้าใจ
- The Quality of Genuineness : ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจดูแล

2. Bedside care โดยเน้น Care ให้ครบทั้ง 4 ด้าน

- C = Centered Attention สนใจเอาใจใส่อย่างจริงจัง
- A = Appropriate Responses ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม
- R = Relaxed Posture ท่าทางไม่เคร่งเครียดเป็นธรรมชาติและมีความสุข
- E = Eye-contact สบสายตากับผู้ให้บริการตลอดกระบวนการดูแลรักษา

## มีกระบวนการปฏิบัติที่นำไปสู่คุณภาพการพยาบาลที่ยั่งยืน

พันธกิจแห่งคุณภาพ	มีการประกาศเป็นหน้าที่และภารกิจที่ชัดเจนถึงระบบการปฏิบัติพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
การนำ	ผู้นำทุกระดับแสดงตนเป็นแบบอย่าง เน้นการดูแลข้างเตียง โดยการเยี่ยมประเมิน ดูแล ให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ขณะดูแลข้างเตียง
นโยบาย	มีการกำหนดนโยบายที่แสดงให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลข้างเตียง จัดโครงสร้าง พัฒนาบุคลากรและสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ชัดเจน
การฝึกอบรม	ควรมีการกำหนดการฝึกอบรมที่เน้นการพยาบาลข้างเตียงหรือกิจกรรมทบทวน การทำ QA, CQI, RM ให้ทั่วถึงทุกระดับ และจัดประเมินผลการอบรมโดยการปฏิบัติจริง ให้โอกาสได้เสนอผลงานต่างๆ
การเสริมพลัง Empowerment	การเสริมอำนาจให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ เชื่อมโยงบุคลากร ตั้งวูดโร วิลลีย์ กล่าวไว้ว่า "I do not use all the brains I have, but all I can borrow"
ทัศนคติ	มีทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลข้างเตียง เช่น สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ดูแลอาบน้ำ ทำความสะอาดพระภิกษุอาพาธเป็นโรคผิวหนัง นารังเกียจจนสุขสบายสะอาดสอาดและดำรัสว่า "ผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บดูผู้ดูแลเรา....."
วัฒนธรรม	ต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดปลูกฝังการดูแลด้านร่างกาย/จิตใจวิญญาณ และสังคมให้เกิดขึ้นให้ได้ เช่น เชิดชู "คนดี" บุคคลตัวอย่าง เป็นต้น

## กล่าวโดยสรุปผู้นำ/ผู้บริหารทางการพยาบาลควรปฏิบัติ ดังนี้

Don't	Do
CEO พิลิก ไม่จริงใจ	- นำตัดสินใจ และป้องกันปัญหา
CEO ไม่สนใจ ไร้ประโยชน์	- ผู้นำทาง นักเปลี่ยน/ปรับ/หาสิ่งดี ๆ ทำ
CEO อ่อนแอ ทำไม่ได้	- ผู้เปลี่ยนแปลง ปรับปรุงอยู่เสมอ
CEO ดูแต่กระดาษ	- ผู้ทำงานเป็นทีม
CEO ไร้พลัง	- นักวางแผนใช้ทรัพยากรเป็น
	- นักประชาธิปไตย เป็นแบบอย่าง
	- กล้าเสี่ยง/ทำงานหนัก/ไม่ทอดทิ้ง



พลตรีหญิง อัญชัญ ไพบูลย์ โรงพยาบาลวิภาวดี  
 พันเอกหญิง อังคณา สุเมธสิทธิกุล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะปัจจุบันนี้มีการแข่งขันกันทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านการพัฒนาบุคลากร และสิ่งสำคัญที่สุด คือการธำรงรักษาบุคลากรที่มีอยู่ ให้ความผูกพันและภักดีต่อองค์กร

### วิธีการบริหารเพื่อนำองค์กรพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

จากนโยบายและวิสัยทัศน์ ที่กำหนดภายใต้กรอบแนวคิด คำว่า “LOVE” มาจาก L = Living Organization องค์กรที่มีชีวิต มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และระหว่างผู้ให้บริการในองค์กรด้วยกัน O = Organizational Communication การติดต่อสื่อสารระหว่างทีม กับผู้รับบริการ ซึ่งต้องใช้ศิลปะ เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน V = Visionary Leadership ผู้นำต้องเป็นผู้มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ สุจริต ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน มีความมุ่งมั่นกล้าหาญ มีภาพอนาคต สามารถจูงใจบุคลากร ให้เกิดความรักองค์กร E = Ethics จริยธรรมในการทำงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญ ส่งผลต่อการให้บริการสาธารณะ และการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ

กลยุทธ์การขับเคลื่อนสู่ “LOVE” เริ่มจากการสร้างขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน (การจัดสรรบุคลากร เพิ่มอัตราค่าตอบแทนทั้งในกลุ่มพยาบาล บรรจุประจำ และลูกจ้างชั่วคราว รวมถึงการพัฒนาศักยภาพพยาบาล) เพิ่มการสร้างบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่น ความสามัคคี ระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาล กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และลดช่องว่างของความคิด ในการพัฒนาคน พัฒนางาน ส่งผลให้การทำงานลื่นไหลมากยิ่งขึ้น จากการเปลี่ยนแปลง ของการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดี ที่เกิดขึ้นในองค์กร ทำให้เกิดเป็นองค์กรที่มีชีวิตชีวา เกิดโครงการต่างๆ จากความร่วมมือของทีมงาน เช่น โครงการ “นางฟ้าใจดี” ที่สร้างภาพลักษณ์ของพยาบาลเผยแพร่ไปทั่วประเทศ

มีการสร้างความเข้มแข็งด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการให้บริการแบบโปร่งใส มุ่งผลผลิตและผลลัพธ์ ที่เสมอภาค ยุติธรรม และตรวจสอบได้ ปลูกฝังและสร้างสรรค์ความมีระเบียบวินัย การตรงต่อเวลา และมีสัมมาคารวะ ด้วยการ

ทำเป็นแบบอย่างให้ดู และมีการประเมินเป็นระยะๆ สร้างจิตสำนึกที่ดีในการให้บริการ นำคำชื่นชมจากโครงการ”นางฟ้าใจดี” มาสร้างให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และเกิดภาพลักษณ์ที่ดีของพยาบาลในสายตาบุคคลทั่วไป มีการนำหลักธรรมมาใช้ในการให้บริการและการปฏิบัติงาน มีการจัด “โครงการปฏิบัติธรรมนำแสงสว่างแห่งชีวิต” ผสมผสานการอบรมพฤติกรรมบริการ เพื่อสร้างจิตสำนึกของควมมีเมตตา กรุณา ความซื่อสัตย์ สุจริต อดทน เสียสละ และมีน้ำใจแก่ผู้มาใช้บริการทุกคน

### นิติ เรื่องจำนำงค์

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เป็นเครื่องมือในการกำกับ ดูแล ควบคุมพลเมืองในสังคม ที่มาจาก รัฐอธิปไตยหรือผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐ กฎหมายมิได้เป็นเพียงเครื่องมือในการควบคุม กำกับดูแลสังคมเท่านั้น หากแต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่องค์กรต่างๆ ควรนำมาใช้ในการบริหารจัดการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงการป้องกันความรับผิดชอบที่เกิดจากบุคลากรในองค์กร

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้บริการทางด้านสาธารณสุขในสถานพยาบาลต่างๆ ที่ต้องมีมาตรฐานและการบริหารจัดการ ให้เป็นที่ยอมรับต่อสาธารณชน อีกทั้งการให้บริการทางสาธารณสุข ถือว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล จำเป็นที่ผู้บริหารหรือผู้ที่ทำงาน เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ ในการป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในงานประจำ และเพื่อวางมาตรการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วัตถุประสงค์ของการนำเสนอนี้ คือ ยกตัวอย่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องบางส่วน และมุมมองทางกฎหมายที่ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรจะให้ความสนใจเพิ่มเติม

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๕๕๐
2. ประมวลกฎหมายอาญา
3. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
4. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง
5. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
6. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๓๑
7. พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๓๗
8. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
9. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
10. พระราชบัญญัติความรับผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐
11. พระราชบัญญัติความรับผิดอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๑
12. พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคู่ครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑
13. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๕๑

14. กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี
15. อนุสัญญาต่างๆ

รายการกฎหมายดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงบางส่วนที่ได้ยกมานำเสนอให้กับผู้ที่สนใจเบื้องต้นเท่านั้น หากแต่กฎหมายมีอยู่หลากหลายและมีการแก้ไขอยู่ตลอดเวลา การบรรยายครั้งนี้จะให้ความสำคัญในการอภิปรายกฎหมายหลักสองฉบับ คือ พระราชบัญญัติความรับผิดอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑

ดร.ประพนธ์ ผาสุขยิต สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)

เต๋า หมายถึง วิธี หรือ เส้นทาง เป็นเส้นทางการใช้ชีวิตในโลกนี้ได้อย่างเหมาะสมกลมกลืน เป็นวิถีชีวิต (way of life) ที่ท่านเล่าจื้อได้ถ่ายทอดไว้แล้วถูกบันทึกเป็นตัวอักษรในคัมภีร์โบราณที่มีชื่อว่า “เต๋าเต็กเก็ง”

เรื่องเต๋าที่พูดกันในวันนี้ ไม่ใช่สิ่งที่จะมาถกเถียงกันในเรื่องลัทธิความเชื่อ หากแต่เป็นการนำเสนอประสบการณ์จากการประยุกต์ใช้หลักการเต๋าในการบริหารงาน และพัฒนาบุคลากร เป็นการแสดงให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ (new paradigm) ในการบริหารองค์กร คือจากที่เคยมององค์กรในลักษณะที่เป็นระบบแบบกลไก ไปสู่มุมมองใหม่ที่เห็นองค์กรในลักษณะระบบเชิงนิเวศน์ คือเห็นสมดุลระหว่างความเป็นหยินและความเป็นหยาง เห็นการเชื่อมโยงระหว่างการจัดวางอย่างเป็นระเบียบ (order) และความโกลาหล (chaos)

รายละเอียดต่างๆ ในเรื่องนี้อยู่ที่การตอบคำถามให้ได้ว่า . . .

เราจะจัดการอย่างไรจึงจะทำให้เกิดสมดุลระหว่าง chaos กับ order ?

เมื่อใดที่เราควรจะ “จัดการ” และเมื่อใดจึง “ไม่จัดการ”?

เราควรจะไปที่ผลลัพธ์ (จุดหมายปลายทาง) หรือว่าเราควรจะไปจับจ้องอยู่ที่กระบวนการ (ระหว่างทาง)?

หลักแห่งเต๋าของท่านเล่าจื้อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารองค์กรสมัยใหม่ได้จริงหรือไม่?

ผู้นำองค์กรตามหลักแห่งเต๋าควรจะต้องมีคุณลักษณะอย่างไร?

และการใช้หลักแห่งเต๋าในการบริหารองค์กรจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนได้จริงหรือไม่?

ทุกท่านสามารถพบ (ร่วมสร้าง) คำตอบเหล่านี้ได้ด้วยตัวเองจากการเป็นส่วนหนึ่งของการสัมมนา



สุภาวดี หาญเมธี

ประธานกรรมการบริหาร บริษัทหลักทรัพย์

เรื่องของเรื่อง เริ่มต้นเมื่อมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นครั้งหนึ่งเกี่ยวกับการศึกษาไทย ว่า “ทำไมอาชีพครูจึงเสมือนไม่มีคุณค่า ครูเองก็ไม่รู้สึกรู้ว่าอาชีพตนมีคุณค่า เช่นเดียวกับที่คนอื่น ๆ ในสังคมไทยก็ไม่ค่อยให้คุณค่ากับครู ???”

.....จากคำถามนี้ นำมาสู่คำถามอื่นๆ อีกมากมาย

- คุณค่าอะไร ???

ความสุข ความไว้น้ำใจ เชื่อใจ ความมั่งคั่ง ครอบครัวยุติธรรม หน้าตา มิตรภาพ ความรักชาติ อำนาจ ความเมตตา กรุณา ความยุติธรรม ศาสนา ความโปร่งใส ....แบรินต์... ฯลฯ

- อย่างไร ???

สิ่งต่างๆ มีความหมายหรือมีคุณค่าต่อคน ต่อกลุ่มคนไม่เหมือนกันมิใช่หรือ แม้กระทั่งต่อคนคนเดียวก็ตาม บางสิ่งก็มีคุณค่าต่อเขาต่างกัน ฝนตกมากๆ จะมีคุณค่ามากต่อชาวนาที่ต้นข้าวของเขา กำลังจะตั้งท้อง แต่จะไม่มีคุณค่าเลย ถ้าตกลงมาในเวลาที่ดินข้าวของเขาคนเดียวกันนั้น กำลังออกรวงเป็นสีทองพร้อมเก็บเกี่ยว แล้วจะอธิบายอะไรกันอย่างไรดี

- คุณค่าของใคร ??? เพื่อใคร ???

- มนุษย์เราให้คุณค่ากันในหลายมิติหนัก มากมายอะไรปานนั้น

...คุณค่าความเป็นมนุษย์ ...คุณค่าในวิชาชีพ - จริยธรรม ...คุณค่าทางอุดมการณ์ ...คุณค่าทางกฎหมาย-การเมือง ...คุณค่าทางศาสนา ...คุณค่าทางสังคม -ศีลธรรม ...คุณค่าทางสุนทรีย์ ฯลฯ

- ต่างคนต่างคุณค่า

มีคุณค่าใดเป็นมาตรฐานได้ดีกว่าคุณค่าอื่นหรือ ??? สังคมจะดำเนินการอย่างไรในคุณค่าที่แตกต่าง

- จริงหรือถ้าเข้าถึงคุณค่า แล้วเมล็ดพันธุ์แห่งความดีถึงอกงาม

- เรื่องเล่าตัวอย่างที่ชี้ว่า “เมื่อเข้าถึงคุณค่า เมล็ดพันธุ์แห่งความดีถึงอกงาม”

- แนวโน้มโลก : โลกเปลี่ยนไป ยังมีคุณค่าอะไรคงอยู่

กุลเวช เจนวัฒนวิทย์

ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส

ช่วงนี้มีคนเริ่มพูดเรื่อง “Business as Unusual” ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะแวดล้อมทางธุรกิจที่เปลี่ยนไป หลังวิกฤตเศรษฐกิจอันเกิดจากพฤติกรรมของผู้บริโภคที่ตัดการใช้จ่ายและต้องการออมเงินไว้ เพื่อเป็น ภูมิคุ้มกันความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ

ภายใต้ความไม่แน่นอนทางธุรกิจจากปัจจัยภายนอกดังกล่าว ยังมีสภาวะที่องค์กรยุคใหม่กำลังประสบอยู่ กล่าวคือองค์กร ทั้งหลายกำลังถูกจับตามองจากรอบด้านโดยบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ตลอดเวลา คล้ายๆ กับปลาทองที่เลี้ยงเอาไว้ในตู้ปลาที่ถูกมองรอบด้าน หรือจะเปรียบกับ reality show ที่มีกล้องจับองค์กรในทุกอิริยาบถ

เหตุผลที่ทำให้สภาวะตู้ปลาดังกล่าวทวีความเข้มข้นขึ้นทุกวันนี้เป็นเพราะ 1) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสารผ่านสื่อทั้งเก่าและใหม่ เช่น โทรศัพท์มือถือ และ อินเทอร์เน็ต 2) social network ที่นับวันจะทวีคูณความซับซ้อนและแพร่กระจาย อีกทั้งยังสามารถส่งต่อข้อมูลถึงกันอย่างรวดเร็ว และ 3) ความคาดหวังของคนยุคใหม่ที่เปลี่ยนไป เช่น พนักงานยุค Gen Y ซึ่งเพิ่งเข้ามาในตลาดแรงงานตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 ไม่ยึดติดกับงานที่ให้ความมั่นคงกับชีวิตการทำงาน แต่ต้องการงานที่ท้าทาย การทำงานกับองค์กรที่มีค่านิยมร่วมเพื่อตอบโจทย์ชีวิตของเขาเหล่านั้น การสร้างความเชื่อมั่นและความผูกพันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder engagement) จึงกลายเป็นโจทย์ใหญ่ของผู้บริหารองค์กรที่ต้องการสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน ฉะนั้นผมจะขอสรุปสมรรถนะของผู้นำในด้าน stakeholder engagement ดังนี้

### เข้าใจและเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ท่านเป็น “ทุกอย่าง” สำหรับ “ทุกคน” ไม่ได้ แต่ท่านเป็น “บางอย่าง” สำหรับ “บางคน” ได้ คำถามคือท่านทราบหรือไม่ว่า “บางคน” ขององค์กรท่านคือคนกลุ่มไหน ที่แน่ๆ ต้องมีลูกค้า พนักงาน และ ผู้ถือหุ้น แต่บางคนที่เหลือ เช่น supplier, strategic alliance, ภาครัฐ, ชุมชนใกล้เคียง และสื่อต่างๆ ก็ไม่อาจถูกละเลยได้

ลำดับความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ต่อองค์กรของท่านก็ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับประเภท กิจการ พันธกิจ และกลยุทธ์องค์กรของท่าน นอกจากจะต้องให้ความสำคัญกับ “บางคน” ที่มีความสำคัญต่อการดำเนินกิจการของท่าน ในทางกลับกัน ยังต้องให้ความสำคัญ

สำคัญกับ “บางคน” ที่การดำเนินกิจการของท่านส่งผลกระทบต่อพวกเขา เช่น การปิดโรงงาน อันมีผลกระทบต่อชุมชนรอบข้าง

หลังจากเข้าใจ “บางคน” ขององค์กรท่านแล้ว ท่านคงต้องเข้าถึงโจทย์ของเขาเหล่านั้น โจทย์บางโจทย์อาจไม่ได้สร้างรายได้ให้ท่านทันทีทันใด แต่ช่วยสร้างมูลค่าให้องค์กรของท่าน ในระยะยาว หรือเน้นการช่วยบริหารความเสี่ยงขององค์กรของท่าน ยกตัวอย่างเพื่อให้เห็นภาพมากขึ้นดังนี้ ทุกคนทราบอยู่แล้วว่าลูกค้าเครือข่ายโทรศัพท์มือถือต้องการเครือข่ายที่มีสัญญาณชัด โทรฯ แล้วติด แต่องค์กรอาจต้องเข้าถึงลูกค้าเพื่อเข้าใจโจทย์อื่นๆ เช่น ลูกค้าก็อาจต้องการปกป้องสิทธิของผู้บริโภคโดยไม่ต้องการถูก SMS รบกวนของเซลส์ขายสินค้าและบริการ หากท่านเป็นผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ เรื่องการปกป้องสิทธิของผู้ใช้โทรศัพท์มือถืออาจจะต้องกลายเป็นโจทย์ที่ท่านต้องช่วยแก้ไข ทำให้ลูกค้ามีความรู้สึกที่ดีขึ้นกับองค์กรของท่าน หากท่านเป็นโรงงานน้ำตาล โจทย์ของชาวไร่อ้อยผู้เป็นผู้ผลิตวัตถุดิบหลักของธุรกิจท่านอาจเป็นการปลูกอ้อยที่มีค่าความหวานที่สูงขึ้น ซึ่งสร้างรายได้เพิ่มขึ้นแก่ชาวไร่ หลังจากจัดลำดับความสำคัญและเร่งด่วนของโจทย์ทั้งหลาย มันจะทำให้ท่านเห็นภาพว่า ท่านสามารถเป็น “บางสิ่ง” สำหรับ “บางคน” ได้อย่างไร

### ร่วมพัฒนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หลังจากเข้าใจกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้าถึงและจัดลำดับความสำคัญโจทย์ของกลุ่มดังกล่าว องค์กรของท่านและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถร่วมพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ทำให้เกิดสถานะ win-win สร้างสายใยผูกพันระหว่างองค์กรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสร้างความแตกต่างทางธุรกิจอย่างยั่งยืน หากกลับมาในตัวอย่างของผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ อาจช่วยผู้บริโภคโดยการร่วมรณรงค์กับภาครัฐในการปกป้องสิทธิผู้บริโภค และเปิดช่องทางในการร้องเรียนพฤติกรรมของเจ้าของสินค้า หรือบริการที่ละเมิดต่อสิทธิ ผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคเกิดความศรัทธาใน brand ของผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ และสร้างสายสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง

หลังจากที่ได้มีการร่วมพัฒนา ย่ำลึมวัดผลและสื่อสารความคืบหน้าของโครงการให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสื่อสารอย่างเปิดเผยบนพื้นฐานของความจริงใจในการเห็นความสำเร็จร่วม การมีความเข้าใจร่วมกันในความคืบหน้าของทิศทางขององค์กรเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเรื่องจำเป็น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีทั้ง “ให้และรับ” จะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยากทะนุบำรุง “ตู้ปลา” หรือ “องค์กร” ให้มีความยั่งยืนอย่างถาวร ลูกค้าจะซื้อสินค้าเพราะเชื่อในความเก่งและดีของผู้อยู่เบื้องหลังสินค้า พนักงานจะบอก



ต่อๆ กันให้เพื่อนๆ ที่มีความสามารถมาสมัครงาน เพราะ ความเชื่อในองค์กร supplier ก็จะทำให้ดำเนินธุรกิจกับท่านบนหลักความโปร่งใส ยุติธรรม และเป็นส่วนผลักดันในการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร ส่งผลให้เกิด “supply chain of trust” อันจะเป็นความแตกต่างขององค์กรที่ไม่สามารถลอกเลียนแบบได้

(ตีพิมพ์ในประชาชาติธุรกิจฉบับวันที่ 13 - 16 ส.ค. 2552)

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### ระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System)

อริยา ธัญญพีช มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วในปัจจุบัน “ทรัพยากรบุคคล” ถือเป็นทรัพยากรสำคัญยิ่งในองค์กร การบริหารทรัพยากรบุคคลจึงเป็นภารกิจที่สำคัญซึ่งผู้บริหารทุกระดับจำเป็นต้องทำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสนใจ หนึ่งในเครื่องมือสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลก็คือ ระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน

ระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน นับเป็นเครื่องมือทางการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเน้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานหรือองค์กร ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (performance planning) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องทำความเข้าใจกับงานที่ปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายของงาน วางแผนร่วมกัน ในการกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบนั้นๆ

2) การกำหนดค่าเทียบเคียงผลงาน (performance calibration) มีการกำหนดค่าเป้าหมาย หรือกำหนดค่าตัวชี้วัดต่างๆ ในแต่ละข้อตกลงของการปฏิบัติงานร่วมกัน

3) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance appraisal and review) เป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมิน ตามเงื่อนไขข้อตกลงที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ตั้งแต่ต้น มีการประเมินข้อมูลตัวชี้วัดที่เก็บรวบรวมไว้ และทบทวนผลการประเมินการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน

4) การให้รางวัล หรือ rewarding system เมื่อประเมินผลการปฏิบัติงานตามเงื่อนไขข้อตกลงต่างๆ แล้ว ควรนำผลการประเมินมาประกอบการพิจารณาให้รางวัล รางวัลอาจเป็นตัวเงิน เช่น นำผลการประเมินมาประกอบการพิจารณาขึ้นเงินเดือน และ/หรือ รางวัลที่ไม่ใช่ตัวเงินซึ่งหมายถึงความก้าวหน้า และการพัฒนาบุคลากร เป็นต้น

5) การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน (performance upgrading) ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามเป้าหมายที่กำหนด มีการให้ผู้ประเมินทำข้อตกลงการปฏิบัติงานใน

รอบต่อไปในลักษณะที่เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น ทั้งนี้ อาจเป็นลักษณะของการกำหนดตัวชี้วัดหรือค่าเป้าหมายที่สูงขึ้น เพื่อกระตุ้นและผลักดันให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

### ระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดลได้พัฒนาระบบบริหารผลการปฏิบัติงานตั้งแต่ มีนาคม 2551 เป็นต้นมา โดยเน้นจุดประสงค์หลัก 3 ด้านคือ 1) เพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน 2) เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านต่างๆ รวมถึงการจัดทำแผนสืบทอดตำแหน่ง (succession plan) 3) เพื่อบริหารระบบค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมและยุติธรรม มหาวิทยาลัยกำหนดให้การประเมินผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ

1. การประเมินผลงาน (performance) โดยวิธีการทำข้อตกลงการปฏิบัติงานล่วงหน้า (performance agreement) ก่อนรอบระยะเวลาการประเมิน โดยผู้รับการประเมินจะต้องทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายแต่ละตัวชี้วัดร่วมกันกับผู้ประเมิน และต้องเป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งสองฝ่าย
2. การประเมินสมรรถนะ (competency) มหาวิทยาลัยกำหนดให้มีการประเมินสมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะเฉพาะสายอาชีพ (functional competency) และ สมรรถนะทางการบริหาร (managerial competency) โดยมหาวิทยาลัยให้ส่วนงานในสังกัดสามารถกำหนดสมรรถนะเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสมกับภารกิจของส่วนงาน ในการกำหนดสมรรถนะหลัก มหาวิทยาลัยได้นำค่านิยม (core value) ของมหาวิทยาลัยมาประสานเชื่อมโยงและกำหนดเป็นสมรรถนะหลัก โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารมหาวิทยาลัย

ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัยมหิดล ไม่เพียงแต่เน้นการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลเท่านั้น แต่ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานยังเชื่อมโยงไปถึงการประเมินผลการปฏิบัติงานระดับส่วนงาน/หน่วยงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาส่วนงาน/หน่วยงาน ทั้งนี้ การประเมินผลการปฏิบัติงานส่วนงาน ก็ใช้หลักการและวิธีการเดียวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล นั่นคือ การทำข้อตกลงการปฏิบัติงานล่วงหน้า อาจกล่าวให้เข้าใจง่ายขึ้นก็คือ การที่ส่วนงานตั้งเป้าหมายการปฏิบัติงานเพื่อรองรับยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ

ของมหาวิทยาลัยในปีงบประมาณนั้นๆ และเสนอต่อทีมผู้บริหารซึ่งนำโดยอธิการบดี และรองอธิการบดี เมื่อได้ตกลงร่วมกันทั้งสองฝ่าย ส่วนงานก็จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อตกลงต่างๆ และนำเสนอต่อผู้บริหาร การดำเนินการในลักษณะนี้จะให้ประโยชน์อย่างชัดเจนในแง่ของการกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

นอกจากการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของส่วนงาน และ/หรือ รายบุคคลแล้ว ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัย ยังได้นำผลการประเมินสมรรถนะมาใช้ประโยชน์ในแง่ของการวางแผนการพัฒนาบุคลากร ดังเห็นได้จากการนำวิธีการประเมิน 360 องศา มาใช้ประเมินสมรรถนะผู้บริหาร โดยที่การประเมินดังกล่าวไม่ได้นำมาผูกกับการพิจารณาขึ้นเงินเดือนแต่อย่างใด ผลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะด้วยวิธี 360 องศา ทำให้สามารถระบุจุดเด่น จุดที่ควรปรับปรุงพัฒนาของผู้บริหารแต่ละท่าน และให้แต่ละท่านวางแผนจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (individual development plan : IDP) เสนอต่ออธิการบดีเพื่อติดตามการพัฒนารายบุคคลต่อไป

จะเห็นได้ว่าระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน เป็นเครื่องมือที่สำคัญเครื่องมือหนึ่ง ที่จะใช้ในการบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างเกิดประโยชน์ทั้งต่อบุคคล หน่วยงานและองค์กรโดยรวม ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานจะเกิดประโยชน์สูงสุด หากบุคลากรทุกคนในองค์กรตระหนัก เข้าใจ และเห็นคุณค่าของการปฏิบัติงานของตนเองแม้จะเป็นเพียงเพียงเล็กน้อย ชื่นหนึ่ง การวางแผนการปฏิบัติงาน การกำหนดค่าเป้าหมาย/ตัวชี้วัด การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ การให้รางวัลและการเพิ่มมูลค่าเพิ่ม กับการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นกระบวนการ Plan – Do – Check – Act ที่หากทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องก็จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร โดยอาจกล่าวได้ว่าระบบบริหารผลการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือคุณภาพที่มีส่วนในการพัฒนาองค์กรได้อย่างยั่งยืน



## Lean & Seamless Healthcare

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A14	Lean and National Health Advocacy
	10.30-12.00 น.	A24	Lean R2R
	13.00-14.30 น.	A34	Lean and Anesthesia
	15.00-16.30 น.	A44	Lean & Six Sigma in Healthcare
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B14	Lean & Flexibility
	10.30-12.00 น.	B24	Lean Clinical Service
	13.00-14.30 น.	B34	Lean Lab Report
	15.00-16.30 น.	B44	Lean Support Activities
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C14	Collaborative Network for Seamless Care
	10.30-12.00 น.	C24	Tertiary หัวใจ Primary
	13.00-14.30 น.	C34	Seamless Chronic Care at Primary Care Settings

**A14****Lean and National Health Advocacy**

10 มีนาคม 2552 เวลา 09.00-10.00 น. ห้อง Sapphire 4

ศ.พญ.อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Hemophilia is an inherited severe bleeding disorder found in 1:10,000 of population. The deficiency state of clotting factor (factor VIII or factor IX) creates frequent bleeding episodes in the muscle and joints. Appropriate replacement therapy with blood component of fresh frozen plasma, cryoprecipitate or factor concentrate is essential for the favorable outcome. However, hemophilic patients in economically less-developed countries often receive inadequate replacement. They end up with chronically suffering with pain, morbidity and mortality. They seldom reach the adulthood due to bleeding during the childhood period.

The nation wide coverage of early treatment with factor concentrate for every registered hemophilic patients has been implemented in Thailand since May, 2006. The National Health Security Office (Soo Poo Soo Choo) provides financial support for 38 registered comprehensive hemophilia care centers located at university and regional hospitals to purchase imported viral-inactivated factor concentrates. It is an additional budget on top of routine health care allowance. The recipients of factor concentrates have a lower risk to contract transfusion- transmitted diseases such as HIV and hepatitis C infection. However, the provided budget for each patient ranging from 90,000-120,000 baht per year can be used to purchase only 10unit/kg B.W. of factor concentrate for 2-4 times per month. Therefore, patients should have proper self-care to prevent bleeding and parents or care-giver should offer safe environment to protect their children from bleeding especially for fall risk. After 18- month implementation, 253 out of 1,000 registered patients were intensively evaluated. The results revealed that the total number of in-patient hospitalization and hospitalized days during the early treatment period were significantly lower than those of pre-early treatment period (445 vs 681 episodes/year, 1724 vs 3230 days) with p values of <0.001. Importantly, both patients and parents reported that their quality of life was in an excellent level.

In conclusion, early treatment with limited amount of factor concentrate has been proved to be cost-effective management with favorable outcome.

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**Lean R2R** “ประสานสายธารา การพัฒนาอย่างยั่งยืน” (Towards Sustainable Quality Development with Lean R2R) เป็นโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้เครื่องมือ Lean R2R ให้เกิดการพัฒนางานอย่างยั่งยืน จากประสบการณ์การทำงานในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนางานประจำต่อยอดสู่งานวิจัยเกือบ 6 ปี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนางานโดยใช้กระบวนการวิจัย คือ การค้นหปัญหามองที่ เกิดขึ้นเป็นประจำในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ความรู้เป็นพื้นฐาน ซึ่งจำต้องอาศัยมุมมองที่ครบถ้วน เป็นองค์รวมตลอดทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโดยปกติ นั้น มีหลายสาขาวิชาชีพและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง การนำแนวคิด Lean มาใช้ร่วมกับการทำงานวิจัย R2R พบว่า จะส่งเสริมให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และองค์กรได้เป็นอย่างดี

**Lean** เป็นเครื่องมือที่ให้ความสำคัญกับการบริการในส่วนที่เป็นคุณค่า (value) เน้นมุมมองของผู้รับบริการ Lean ไม่ได้ต้องการเพียงความเร็วเท่านั้น แต่ต้องการให้เกิดความปลอดภัย ลด waste เพิ่มคุณภาพในงาน คำนึงถึงต้นทุน และสิ่งสำคัญคือความสุขทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ **Lean R2R** เป็นเครื่องมือทรงพลังเพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานอย่างยั่งยืน เปรียบ Lean ได้กับแว่นขยายที่ส่องให้เห็นปัญหาในกระบวนการทำงานให้ชัดเจน จากนั้นนำปัญหามาคิดวิเคราะห์นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบที่สามารถพิสูจน์ผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการ R2R ซึ่งมีแผนการทำงานของโครงการ R2R แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ; ระยะที่ 1 (มิถุนายน 2547 ถึง พฤษภาคม 2550) ระยะที่ 2 (พฤษภาคม 2550 ถึง กันยายน 2552) ระยะที่ 3 (ตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2555) ซึ่งขณะนี้อยู่ในระยะที่ 3 ของการดำเนินการ

ตัวอย่างโครงการวิจัยที่มีการนำแนวคิด Lean R2R มาใช้ ได้แก่

กรณีที่ 1 เวลาและปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมในการเตรียมผู้ป่วยนรีเวชเพื่อรับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง (หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา) จากผลการศึกษานี้ช่วยให้แนวทางในการเตรียมผู้ป่วยมีความชัดเจน

ลด waste ในประเด็น defect rework, overproduction, waiting time และ motion ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ปัจจุบันผลงานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์ใน International Journal of Gynecology and Obstetrics และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

กรณีที่ 2 วัตถุประสงค์การตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติที่มีผลต่อการรักษาจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจประจำวันในหอผู้ป่วย CCU และ ICCU จากผลงานวิจัยนี้ โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจประจำวันจาก 1,728,000 บาทต่อปี เหลือ 586,800 บาทต่อปี หรือลด overproduction และลดระยะเวลาที่ต้องใช้ในการตรวจจาก 17,280 นาทีต่อปี เหลือ 5,868 นาทีต่อปี เป็นการลด motion ที่ไม่จำเป็น และบุคลากรได้ใช้ภูมิรู้ของตนคุ้มค่าเหมาะสมกับงาน (using staff talent) ปัจจุบันผลงานวิจัยนี้นำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย CCU และ ICCU โรงพยาบาลศิริราช

**บทเรียนที่ได้รับ** Lean R2R เป็นเครื่องมือในค้นหาปัญหาและพัฒนางานประจำที่น่าจะเหมาะสมกับบริบทของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และการบริการของประเทศไทย



ผศ.พญ.วรีณี เล็กประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
นพ.ธีร์ จุฬาโรจน์มนตรี	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.นพ.ธวัช ชาญชูฐานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.นพ.รีนเริง ลีลาอนุกรม	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### Lean and Anesthesia : Quality in Anesthesia

ผศ.พญ.วรีณี เล็กประเสริฐ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การให้บริการทางวิสัญญีวิทยาหรือที่เรียกว่าการให้บริการระงับความรู้สึกนั้นไม่ได้เป็นการรักษา แต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาโรค หรืออาการผิดปกติทางร่างกายที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สุขภาพสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ โดยผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของการผ่าตัด หรือการทำหัตถการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามภายใต้แนวทางวิสัญญีวิทยาจัดเป็นยาอันตรายที่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและรอบคอบอย่างยิ่ง นอกจากนี้ผลลัพธ์ในการบริการระงับความรู้สึกยังขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่เดิม รวมถึงประเภทของการผ่าตัด ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายอย่างการทำงานของอวัยวะหลักในร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ตับ ไต บกพร่อง หรือต้องมาทำการผ่าตัดใหญ่ใช้เวลานาน ก็ย่อมจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงกว่า อาจกล่าวโดยสรุปว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการระงับความรู้สึกมี 3 ประการคือ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย บุคลากรทางวิสัญญี และแพทย์ผ่าตัด ยิ่งในภาวะที่ผู้ป่วยมีภาวะปัญหาที่ซับซ้อนการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมมีสภาพที่เหมาะสมแก่การผ่าตัดรักษาย่อมจะมีขั้นตอนมากขึ้นตามลำดับ การผ่าตัดบางชนิดถ้าดำเนินการก่อนที่อาจก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ ในทางตรงกันข้ามการผ่าตัดที่ดำเนินการก่อนที่ผู้ป่วยพร้อมก็ก่อให้เกิดผลเสียที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยได้เช่นกัน ลีน (Lean) จึงจัดเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะพัฒนาการให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยให้บรรลุผลประโยชน์สูงสุดโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในทุกด้านให้มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่

## Lean and Anesthesia

นพ.ธีร จุฬาริชาต ภาควิชาเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Lean “เพรียว” หรือ “ไม่เทอะทะ”** ในที่นี้หมายถึงการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลูกค้าปลอดภัย ได้สินค้าที่มีคุณภาพ ส่งมอบสินค้าได้ทันตามความต้องการ ด้วยต้นทุนการผลิตที่เหมาะสม และขวัญกำลังใจที่ดีของผู้ให้บริการ (Safety-Quality-Delivery-Cost-Morale: SQDCM) โดยมีส่วนเกินที่ไม่จำเป็นน้อยที่สุด

การบริการทางวิสัญญีมีลูกค้าภายนอกที่สำคัญคือผู้ป่วย ซึ่งคาดหวัง (value)ว่าจะได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างรวดเร็วโดยไม่เจ็บปวด มีความปลอดภัย ดีขึ้นเมื่อเสร็จ ลูกค้าภายในที่สำคัญคือศัลยแพทย์ ซึ่งคาดหวังว่าจะได้ทำการผ่าตัดได้รวดเร็วและไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อกำหนดคุณค่าตามความคาดหวังของลูกค้า จึงสร้างสายธารการไหลของคุณค่า (value stream mapping) อันประกอบด้วยหลายขั้นตอนตามลำดับ ตั้งแต่ศัลยแพทย์วินิจฉัยโรค นัดผ่าตัด ทำการผ่าตัด ระบายพักฟื้นและหายจากโรคกลับบ้าน การบริการวิสัญญีที่เป็นส่วนหนึ่งในสายธารการไหลของคุณค่า ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระวังความรู้สึกขณะทำผ่าตัด ดูแลให้พ้นจากการสลบอย่างปลอดภัย ดูแลและให้การระงับปวดหลังการผ่าตัด ขั้นตอนถัดไปคือการค้นหาขั้นตอนที่สูญเปล่า (waste) ในสายธารการไหลของคุณค่า โดยพิจารณาจากคุณลักษณะของความสูญเปล่า “DOWNTIME” ซึ่งได้แก่ 1. ขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน (defect rework) 2. เกินความจำเป็น (overproduction) 3. การรอนาน (waiting) 4. ไม่ใช้ภูมิรู้เจ้าหน้าที่ (not using staff talent) 5. การเคลื่อนย้าย (transportation) 6. คงคลัง (inventory) 7. การเคลื่อนที่ (motion) 8. ขั้นตอนมาก (excessive processing) แล้วจึงปรับปรุงสายธารการไหลของคุณค่า ตัดขั้นตอนที่สูญเปล่า (waste) โดยใช้เครื่องมือของ Lean ได้แก่ 1. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ 2. การมีแผนงานที่เป็นมาตรฐาน 3. การเข้าไปดูในสถานที่จริง 4. จัดการโดยใช้หลักการมองเห็น 5 ส 5. การดูแลทรัพยากรเชิงรุก 6. ทีมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7. จัดเตรียม set up รวดเร็ว 8. ขจัดความสูญเปล่าให้รอบเวลาใกล้เคียงกับ takt time 9. ปรับระดับภาระงานให้ใกล้เคียงกัน 10. ปรับอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับอุปสงค์ 11. ใช้ระบบการดึง 12. ใช้ระบบที่ป้องกันความผิดพลาด เป็นต้น

การบริการวิสัญญีเป็นเพียงส่วนหนึ่งในสายธารของคุณค่า ต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยผ่าตัด พยาบาล ward คนงาน ดังนั้นการประชุมปรึกษาระหว่างสหสาขา จะก่อให้เกิดคุณค่าแก่ลูกค้าได้อย่างดีที่สุด

## Lean and Anesthesia : บูรณาการเรื่องคุณภาพในงานวิสัญญีด้วยลีน

รศ. นพ.ธวัช ชาณูชฎานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เราสามารถทำงานและให้บริการทางด้านวิสัญญีที่มีคุณภาพได้โดยการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับผลงาน ทั้งลูกค้าภายนอกที่เป็นผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งลูกค้าภายในที่เป็นศัลยแพทย์ โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ การบูรณาการโดยใช้ลีนเป็นการทำให้เกิด"คุณภาพ" ที่เป็นการเปลี่ยนจากความสูญเปล่า "waste" ไปสู่คุณค่า "value" ในมุมมองของผู้รับผลงาน อย่างไม่รู้จัก

**Lean** เครื่องมือเพื่อสร้างความเป็นเลิศของกระบวนการ ทำให้กระบวนการทั้งหมดปราศจากความสูญเสียบ สามารถปรับตัวตอบสนองความต้องการของตลาด(ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ญาติ) ได้ทันทั่วทั้ง และมีประสิทธิภาพเหนือคู่แข่ง แนวคิดในการระบุและกำจัดความสูญเสียบหรือสิ่งที่ไม่เพิ่มคุณค่าภายในกระแสคุณค่าของกระบวนการ (value stream) โดยอาศัยการดำเนินตามจังหวะความต้องการของลูกค้าด้วยระบบดึง ทำให้เกิดสภาพการไหลอย่างต่อเนื่อง ราบเรียบ และทำการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ระบบอยู่เสมอ

**คุณภาพอย่างบูรณาการ (Integrated quality)** ประกอบด้วย ระบบปฏิบัติการที่มั่นคง (foundation of operational stability) ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง (achieving continuous flow) และทำให้มีคุณภาพแบบฝังลึก (built in quality) และลด waste

ตัวอย่างความสูญเปล่าในทางวิสัญญีวิทยา

- Defect and rework เช่น label ยาไม่ชัด การต่อสาย monitors ผิด (EKG, line)
- Overproduction การรักษา/ทำหัตถการที่ไม่จำเป็น การบันทึกข้อมูลที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน
- Waiting การรอคอยที่จะเริ่ม case หรือ time out
- Not use talent ใช้คนไม่ตรงกับงาน
- Transportation การส่งผู้ป่วยไปยังจุดต่างๆ โดยไม่บริการแบบเบ็ดเสร็จ
- Inventory, unnecessary stock วัสดุอุปกรณ์ ยาในรถดมยามากเกินไป
- Motion การเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน เช่นเดินหาวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ เอกสาร ขณะช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
- Excessive processing คือความสูญเปล่าจากขั้นตอนกระบวนการที่มากเกินไป

ประยุกต์ใช้ **LEAN** ในกระบวนการหลักด้านวิสัญญี เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ลดความสูญเปล่า (downtime waste) ในมุมมองของผู้รับบริการ และใช้ระบบดึง

นพ.สุธีร์ ทวีรัตน์

สมาคมเวชสารสนเทศไทย

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาไปเป็นอย่างมาก ทำให้ระบบการให้บริการทางการแพทย์มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เกิดปัญหาความผิดพลาดในการให้บริการ เนื่องจากระบบและขั้นตอนการทำงานที่มีอยู่เดิมไม่ได้รับการออกแบบมารองรับกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเหล่านี้ กระบวนการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการที่ได้มีการดำเนินการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในขณะนี้ ไม่สามารถตอบโจทย์ในเรื่องของผลลัพธ์ที่ต้องการลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อไปศึกษาหาสาเหตุที่แท้จริงแล้วจะพบว่า ในกระบวนการทำงานในขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้มีกิจกรรมและขั้นตอนการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า (non value added activity) อยู่เป็นจำนวนมาก กิจกรรมเหล่านี้นอกจากไม่ก่อให้เกิดคุณค่าแล้วยังเป็นสาเหตุของความผิดพลาดและกระบวนการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาและประสบการณ์ในภาคอุตสาหกรรมการผลิตซึ่งเป็นต้นฉบับของ Lean ทำให้บอกได้ว่าการปรับเปลี่ยนขั้นตอนและกิจกรรมการทำงานใหม่จะสามารถลดความสูญเสียและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างน้อยประมาณ 40 % แต่ปัญหาสำหรับ healthcare คือ การนำเอาแนวคิดและกระบวนการ พัฒนาคุณภาพแบบ Lean มาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ จำเป็นที่จะต้องมีการประยุกต์ให้เหมาะกับโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลเป็นธุรกิจบริการ (service industry) ส่วน Lean มีต้นกำเนิดจากภาคอุตสาหกรรมการผลิต (manufacturing industry)

สำหรับ Six Sigma ก็เช่นกัน เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างก้าวกระโดด โดยมุ่งที่เน้นการลดความผิดพลาดจากความแปรปรวน (variance) ในกระบวนการผลิต โดยมีต้นกำเนิดที่ Motorola และประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากเมื่อผู้บริหารของ GE ซึ่งก็คือ Jack Welch ได้นำมาใช้ในการบริหารและปรับเปลี่ยนโฉมของธุรกิจของ GE ทำให้เติบโตอย่างก้าวกระโดดและมีความยั่งยืน สำหรับภาค healthcare ก็ได้มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ได้นำเอาแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพแบบ Six Sigma มาปรับใช้กับการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งก็มีตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ แต่เป็นส่วนน้อย ทำให้เกิดคำถามว่า Six Sigma เหมาะสำหรับ healthcare หรือไม่ อย่างไร

ประเด็นต่อมาก็คือ ทั้ง Lean และ Six Sigma จะสามารถนำมาใช้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพของ healthcare หรือไม่ อย่างไร ซึ่งทั้ง Lean และ Six Sigma มีต้นกำเนิดมาจากการพัฒนาคุณภาพในกระบวนการผลิต และมีแนวคิดที่ตรงข้ามกันละข้ออย่างชัดเจน โดยที่ Lean มุ่งเน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทีละเล็กทีละน้อยค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดการไหลเลื่อนของกระบวนการทำงานและสายธารแห่งคุณค่า (value stream ) ส่วน Six Sigma เน้นที่การเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด โดยอาศัยการลงทุนเป็นจำนวนมาก การวิเคราะห์และติดตามผลโดยใช้วิธีการทางสถิติขั้นสูง จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงมาก ไม่ว่าจะ เป็น Black Belt หรือ Green Belt

คำตอบก็คือในการพัฒนาคุณภาพของ healthcare ผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องประยุกต์ใช้ทั้งแนวคิดและวิธีการของ Lean และ Six Sigma มาทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดบูรณาการในการคิดและการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจร ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่นวัตกรรมในการให้บริการ และการพัฒนาองค์กรสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถปรับตัวก้าวข้ามมิติกลายเป็นองค์กรอัจฉริยะอย่างแท้จริง

รศ.นพ.สุเมธ พิรุณ

คณบดี คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Lean เป็นกระบวนการในการบริหารจัดการเพื่อลดการสูญเสียในทุกกระบวนการทำงาน เพื่อให้ทำงานน้อยลง แต่ได้ผลงานมากกว่าและเป็นผลงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการหลักของลูกค้าหรือผู้รับบริการมากที่สุด ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เป็นการเพิ่มความภักดีและกล่าวถึงในทางที่ดี อันเป็นความสามารถในการแข่งขันเพื่อผลประโยชน์ที่ดีขึ้น

Lean เป็นแนวคิดของ Taiichi Ohno ที่ได้ศึกษาความผิดพลาดของบริษัท Ford และ GE เพื่อนำมาสู่การลดความสูญเสียในการผลิตรถยนต์ที่เรียกว่า Toyota Production System (TPS) ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย สิ่งที่เราทำ (เครื่องมือทางเทคนิค) สิ่งที่เราจัดการ (เครื่องมือบริหาร) และสิ่งที่เราเชื่อ (ปรัชญา) บูรณาการจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ระหว่างปี ค.ศ. 1978 – 1988 เริ่มตั้งแต่ขจัดความสูญเปล่า (eliminate waste) และ Shigeo Shingo ได้พัฒนาต่อในปี ค.ศ. 1981 เกิด non stop production และ zero inspection จึงกล่าวได้ว่า ทั้ง Taiichi Ohno และ Shigeru Shingo เป็นผู้ให้กำเนิดกระบวนการ Lean

เป้าหมายของ Toyota Production System นั้น เพื่อลดภาระงานที่มากเกินไปจนความจำเป็น (over burden – *muri*) ลดความไม่คงเส้นคงวา (inconsistency – *mura*) และขจัดความสูญเปล่าต่างๆ (waste – *muda*)

แม้ว่า Lean เริ่มต้นจากการผลิตรถยนต์ แต่หลักการของ Lean ถูกนำมาใช้ในกระบวนการให้บริการได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรที่มีค่านิยมด้านการมุ่งเน้นลูกค้า Lean ด้านการบริการจึงถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรชั้นนำระดับสากล

ในระบบให้บริการด้านสุขภาพ Lean ถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูญเปล่าที่เกิดจากการรอคอยการรับบริการต่างๆ

ผมต้องขอขอบคุณสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ. เดิม ปัจจุบันคือสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)หรือ สรพ.) และองค์การเพิ่มผลผลิตแห่งเอเชีย (APO) ที่ได้เลือกให้โรงพยาบาล

สงขลานครินทร์เป็นโครงการนำร่องร่วมกับโรงพยาบาลอื่นๆ อีก 4 โรงพยาบาล ทำให้เรา  
ได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่อง Lean ร่วมกันพัฒนากระบวนการทำงานจนเกิดโครงการต่างๆ ที่  
ผ่านการนำไปใช้มากมายหลายร้อยโครงการ ทำให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์สามารถเป็น Lean Enterprise ในระยะเวลาอันสั้น

ในระบบการให้บริการด้านสุขภาพในปัจจุบันนี้ องค์กรทุกแห่งมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น  
อย่างต่อเนื่องเกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการ การเข้าถึงบริการทำได้ยากลำบาก เกิด  
การรอคอยเพื่อเข้ารับบริการ ขั้นตอนการให้บริการที่สลับซับซ้อน เกิดมีปัญหในเรื่องความ  
สัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนมีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการ  
ให้บริการเนื่องจากมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น หากวิเคราะห์ความต้องการหลักของผู้ใช้  
บริการหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าคุณค่าในมุมมองของผู้รับบริการ การมาใช้บริการด้านสุขภาพ  
ผู้ใช้บริการคงอยากได้รับบริการที่ “ดี ถูก เร็ว และเหมาะสม”

ดี ในที่นี้หมายถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลและคุณภาพการให้บริการ

ถูก หมายถึงค่ารักษาพยาบาลที่คุ้มค่างบเงินที่เสีย

เร็ว หมายถึงกระบวนการให้บริการที่รวดเร็ว

เหมาะสม หมายถึงกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษามาตรฐานและทันต่อช่วงเวลา  
เช่น การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองตีบในเวลาที่เหมาะสม

หากองค์กรใดสามารถตอบสนองความต้องการในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
สามารถลดขั้นตอน ลดการรอคอย หรือการให้บริการชนิด one stop service ผู้ใช้บริการจะ  
ได้รับการอย่างเหนือความคาดหมาย ก็จะสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่ง  
แน่นอนมีผลต่อการซื้อบริการซ้ำ การกล่าวถึงในทางที่ดี และแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการ ซึ่ง  
ส่งผลให้ผลประกอบการดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ถึงกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการด้านสุขภาพอย่างละเอียด  
จะพบว่าประกอบด้วย 3 สิ่ง ได้แก่ กิจกรรมที่เพิ่มคุณค่า เช่น มาโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์  
ตรวจวินิจฉัยรักษาและให้คำแนะนำ กิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าแต่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การลง  
ทะเบียนเพื่อขอเข้ารับบริการ และกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าในสายตาของผู้รับบริการ เช่น การ  
รอคอยต่างๆ ซึ่งจะพบว่ากิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าในสายตาผู้รับบริการมีถึงประมาณร้อยละ 60  
หากสามารถลดในส่วนนี้ได้ก็จะเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเป็นอย่างมาก

ในบรรดาความสูญเปล่าทั้ง 7 ด้าน ตั้งแต่การผลิต/บริการมากเกินไปจนความจำเป็น  
(over production) การรอคอย (waiting) การขนส่งหรือการเคลื่อนย้ายวัสดุ/อุปกรณ์จาก  
หน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่ง (transportation) การทำงานซ้ำซ้อน (unnecessary

processing) การสำรองของใช้ที่มากเกินไปหรือเรียกว่า วัสดุคงคลัง (inventory) ผลผลิตที่ผิดพลาดหรือผลงานที่ไม่ตรงกับความต้องการ (defective product) การเดินหรือเคลื่อนไหวโดยไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน (motion) เวลาที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนทำงาน (set up time) ความสูญเปล่าด้านการรอคอย (waiting) เป็นความสูญเปล่าที่ถูกนำมาจัดมากที่สุดในการบวนการให้บริการสุขภาพ

กระบวนการ Lean เริ่มตั้งแต่เขียนขั้นตอนของการให้บริการที่เรียกว่าสายธารแห่งคุณค่า (value stream) ตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดของกระบวนการให้บริการอย่างละเอียด จับระยะเวลาที่ใช้ ซึ่งแสดงสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (current state) แล้วนำมาวิเคราะห์หาว่าขั้นตอนใดเป็นขั้นตอนที่สร้างคุณค่าและขั้นตอนใดเป็นขั้นตอนสูญเปล่า (waste) วิเคราะห์หาสาเหตุของความสูญเปล่า อาจใช้ผังก้างปลาหรือวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา กำหนดวิธีแก้ไข ประเด็นปัญหาทั้งหมด สร้างขั้นตอนการทำงานใหม่ (future process) และดำเนินการตามขั้นตอนใหม่ ปรับปรุงแก้ไขตามวงจรเดิมอย่างต่อเนื่อง (CQI) กำหนดหาประสิทธิภาพของกระบวนการ โดยนำเวลาที่เป็นเวลาที่มีคุณค่า (value) ทั้งหมดหารด้วยเวลาทั้งหมดของกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น

วิธีขจัดความสูญเปล่า (waste) อาจทำได้โดยกำจัดออกไป (eliminate) การลำดับขั้นตอนใหม่ (re-arrange) การปรับโครงสร้างหรือหน่วยงาน (restructure) เช่น การย้ายหน่วยงานให้ใกล้กัน การทำให้ง่ายไม่ซ้ำซ้อน (simplify) รวมขั้นตอนหลายๆ ขั้นตอนเข้าด้วยกัน (combine) หรือการพัฒนาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (IT) เก็บข้อมูลแทนการบันทึกในกระดาษ

กระบวนการ Lean สามารถใช้เครื่องมือพื้นฐานเพื่อลดความสูญเปล่าที่หลากหลาย เช่น การจัดสถานที่ทำงาน (workplace layout) การป้องกันความผิดพลาดด้วยการจัดระบบให้มองเห็นชัดเจน (visual management) การจัดขั้นตอนทำงานอย่างมีมาตรฐาน (standardize work) หรือการสำรองวัสดุ ครุภัณฑ์ในสถานที่เหมาะสม (point of use storage) ตลอดจนการพัฒนากระบวนการทำงานของผู้ส่งมอบ (supplier development) โดยมี 5 ส เป็นเครื่องมือพื้นฐานที่สำคัญในการจัดระบบและระเบียบในสถานที่ทำงาน

นอกจากนั้น ในองค์กรที่ได้ Lean ยังต้องจัดการทำงานเพื่อลดความผิดพลาดและความสูญเสียน เพื่อป้องกันการพลั้งเผลอ (poka yoke) เช่น การทำให้หัวท่อต่อกับถังก๊าซเป็นคนละสีหรือคนละขนาดระหว่างก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต



แนวคิดของ Lean นั้น ต้องการให้กระบวนการทำงานที่สิ้นไหลไปแต่ละขั้นหรือแต่ละชั้น (one piece flow) ทำงานเมื่อหน่วยงานถัดไปพร้อม (pull system) ลดการทำงานต่อเนื่องเมื่อมีชิ้นงานครบ (batch) ระบบการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน (quick setup) การส่งงาน การกระจายภาระงาน (workload leveling) การหยุดกระบวนการทำงานทันทีเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพหรือความผิดพลาด (automation) นอกจากนี้ในกระบวนการทำงานต้องคำนึงเวลาที่ใช้ในการทำงานในแต่ละกระบวนการย่อย (cycle time) เช่น ระยะเวลาจริงที่แพทย์ใช้ในการตรวจผู้ป่วยแต่ละราย จำนวนเวลาต่อชิ้นในการทำงาน (takt time) เช่น อัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการทำทุกกระบวนการให้เสร็จ (total turnaround time)

การเลือกกระบวนการทำงานชนิดใดมาทำกระบวนการ Lean กระบวนการทำงานนั้น ต้องเป็นกระบวนการสร้างคุณค่า (value added process) เช่น กระบวนการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือกระบวนการสนับสนุน (supporting process) ที่สนับสนุนการบริการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการทำงานที่ต้องประสานงานกับหลายหน่วยงาน ขั้นตอนที่ยาวนานหรือขั้นตอนที่เป็นคอขวด สรุปแล้ว เป็นกระบวนการทำงานที่ใช้เวลานาน ใช้คนหลายคน มีขั้นตอนยุ่งยาก ใช้ค่าใช้จ่ายมาก สิ้นเปลือง และงานที่ค้างเสมอ ตลอดจนงานที่ต้องนำกลับไปทำต่อที่บ้าน

จะเห็นได้ว่ากระบวนการ Lean สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือพื้นฐานโดยใช้ความคิดมาปรับกระบวนการทำงานปกติ โดยใช้งบประมาณน้อยมาก และกระบวนการทำงานสามารถนำไปใช้ในทุกจุดในกระบวนการให้บริการในทุกหน่วยงานบริการของทุกองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการให้บริการสุขภาพทุกหน่วยงานสามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทขององค์กร ทั้งหน่วยงานที่ให้คุณค่าและหน่วยงานสนับสนุน สามารถนำไปปรับใช้ได้ตรงตามภาระงานที่กำหนด

นพ.นิพัฒน์ เอื้ออารี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพพร เกตุวิสัย	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ดร.อโณทัย โภคาธิกรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โกสุมภ์ หมู่ขจรพันธ์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### Lean การลดขั้นตอนในการให้บริการของคลินิกตา – Botulinum

นพ.นิพัฒน์ เอื้ออารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เดิมมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกตา- Botulinum เพื่อรักษาโรคใบหน้าที่กระตุก ครึ่งซีกและตากระพริบค้าง เฉลี่ย 25-30 คนต่อวัน คลินิกเปิดบริการเดือนละ 1 ครั้งในเวลา 13.00-16.30 น. ผู้ป่วยมารับการตรวจก่อนจนครบทุกคนก่อนในห้องตรวจ จากนั้นจะย้ายไปห้องทำการรักษาเพื่อฉีดยาตั้งแต่คนแรกจนถึงคนสุดท้าย เมื่อสำรวจในคลินิกพบว่ามีผู้ป่วยมาติดต่อยืนนับตั้งแต่ 8.00 น. มีขั้นตอนปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนออกจากคลินิก รวม 15 ขั้นตอนต่อคน ใช้เวลา 5 ชั่วโมง 55 นาที ระยะเวลาที่ให้คุณค่าโดยเฉลี่ย 15 นาที ประสิทธิภาพโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 5

วัตถุประสงค์ในการทำ Lean เพื่อวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติงานที่สูญเปล่าและลดการรอคอย เมื่อสำรวจขั้นตอนทั้งหมดพบขั้นตอนที่ทำให้เกิดความสูญเปล่าได้แก่ การผลิตเกินความจำเป็น(over production) การรอคอย (waiting) การเคลื่อนย้าย / การเดิน (transportation) ขั้นตอนที่ไม่จำเป็น / ซ้ำซ้อน (unnecessary processing) การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (unnecessary motion) การผลิตของเสีย / งานที่ผิดพลาด (rework/product defect) จึงหาเครื่องมือมาจัดความสูญเปล่าโดยใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้คือ ลดขั้นตอน (eliminate and re-arrange) นัดมาตรวจตามเวลา (leveling) เตรียมยาให้พร้อม (quick setup) การไหลต่อเนื่อง ลดการรอคอย ลดงานที่ผิดพลาด (decrease batching) การป้องกันการผิดพลาด (poka- yoke) จัดสถานที่ทำงานให้สิ่งต่างๆอยู่ในที่เดียวกัน ลดขั้นตอน ลดการเดินไป-เดินมา (workplace layout)

รูปแบบใหม่ในคลินิกคือนัดผู้ป่วยมาเป็นช่วงเวลาเมื่อตรวจผู้ป่วยหนึ่งคนเสร็จแล้วก็จะฉีดยาทันทีที่เสร็จเป็นรายๆ ไปและทำในห้องๆ เดียว จากการทำ Lean ทั้งสามครั้งพบว่า

สามารถลดเวลารอคอยจากการใช้เวลาทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง เหลือเพียง 1 ชั่วโมง เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการโดยมีการเพิ่มคะแนนความพึงพอใจจาก 2.77/4 เป็น 3.50/4 ลดอัตรากำลังของพยาบาลเตรียมยาจากเดิมใช้ 3-4 คน เหลือ 2 คน เพื่อเตรียมยาให้ทันกับการฉีดยาของแพทย์ ลดความผิดพลาดในการฉีดยา ลดความเครียดของเจ้าหน้าที่ในห้องหัตถการ ลดความแออัดของผู้ป่วยหน้าคลินิกตาและในห้องหัตถการ เมื่อคำนวณประสิทธิภาพโดยเฉลี่ยก่อน Lean จากร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.7 หลังการทำ Lean 3 ครั้ง และยังมีแผนพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## ลดขั้นตอน ลดเวลาการบริหารยากรณีเร่งด่วน (ยา Stat)

นพพร เกตุวิสัย

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์นำระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) มาใช้ในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การสั่งใช้ยาของแพทย์ใช้โปรแกรมคำสั่งแพทย์ซึ่งสามารถบันทึกคำสั่งการรักษาจากเครื่องคอมพิวเตอร์ในระบบ HIS เครื่องใดก็ได้ ระบบจะเชื่อมโยงไปยังโปรแกรมพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วย พยาบาลรับคำสั่งใช้ยาและจ่ายยาโดยใช้โปรแกรมยาของพยาบาล โดยการรับคำสั่งยาสามารถส่งใบสั่งยา on line ไปให้ฝ่ายเภสัชกรรมจัดยาให้กรณีไม่มียาสำรองอยู่ในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กจัดระบบมอบหมายงานแบบทีมและปฏิบัติงานตามหน้าที่ (functional) ประกอบด้วย team leader และ medication nurse จากการทบทวนการบริหารยากรณีเร่งด่วนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กย้อนหลัง 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งให้ยาเร่งด่วน (stat) ได้รับยาหลังจากแพทย์สั่งเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 23 นาที มีขั้นตอนปฏิบัติรวม 15 ขั้นตอน

จากการวิเคราะห์ความสูญเสียพบว่า มีกระบวนการที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เช่น เภสัชกรต้องจัดยาใหม่ทุกครั้งที่มีการสั่งยา stat, การมอบหมายงานให้เสมียน, การมอบหมายงานให้ medication nurse , การเสียเวลาเดินหลายรอบ เช่น เสมียนเดินไปรับยาจากฝ่ายเภสัชกรรมชั้น 1 และนำยากลับหอผู้ป่วยวันละ 2-5 รอบ, การรอคอย เช่น รอเภสัชกรจัดยา รอเสมียนรับยา รอให้ medication nurse เป็นผู้ให้ยา เป็นต้น

มีการแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือ Lean ดังนี้

1. Quick set up จัดทำรายการยากรณีเร่งด่วนเสนอขออนุมัติให้มีการเก็บสำรองเท่าที่จำเป็น โดยให้มีการทบทวนทุก 3 เดือนและขอความเห็นแพทย์
2. Visual control จัดทำตารางการคำนวณและขนาดยาที่ใช้บ่อยในห้องผู้ป่วยเด็กติดในห้องยาเพื่อให้ง่ายต่อการเตรียมยาและลดความผิดพลาดในการคำนวณ dose ยา ไม่ต้อง

เสียเวลาคำนวณใหม่ทุกครั้ง

3. Pull system เพิ่มระบบเตือนกรณียาเร่งด่วน (stat) จัดระบบในการตรวจสอบคำสั่งใหม่ ขอความร่วมมือแพทย์แจ้งพยาบาลเมื่อมีการสั่งยาเร่งด่วน เพื่อลดการเสียเวลารอรับคำสั่งซึ่งบางครั้งพยาบาลอยู่ระหว่างปฏิบัติงานอื่น ไม่ทราบว่ามีคำสั่งยากรณีเร่งด่วน

4. Simplify กรณียาเร่งด่วน ปรับระบบให้ RN team leader เป็นผู้ให้ยาเองทันที หลังรับคำสั่ง การตรวจสอบกับคำสั่งให้ทำพร้อมกับการ recheck ยาพร้อมฉีด

ผลการดำเนินงาน ลดขั้นตอนของยาเร่งด่วนเหลือ 8 ขั้นตอน ใช้เวลาเฉลี่ย 24 นาที ประสิทธิภาพโดยเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.8% เป็น 16.7%

## การใช้ IT ให้เป็นโอกาสแก้วิกฤต

ดร.อโณทัย โภคาภิกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ห้องปฏิบัติการเคมีคลินิกและห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการกำหนดคำวิกฤตร่วมกับแพทย์ผู้ให้บริการ เมื่อมีผลการตรวจวิเคราะห์อยู่ในช่วงคำวิกฤต ห้องปฏิบัติการจะต้องแจ้งให้แพทย์ทราบโดยเร็วที่สุดเพื่อทำการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ทันเวลาที่

เดิมทางห้องปฏิบัติการรายงานคำวิกฤตโดยบุคลากรของห้องปฏิบัติการโดยโทรศัพท์แจ้งผลไปยังพยาบาลที่คลินิกหรือหอผู้ป่วยเพื่อให้แจ้งแพทย์ต่อไป ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้กำลังคนและเวลาอันมีจำกัดของห้องปฏิบัติการเพื่อการสื่อสารที่ต้องการความรวดเร็วทันเวลาที่ เมื่อวิเคราะห์กระบวนการทำงานโดยแนวทาง Lean แล้วพบว่า มีถึง 8 ขั้นตอนและใช้เวลา 15.5 นาที เมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลรับทราบและเห็นว่ารระบบ IT ของโรงพยาบาลสามารถจะช่วยให้งานนี้รวดเร็วขึ้นได้ จึงมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนวิธีการโดยระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งได้รับการกำหนดคำวิกฤตไว้ในโปรแกรมแล้ว เมื่อมีคำวิกฤตรายงานไปตามระบบเกิดขึ้น ผลที่เป็นคำวิกฤตจะถูกกรองส่งไปแจ้งเตือนโอเปอร์เรเตอร์ในทันที เพื่อให้แจ้งไปยังพยาบาลและแพทย์ตามขั้นตอนที่ตั้งไว้ ซึ่งวิธีการใหม่นี้ลดขั้นตอนการแจ้งผลลงเหลือ 5 ขั้นตอนและใช้เวลาเพียง 5 นาที ทำให้การแจ้งคำวิกฤตทำได้อย่างรวดเร็วขึ้นมาก การนำเสนอครั้งนี้จะแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการ และผลจากการนำแนวคิดของ Lean มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการทำงานในระบบโรงพยาบาล

## การลดระยะเวลาการรับผู้ป่วยและการรอในห้องผ่าตัด

โกสุมภ์ หมู่จรรยาพันธ์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในเวลาราชการแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าของห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์หรือเวลาที่เข้าห้องผ่าตัดนาน กระบวนการรับผู้ป่วยมาผ่าตัดใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดในขณะที่รอผ่าตัดและสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งความไม่พึงพอใจเป็นความรู้สึกที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในเวลาราชการแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าเฉลี่ย 50 รายต่อวัน มีขั้นตอนการรับผู้ป่วย 16 ขั้นตอน รวมถึงการรอหน้าห้องผ่าตัด ใช้ระยะเวลาการรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยจนผู้ป่วยได้เข้าผ่าตัด 84.5-107 นาที

จากการวิเคราะห์ พบโอกาสลดขั้นตอนและลดเวลาได้แก่ การประเมินเวลาการรับผู้ป่วยรายถัดไป การมอบหมายงานแก่ทีมออกไปรับผู้ป่วย ความพร้อมของผู้ป่วย คำสั่งของแพทย์

มีการแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือ Lean ดังนี้

1. จัดลำดับขั้นตอนใหม่ หาแนวทางการประเมินเวลาก่อนรับอย่างถูกต้อง เช่น ประสานกับทีมศัลยกรรม (จะมีการเปลี่ยนลำดับผู้ป่วยหรือไม่), ประสานกับทีมวิสัญญี (จะมีการทำหัตถการอื่นเพิ่มเติมก่อนหรือไม่), ประเมินเวลาที่ต้องใช้ผ่าตัดผู้ป่วยที่กำลังทำอยู่, ประเมินระยะเวลารับผู้ป่วยรายถัดไป (ระยะทาง การเตรียมก่อนมาห้องผ่าตัด)

2. Quick set up เตรียมทีมรับผู้ป่วยให้พร้อมที่สุด หอผู้ป่วยเตรียมผู้ป่วยและวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมส่ง ใช้ walky talky สื่อสารกับทีมรับผู้ป่วยระหว่างการเดินทางเพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคของโทรศัพท์มือถือในบางจุด

3. Combine รวมขั้นตอนหลายๆ ขั้นตอนเข้าด้วยกัน เช่น จัดเตรียมใบรับ-ส่ง ใบ Care Map หรือเอกสารการรับผู้ป่วยไว้เป็นชุดเดียวกัน, รวบรวมขั้นตอน register + identify เข้าด้วยกัน

4. Eliminate ตัดขั้นตอนที่ห้องผ่าตัดต้องไปตรวจสอบซ้ำซ้อน เช่น ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม ของมีค่า ฯลฯ

หลังการปรับปรุงครั้งที่ 1 ลดขั้นตอนเหลือ 12 ขั้นตอน ใช้เวลา 54.5 - 76 นาที

มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 โดยใช้กระบวนการ re-arrange communication เพิ่มทางเลือกการรับผู้ป่วย ยังคงมี 12 ขั้นตอน ใช้เวลา 40.72 - 57 นาที

ผลลัพธ์โดยรวม ลดเวลาโดยรวมจาก 107 นาทีเหลือ 57 นาที ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจาก 8% เป็น 33% ระยะเวลาผู้ป่วยรอในห้องผ่าตัดลดลงจาก 38 นาทีเหลือ 24 นาที



ปนัดดา มุสิกวัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
บราลี ไชยหมาน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ทพญ.ชวดี นพรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ลดรอบเวลาการรายงานผลการทดสอบ Chem. Profile**

ปนัดดา มุสิกวัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกใช้ในการวินิจฉัย พยากรณ์ และติดตามการรักษาผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ ในเวลาที่รวดเร็วทันการ ห้องปฏิบัติการเคมีคลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีงานบริการประมาณวันละ 3,000 – 4,000 การทดสอบต่อวัน ระยะเวลาการรายงานผลการทดสอบไว้ภายใน 2 ชั่วโมง เนื่องจากปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้นทำให้รอบเวลาการรายงานผล (turn around time, TAT) การทดสอบทางเคมีคลินิกไม่ทันกับความต้องการของผู้รับบริการ หน่วยเคมีคลินิกจึงได้นำการบริหารจัดการตามแนวทาง Lean มาใช้ปรับปรุงการทำงานเพื่อลดรอบเวลาการรายงานผลการทดสอบทางเคมีคลินิก (chem. profile) ก่อนการทำ Lean กระบวนการทำงานมีทั้งหมด 17 ขั้นตอน TAT เท่ากับ 108.2 นาที หลังทำ Lean สามารถรายงานผลการทดสอบได้เร็วขึ้น TAT ลดลงเหลือ 62 นาที ขั้นตอนการทำงานเหลือ 10 ขั้นตอน ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.8 เป็นร้อยละ 86.0 การนำเสนอครั้งนี้จะแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการและผลจากการนำแนวคิดของ Lean มาใช้ในการปรับปรุงวิธีการทำงาน

**การเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานผลการทดสอบรายตัว**

บราลี ไชยหมาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หน่วยเคมีคลินิก ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระยะเวลาการรายงานผลสำหรับรายตัววัน ไว้ที่ 1 ชั่วโมง ในแต่ละวันจำนวนสิ่งส่งตรวจที่ขอผลตัวจะมีประมาณ 20-40 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 5 ของปริมาณงานทั้งหมด เดิมทางหน่วยสามารถรายงานผลการทดสอบรายตัวภายในเวลา 1 ชั่วโมงได้เพียงร้อยละ 74

โดยมีรอบเวลาการรายงานผลรายตัวเฉลี่ย 50 นาที ทางหน่วยจึงต้องการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานเพื่อให้รายตัวสามารถออกผลภายใน 1 ชั่วโมงได้มากขึ้น มีการปรับขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการทำงาน โดยใช้แนวคิด Lean ทำให้สามารถรายงานผลการทดสอบรายตัวภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มเป็นร้อยละ 89 มีรอบเวลาการรายงานผลรายตัวเฉลี่ยลดลงเหลือ 40 นาที การนำเสนอครั้งนี้จะแสดงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานและผลจากการนำแนวคิด Lean มาใช้ในงานประจำวัน

## ลดรอบเวลาการรายงานผล Coagulogram

ชวตี นพรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รอบเวลาการรายงานผลหมายถึงระยะเวลาตั้งแต่ส่งส่งตรวจถูกส่งมาถึงห้องปฏิบัติการเพื่อทำการทดสอบจนถึงเวลาที่สามารถรายงานผลต่อแพทย์ การทดสอบ coagulogram เป็นการทดสอบทางโลหิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อแพทย์ในการวินิจฉัยโรคและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในอดีตสามารถรายงานผลได้ในเวลาเฉลี่ย 85 นาที ซึ่งผู้รับบริการยังไม่พึงพอใจ จึงได้มีการวางแผนปรับปรุงระบบงานโดยนำแนวคิด Lean เข้ามาใช้เพื่อวิเคราะห์หาความสูญเสียและกำจัดออกไป พร้อมกับการปรับปรุงวิธีปฏิบัติงานให้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศให้ทันสมัย ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปรับเปลี่ยนระบบปฏิบัติงานของบุคลากร รวมถึงการพัฒนาทักษะของบุคลากรให้มีศักยภาพสูงขึ้น ผ่านกระบวนการ PDCA หลายรอบ นอกจากนี้ยังมีการนำข้อมูลรอบเวลาการรายงานผลที่นานผิดปกติมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและปรับปรุงแก้ไขต่อไป จนในที่สุดสามารถรายงานผลได้ในเวลาเฉลี่ย 33 นาที ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้ จึงกล่าวได้ว่าแนวคิด Lean สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้ดีขึ้นได้

ณิระวรรณ สิงหเศรษฐ์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
น้อยหน้า ก้วพานิช	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ยุพา แก้วมณี	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
สายพิน ปานบำรุง	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
กัญทิมา บุญยังดำรง	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### การปรับกระบวนการทำงานของเสมียนหออร์ด กลุ่มหอผู้ป่วยเด็ก

ณิระวรรณ สิงหเศรษฐ์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เสมียนประจำหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้ส่งมอบงาน ต้องรับคำสั่งงานตลอดเวลา ทำให้ทำงานไม่ทัน เดินมาก เสียเวลา เหนื่อย ส่วนเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและผู้ป่วยเป็นผู้รับงาน จะรู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจที่ได้รับยา / เอกสารล่าช้า บรรยากาศในการทำงานไม่ดี

ลักษณะงาน ของเสมียนประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. งานธุรการ : คีย์คำสั่งในโปรแกรม เช่น เบิกวัสดุและเวชภัณฑ์ เบิกและตัดจ่ายวัสดุจากคลัง รับของจากคลังวัสดุ ยืม – คืนของ ส่ง – รับครุภัณฑ์ รับใบนัด รับ – ส่งเอกสาร ส่งคืนเวชระเบียน เป็นต้น
2. งานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย : รับน้ำเกลือ รับของจากหน่วยพยาธิ รับ – ส่ง LAB รับเลือดจากคลังเลือด รับยา
3. อื่น ๆ : เตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ส่งอบและฝากหนึ่งเวชภัณฑ์กลาง จัดเก็บวัสดุทางการแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและการปรึกษาร่วมกันในทุกๆระดับ พบความสูญเปล่าในเรื่อง กระบวนการที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (excessive processing), การเดินไปเดินมา (motion), และการรอคอย (waiting)

การแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือ Lean ครั้งที่ 1 ใช้หลักการ combine & re-arrange คือรวมรอบการทำงานของหอผู้ป่วย 3 หอเข้าด้วยกัน ในการทำหน้าที่รับคืนยา ส่งแฟ้มเวชระเบียน ติดต่อเรื่องสิทธิประโยชน์ และประสานกับฝ่ายบริการพยาบาล

ในครั้งที่ 2 ใช้หลัก Kanban จัดทำ slip มอบหมายงานที่ชัดเจน



ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ลดรอบการเดินจาก 57 ครั้งเหลือ 24 ครั้ง, ลดระยะทางจาก 11,698 เมตร เหลือ 4,665 เมตรต่อวัน หรือลดระยะทางเดินได้ 16 กิโลเมตรต่อเดือน, ลดระยะเวลาเดินจาก 682 นาที เหลือ 458 นาทีต่อวัน หรือลดเวลาได้ 82 ชั่วโมงต่อเดือน, ความพึงพอใจของเสมียนเพิ่มจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 93, ความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 43 เป็นร้อยละ 73

บทเรียนที่ได้รับคือคุณค่าของการทดลองปฏิบัติและการให้ผูปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการคิดและการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในงานที่ทำมากขึ้น

## Lean กระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยตา

นางน้อยหน้า ก้วพานิช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

หอผู้ป่วยตามีเตียงในการรับผู้ป่วย 30 คน รับทั้งผู้ป่วยที่เป็น chronic case ที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ elective case ที่จักษุแพทย์นัดมาผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มเหล่านี้มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้น 2-3 วัน แพทย์จะสั่งให้กลับบ้าน 0-15 รายต่อวัน และต้องรับผู้ป่วยใหม่เข้ามา 0-16 รายต่อวัน

ทีมใช้หลักการ Lean ในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วย และญาติที่ต้องการจริงๆ ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

1. Technology E-Organization ลดการสูญเสียเวลาโดยใช้ IT ในระบบ HIS มาช่วย
2. Eliminate กำจัดการรอทุกชนิดออกไป
3. Re-arrange ลำดับขั้นตอนใหม่โดยตกลงกับแพทย์ให้แพทย์สั่ง order ไว้ล่วงหน้า เช่น home medication, D/C summary
4. Combine รวมขั้นตอนการสอนผู้ป่วยและญาติในการเช็ดตา หยอดยาไว้ในขั้นตอนการหยอดยา เช็ดตาผู้ป่วยประจำวันในผู้ป่วยที่เป็น chronic case

ผลลัพธ์ทำให้สามารถลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยตา จาก 16 ขั้นตอน เหลือ 8 ขั้นตอน, ลดเวลาการจำหน่ายผู้ป่วยตา จาก 380 นาที เหลือ 101 นาที, ประสิทธิภาพเพิ่มจาก 9% เป็น 35%, คุณภาพการทำจำหน่าย 84.45 %

## การเพิ่มความรวดเร็วในกระบวนการจำหน่าย และเตรียมห้องเพื่อรับผู้ป่วยรายใหม่ ด้วย Lean

ยุพา แก้วมณี พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 7

หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป พิเศษเฉลิมพระบารมี 7 และพิเศษเฉลิมพระบารมี 9 ได้เปิดให้บริการผู้ป่วยห้องพิเศษทั้งหมด ซึ่งปัญหาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการห้องพิเศษมีมากกว่าจำนวนเตียงที่ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคิวในการเข้าห้องผู้ป่วย ในการรับบริการแต่ละวัน ต้องรอผู้ป่วยเก่าจำหน่ายและรอทำความสะอาดเพื่อเตรียมห้องสำหรับรับผู้ป่วยรายใหม่ เป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยที่รับใหม่แต่ละหอผู้ป่วย วันละ 1 – 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัด ในวันที่ admit ถ้าเข้าห้องช้าจะทำให้การส่งยาเคมีบำบัดและการผสมยาโดยเภสัชกรทำไม่ทัน ผู้ป่วยต้องรอวันรุ่งขึ้นทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ดังนั้นหอผู้ป่วยจึงเห็นความสำคัญตั้งกล่าวที่จะปรับปรุงพัฒนาขั้นตอนกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยและการเตรียมห้องให้เกิดความรวดเร็วตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการโดยใช้ lean ขึ้น

ทีมปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือ Lean ดังนี้

1. Technology E-Organization ลดการสูญเสียเวลาโดยใช้ IT มาช่วย
2. Eliminate กำจัดการรอทุกชนิดออกไป
3. Re-arrange ลำดับขั้นตอนใหม่โดยตกลงกับแพทย์ให้แพทย์สั่ง order ไว้ล่วงหน้า เช่น home medication, D/C summary
4. Combine รวมขั้นตอนการสอนผู้ป่วยและญาติ และการแนะนำการใช้ยาไว้ ระหว่างรอกระบวนการอื่นๆ
5. ใช้ Visual management ในการระบุงานแต่ละขั้นตอน
6. ใช้ Pull system ในการตามผู้ป่วยล่วงหน้า นัดเวลาให้มาถึงเมื่อห้องพร้อมรับ ผลลัพธ์ทำให้สามารถลดขั้นตอน จาก 20 ขั้นตอน เหลือ 11 ขั้นตอน, สามารถลดเวลาทั้งหมดจาก 412 นาที เหลือ 162 นาที % ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจาก 19 % เป็น 37.0 %

### ลดเวลารอคอยการ Admit กรณีแพทย์นัดผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลวันหยุดราชการ

สายพิน ปานบำรุง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เนื่องจากแฟ้มฝาก admit มีจำนวนมากในขณะที่เตียงไม่ว่าง ผู้ป่วยโทรมาสอบถามเตียงว่างในวันเสาร์ ผู้ป่วยทุกรายจะโทรมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ตั้งแต่ 5.00 น. ซึ่ง

ไม่สามารถจะให้คำตอบที่แน่นอนแก่ผู้ป่วยได้ในกรณีเตียงเต็มและแพทย์ยังไม่มาตรวจเยี่ยม  
ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโดยกำหนดแนวทางปฏิบัติให้มีการจัดเรียงลำดับความสำคัญ  
ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดให้เหมาะสมกับจำนวนเตียงที่มีโอกาสว่าง ปรับปรุงการสื่อสาร  
ระหว่างแพทย์กับพยาบาลเรื่องแผนการใช้เตียงในวันหยุด ประสานการหาเตียงที่หอผู้ป่วย  
อื่น

การปรับปรุงครั้งที่ 1 จากเดิมที่ผู้ป่วยยื่นบัตรนัดที่ห้องฉุกเฉินแล้วจึงติดต่อหอผู้ป่วย  
หาเตียง ปรับให้ผู้ป่วยยื่นบัตรนัดที่หอผู้ป่วย แล้วให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยทำ admit หรือแจ้ง  
แพทย์เพื่อหาเตียงหากเตียงไม่ว่าง

การปรับปรุงครั้งที่ 2 ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลในกรณีมีแผน  
จำหน่ายผู้ป่วยในวันเสาร์อาทิตย์และมีผู้ป่วยนัดมา admit เพื่อให้พยาบาลเก็บเตียงไว้ให้,  
แพทย์ติดต่อหาเตียงล่วงหน้ากรณีได้รับแจ้งว่าไม่มีเตียง

การปรับปรุงครั้งที่ 3 แจ้งให้ผู้ป่วยโทรมาสอบถามเตียงว่างในวันเสาร์ที่หอผู้ป่วยหลัง  
เวลา 10,00 น., case pre op.และไม่ได้เตียง admit พยาบาลติดต่อแพทย์เพื่อประสานงาน  
หาเตียงที่หอผู้ป่วยอื่นๆ ล่วงหน้า

ผลการดำเนินการทำให้ลดขั้นตอนจาก 11 ขั้นตอนเหลือ 3 ขั้นตอน, ลดเวลาจาก 210  
นาทีเหลือ 12 นาที, ประสิทธิภาพเพิ่มจาก 10% เป็น 83%

## ลดขั้นตอนผู้ป่วยที่ทำหัตถการ คลินิกกระดูกและข้อ

กัญทิมา บุญยังดำรง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

จากการที่ผู้ป่วยซึ่งแพทย์สั่งทำหัตถการคลินิกกระดูกและข้อ มีกระบวนการที่ต้อง  
ดำเนินการก่อนเข้ารับบริการหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาในการรอคอยค่อนข้างมาก เช่น การ  
ติดต่อเพื่อทำหัตถการที่ห้องทำแผลฉีดยา/ห้องเฝือก การรอคอยแพทย์เจ้าของไข้มา  
ทำหัตถการให้แก่ผู้ป่วย

คลินิกกระดูกและข้อเล็งเห็นว่าการทำงานหัตถการบางประเภทซึ่งได้แก่ การทำ buddy's  
stap, การพันผ้ายัด, การใส่ Jones' bandage, การใส่ clavicular brace, การใส่ arm sling  
ซึ่งใช้อุปกรณ์ในการทำหัตถการไม่มากและไม่ต้องใช้หลักการปลอดภัยแต่อย่างใดจึงสามารถ  
ลดขั้นตอนโดยการเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้แก่แพทย์เพื่อทำหัตถการดังกล่าวภายใน  
ห้องตรวจ เป็นการลดเวลาการรอคอย เพิ่มความสะดวก และลดความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ต้อง  
เดินไปทำหัตถการที่ห้องทำแผลฉีดยา / ใส่เฝือกให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกใน  
การรักษาผู้ป่วยให้กับแพทย์อีกด้วย เพื่อลดขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยในการทำหัตถการ

และลดการสูญเสียเวลาในการรอทำหัตถการ

**Eliminate** ลดขั้นตอนการไปทำหัตถการโดยผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการในห้องตรวจทันทีไม่ต้องเดินไปทำหัตถการที่ห้องทำแผลฉีดยาหรือห้องเฝือก

**Quick set up** จัดเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ในการทำหัตถการไว้ที่คลินิก

**Combine** คลินิกกระดูกและข้อเป็นทั้งห้องทำแผลฉีดยาและห้องเฝือก  
ที่มพบว่ายังสามารถลดขั้นตอนได้อีก โดยทางคลินิกจะเป็นผู้เบิกอุปกรณ์มาไว้ที่คลินิก  
คิดเฉพาะค่าทำหัตถการกับผู้ป่วย และคลินิกจะไปรับวัสดุการแพทย์เองที่หน่วยขายวัสดุการ  
แพทย์ในรายการที่ไม่สามารถเบิกมาเก็บไว้ได้หลังจากที่ผู้ป่วยไปติดต่อการเงินแล้ว

ผลการดำเนินการ สามารถลดขั้นตอนจาก 14 ขั้นตอนเหลือ 8 ขั้นตอน, ลดเวลาจาก  
151 นาที เหลือ 70 นาที, ระยะทางจาก 106 เมตร เหลือ 35 เมตร, ประสิทธิภาพเพิ่มจาก  
15% เป็น 30%

รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.วิษรา บุญสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.เรืองศักดิ์ ลีธนาภรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ	กรมการแพทย์

### Collaborative Network for Seamless Care

รศ.นพ.วัฒนา นาวาเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน และมีภาวะรุนแรง เช่น acute coronary condition and stroke จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความสามารถในการเข้าถึงโรงพยาบาลในเวลาที่เหมาะสมเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกล ดังนั้นความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นส่วนสำคัญอย่างมาก

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับรู้และเข้าใจในข้อจำกัดนี้ และได้ริเริ่มโครงการเพื่อเสริมพลังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัดพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพให้มากขึ้นผ่านระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีเครือข่ายความร่วมมือ คือเครือข่ายศูนย์ตติยภูมิอุบัติเหตุระดับ 1 เครือข่ายศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือ เครือข่ายศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายโรคมะเร็ง และเครือข่ายรณรงค์ลดการกินเนื้อหมูดิบ เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน

จุดหมายหลักของการพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่ายแบบไม่มีรอยต่อจากโรงพยาบาลต่างๆ กับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ให้เสมือนเป็นโรงพยาบาลเดียวกันผ่านระบบเครือข่าย การให้คำปรึกษา และการจัดการกับผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขซับซ้อน ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการสร้างสุขภาพที่ดีและความสุขของคนในพื้นที่ และเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีของเครือข่ายความร่วมมืออื่น

## Easy Asthma Clinic Network (เครือข่ายคลินิกโรคหืดแบบง่าย)

รศ.นพ.วัชรာ บุญสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูงทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง ต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตได้ ในช่วงสิบห้าปีที่ผ่านมา มีความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของโรคหืดเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดในปัจจุบันแตกต่างจากในอดีตโดยสิ้นเชิง แต่ความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นมายังกระจายอยู่ในวงจำกัดไม่ได้แพร่กระจายไปถึงแพทย์ทั่วไป ทำให้การรักษาโรคหืดในปัจจุบันได้ผลยังไม่เป็นที่น่าพอใจ

เพื่อให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกันจึงได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก เพราะมีหลายประเทศที่ได้นำเอา GINA guidelines ไปเป็นแนวทางในการทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเองรวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยได้จัดทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537

หลังจากมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี แต่ผลการสำรวจในอเมริกา ยุโรป เอเชียแปซิฟิก และประเทศไทย กลับพบว่าการควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการพยายามนำเอา GINA guideline ไปใช้งาน ปัญหาของการรักษาโรคหืดก็คือ แนวทางการรักษาโรคหืดที่เปลี่ยนไปมากทำให้แพทย์บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยตามไม่ทัน แนวทางการรักษาโรคหืดซึ่งเขียนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างซับซ้อนสำหรับแพทย์ทั่วไป ทำให้แพทย์ยากที่จะเข้าใจและปฏิบัติตามได้ และที่สำคัญแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลคนไข้โรคหืด เพื่อที่จะทำให้มีการนำเอาแนวทางการรักษาโรคหืดไปใช้อย่างทั่วถึงจึงได้จัดตั้ง Easy Asthma Clinic ขึ้น เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2547 โดยมีหลักการดังนี้

1. ทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่ายขึ้น
2. ด้วยการจัดระบบที่ดีคือเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย จะทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบ web database ทำให้การเก็บข้อมูลแบบ online (<http://eac2.dbregistry>).



com) ง่ายต่อการวิเคราะห์และติดตามผลการรักษา

หลังจากที่ดำเนินการมา 5 ปี (พ.ศ.2547- 2552) พบว่า มีโรงพยาบาลในเครือข่ายมากกว่า 500 แห่ง มีผู้ป่วยในฐานข้อมูลมากกว่า 57,000 คน จำนวนผู้ป่วยมารับการรักษา มากกว่า 300,000 ครั้ง โดยการดำเนินการคลินิกโรคหืดอย่างง่ายนี้ทำให้ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีความรู้ความชำนาญในการรักษาโรคหืดเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพมากขึ้น โดยมีการซักประวัติอย่างเป็นระบบ มีการตรวจร่างกาย ร่วมกับการประเมินสมรรถภาพปอด ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหืด และในปี พ.ศ.2551 สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนโดยจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบของหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ขอนแก่น (7 จังหวัด) และขยายไปถึงหน่วยบริการทั่วประเทศ 500 แห่ง ในปี 2553

ความสำเร็จของเครือข่ายคลินิกโรคหืดอย่างง่ายเนื่องจาก

1. บุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีเป้าหมายเดียวกันคือ ตั้งใจที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. Easy Asthma Clinic สามารถทำได้ง่าย ๆ ไม่ยุ่งยาก แพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ โดยไม่ยาก แต่การทำง่าย ๆ กลับได้มาตรฐานสากล และสามารถเห็นผลลัพธ์ได้ ภายในระยะเวลาไม่นาน ทำให้ผู้ปฏิบัติมีกำลังใจ
3. เทคโนโลยีสารสนเทศมีส่วนช่วยอย่างมากในการทำเครือข่าย
4. การทำ Easy Asthma Clinic ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคหืด

**C24****Tertiary หัวใจ Primary**

12 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 4

นพ.ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร
นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
นพ.ประเสริฐ ชันเงิน	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

**“ตติยภูมิ...หัวใจปฐมภูมิ...จะทำงานสร้างเครือข่ายในพื้นที่ต่อไป”**

นพ.ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

28 ปี ของการเป็นแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ทั้งปฏิบัติและบริหาร รพช./รพท./รพศ. ประสบการณ์จากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน ชาวบ้านจะมาโรงพยาบาลมีความลำบากมาก สถานื่อนามัยยังไม่มีความพร้อม นโยบายสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ท้องถิ่นและภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง รพช. ต้องส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคซับซ้อนไปรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด การเป็นเครือข่ายกัน มีอุปสรรคมากมาย

เมื่อมีโอกาสเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน แม้มีความตั้งใจที่จะทำงานก็ติดเรื่องความไม่พร้อมของทีมและเครือข่าย

...การทำงานในชุมชนเพื่อให้ชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเองให้ได้ผล ควรจะมีเครือข่ายปฐมภูมิเชื่อมโยงสู่ตติยภูมิและตติยภูมิที่ดีเพื่อช่วยเหลือชาวบ้านที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับทีมผู้ปฏิบัติงาน...

เห็นชาวบ้านจนๆ เป็นโรคนี้มาก จึงคิดไปเรียนเป็น หมอ Uro เพื่อจะได้เรียนรู้วิธีการที่ดีที่สุด และที่สำคัญคือวิธีป้องกัน

จบกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลจังหวัด ในฐานะผู้ปฏิบัติ ผ่าตัดรักษาโรคนี้ พร้อมกับสร้างเครือข่าย รพท. /รพช. โดยใช้ประสบการณ์ในอดีต มาสร้างความเข้าใจ เห็นใจช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชน สร้างเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต ทำงานเชิงรุกร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมมือกันเผยแพร่วิธีป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคนี้ พบว่าชาวบ้านเชื่อถือและให้ความร่วมมือดีมาก

ในบทบาทผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้ใช้แนวคิด self care ร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุขและขับเคลื่อนด้วยเครือข่ายภาคประชาชน คิดว่านอกจากการรักษาที่ปลอดภัย (safe care) แล้ว ต้องควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเสมอ

การที่จะเปลี่ยนแนวคิดคนทำงานในภาคตติยภูมิให้เชื่อมโยง เห็นความสำคัญของปฐมภูมิเป็นเรื่องที่ยากมากและต้องใช้เวลา เมื่อมีกระบวนการ HA / HPH เข้ามา จึงช่วยใน





การเชื่อมต่อของตติยภูมิและปฐมภูมิอย่างเป็นระบบโดยใช้หลัก hospital based ร่วมกับ community based เกิดขึ้นตอนและช่องทางที่ชัดเจน ช่วยผู้บริหารในการถ่ายทอดแนวคิดและแนวทางการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติได้ดีขึ้น  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 600 เตียง ผ่านการรับรอง HA& HPH Accreditation เมื่อต้นปีนี้



สิ่งที่อยากได้และได้เกิดขึ้นแล้ว คือ การทำงานเป็นทีมที่ชัดเจน เป็นสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการเชื่อมโยงสู่ชุมชนได้เริ่มแล้วและกำลังจะทำต่อไป

SHA เป็นสิ่งที่เราคาดหวังว่าจะเป็นเครื่องมือในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ เชื่อมโยงสู่ชุมชนได้ง่ายขึ้น โดยเราจะใช้ความเชื่อถือและศรัทธาของโรงพยาบาล ไปสร้างเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นระบบและยั่งยืน

และนี่เป็นตัวอย่างของจุดเริ่มต้นที่ใช้แนวคิดนี้ ของทีม PCT อายุรกรรม ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยหมอโรคไต (Nephrologist) และสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และทำอย่างไรชาวบ้านจะไม่ป่วยเป็นไตวาย

การล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เป็นทางเลือกของผู้ป่วยไตวายและการทำงาน อันนี้เอง ทำให้โรงพยาบาลได้สร้างเครือข่ายปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เกิดเป็น ชมรมเพื่อนโรคไต (ใจแข็งแรง) มีกิจกรรม Self Help Group มีการพัฒนาไปอย่างกว้างขวาง มีกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม การฝึกอาชีพสร้างรายได้ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ผู้อื่นจนเกิดภาคีเครือข่าย ในเรื่อง ทำอย่างไรไม่ให้ป่วยเป็นเบาหวาน...ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรัง

ถ้าได้ขยายวิธีคิดนี้ให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง “ตติยภูมิ...หัวใจปฐมภูมิ” เชื่อได้ว่าความสำเร็จและยั่งยืนจะเกิดขึ้นในไม่ช้านี้

12 ปีเศษ ในบทบาทผู้อำนวยการ รพศ./รพท. 3 จังหวัด (กาฬสินธุ์ สมุทรสาคร สุพรรณบุรี) ซึ่งมีบริบทของพื้นที่ต่างกันชัดเจนในเชิงเศรษฐกิจ อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ สังคมและวัฒนธรรม การจัดบริการของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่าง วัฒนธรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่เองก็มีความแตกต่างเช่นกัน

กระบวนการ HA / HPH สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานและสร้างความเข้าใจของทีมให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ช่วยให้ทุกคนมีที่ยืนในการทำงาน ด้านตติยภูมิสามารถพูดถึงการป้องกันได้ ด้านปฐมภูมิมิเวทที่ในการนำเสนอปัญหาของพื้นที่และมีที่ปรึกษาเมื่อต่อ ยอดมาถึง SHA ...ถือว่าเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการอย่างมาก จะเป็นการปลุกกระแสความคิดของทีมสุขภาพที่จะตอบโจทย์การทำงานของตนเองและทีม ในมุมต่างๆ อย่างสมดุล (ปลอดภัย ได้มาตรฐาน พอเพียง ยั่งยืน)

ความมีเสน่ห์ของ SHA คงอยู่ที่...มีหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน...โดยยึดหยุ่นและมีอิสระในการนำไปประยุกต์ในแต่ละบริบทของพื้นที่ ตอบสนองคนทำงานทุกกลุ่มและทุกคน

SHA จะเป็นประโยชน์เพียงไร...คงขึ้นกับผู้เรียนรู้จะนำไปใช้และพัฒนาต่อยอดงานของตนเองอย่างไร

## Tertiary หัวใจ Primary

นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์    โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การทำงานของสมองมนุษย์ แบ่งออกเป็นสมองซีกซ้ายและสมองซีกขวา สมองซีกซ้ายทำหน้าที่สั่งการในระดับเหตุและผล เน้นตรรกะที่ต้องสามารถหาคำอธิบายได้ หรือคิดคำนวณจากสิ่งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการวิเคราะห์วิจัยอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ส่วนสมองซีกขวาของมนุษย์ทำหน้าที่ เกี่ยวกับ อารมณ์ ความรัก ความเมตตา ความรู้สึก ความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ การทำงานของสมองมนุษย์จะให้ประสิทธิภาพมากที่สุดนั้น สมองทั้งสองซีกต้องทำงานประสานสอดคล้องกันอย่างกลมกลืน

ถ้าจะเปรียบระบบการดูแลสุขภาพเทียบกับการทำงานของสมองมนุษย์ ก็พอจะแสดงให้เห็นได้ว่า การทำงานของสมองซีกซ้ายจะคล้ายคลึงเช่นเดียวกับ บริการให้การรักษาในโรงพยาบาลซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการ และเหตุผล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสังเคราะห์ วินิจฉัยและให้การรักษา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาล

พุทธชินราช ให้ความสำคัญและพัฒนากระบวนการด้านนี้มาตลอด 70 ปี ปัจจุบันเราพัฒนาการรักษาในโรงพยาบาล เทียบเคียงกับโรงพยาบาลศูนย์ระดับใหญ่ในประเทศได้อย่างไม่น้อยหน้า สามารถ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ รักษามะเร็ง รักษาโรคหัวใจทั้งผ่าตัดและใส่สายสวน รักษาชีวิตผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลได้จำนวนไม่น้อย

ดังที่กล่าวไว้ว่า ถ้าระบบการดูแลสุขภาพเปรียบเสมือนสมองมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราชก็ให้ความสำคัญของสมองซีกขวาเช่นเดียวกัน โดยใส่ใจให้ความสำคัญในการขยายเครือข่ายเข้าถึงบริบทของ **Primary Care** และ **Community Care** เพื่อเสริมพลังและสร้างแนวร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการรักษาที่จำเป็นต้องพักฟื้นเยี่ยวยามเมื่อออกจากโรงพยาบาล กระบวนการสมองซีกขวาของโรงพยาบาลพุทธชินราช เน้นความคิดสร้างสรรค์โดยใช้หัวใจเป็นตัวนำผ่านทางกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิสู่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ก่อเกิดเป็นชมรม กลุ่มกิจกรรม ผสมผสานกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและแกนนำประชาชนในชุมชน ร่วมดูแล คัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มอายุต่างๆตามวงจรชีวิต ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงวาระสุดท้าย

ณ ขณะนี้ สมองทั้งสองซีกของโรงพยาบาลพุทธชินราช (Tertiary care and Primary care) กำลังทำงานประสานสอดคล้องกันอย่างกลมกลืน หรืออาจจะกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลพุทธชินราชประกอบด้วยร่างกาย **Tertiary** ที่กำลังเจริญเติบโตอย่างมั่นคงแข็งแรง และหัวใจที่อ่อนโยน ละมุนละไม ในระดับ **Primary** ที่เข้าถึงเครือข่าย ปฐมภูมิ ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม โดยไม่ทิ้งมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สมกับคำว่า “**Tertiary หัวใจ Primary**” โดยแท้จริง

ถนอมขวัญ พุกษาพิทักษ์กุล	โรงพยาบาลลำพูน
ศุภฤกษ์ เสวะกะ	สถานีอนามัยประตูป่า อ.เมือง จ.ลำพูน
ฉวีวรรณ วงค์เยาว์	สถานีอนามัยเหมืองจี้ อ.เมือง จ.ลำพูน
นพ.โกติน ศักรินทร์กุล	โรงพยาบาลลำพูน

หลากหลายแนวคิดได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเพื่อให้บริการสุขภาพประชาชนในเวชปฏิบัติปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น แนวคิด “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine)” ของ ดร.ไมเคิล เบลิยน์ท์ (Michael Balint, 1970) ซึ่งถูกนำมาใช้ในทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ชื่อ “กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Clinical Method)” โดย ดร.โจเซฟ ลีเวนไฮสไตน์และคณะ (Joseph Levenstein, 1984) หรือต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ อี.เอช.แวกเนอร์ (E.H. Wagner, 2001) จนเมื่อปีพ.ศ.2550 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้สนับสนุนแนวคิดประชาชนเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพ (People at the Centre of Health Care) ซึ่งดร.วอร์น โกลเวอร์ (Vaughan Glover, 2005) ได้กล่าวเป็นท่านแรกเพื่อให้ระบบสุขภาพที่มีอยู่ตอบสนองความต้องการของบุคคล ชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้การนำแนวคิดดังกล่าวมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม นพ.วิรัช พันธุ์พานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ได้นำแนวคิดนี้มาเป็นนโยบายมอบให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดลำพูน (คปสอ.เมืองลำพูน) โดยความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลลำพูน สาธารณสุขอำเภอเมืองลำพูน สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองลำพูนได้นำนโยบายปฏิบัติเป็นรูปธรรมและประยุกต์ใช้ “ทฤษฎีตัวยู (Theory U)” ของออตโต ชามเมอร์ (Scharmer C.O, 2007) มาใช้ในการดำเนินกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ซึ่งแนวคิดนี้ผู้ดำเนินกระบวนการเรียกว่า “การปรับกระบวนการทัศน์” หรือ “กระบวนการทัศน์ใหม่”

### โรงพยาบาลลำพูน...Preparing the Journey

คุณถนอมขวัญ พุกษาพิทักษ์กุลในฐานะตัวแทนของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน ผู้ประสานงานเพื่อการนำแนวคิดข้างต้นสู่การปฏิบัติ ความมุ่งมั่นของทีมคือ

ปรับเปลี่ยนแนวคิดของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนหลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้กับกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วย เน้นความเข้าใจ การรับฟัง การพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ การมีส่วนร่วมและความต่อเนื่อง ยั่งยืนของการจัดกิจกรรมด้วยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีวิธีการดำเนินกระบวนการคือ

1. มีนโยบายในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของเจ้าหน้าที่โดยการสนับสนุนของผู้บริหาร
2. มีการให้แนวคิดเรื่องกระบวนการทัศน์ใหม่โดยการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานร่วมกันทั้งของโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ระยะเวลา 3 คืน 4 วัน เนื้อหาการอบรม ประกอบด้วยแนวคิดกระบวนการทัศน์ใหม่, ทฤษฎีตัวชู, สุนทรียสนทนา, ระดับการรับฟัง 4 ระดับ, ความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย, 4 ลักษณะของบุคคล (คุณเป็นแบบใด), สมอ 3 ชั้น, คลื่นสมอ 4 คลื่น (เบต้า / อัลฟา / เทต้า / เดลต้า), mode ชีวิต (ปกติ / ปกป้อง) แนวคิดดังกล่าวได้นำเสนอผ่านกิจกรรมที่ทำร่วมกัน การทำให้สงบโดยการทำกายภาวนา การขอบคุณร่างกาย การพูดคุย การนั่งรับฟัง การให้เวลานี้ก्योंและครุ่นคิด
3. สนับสนุนให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยตามแนวทางกระบวนการทัศน์ใหม่ โดยมีเครือข่ายเข้าร่วม 8 แห่ง
4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามแนวทางกระบวนการทัศน์ใหม่เป็นระยะ จำนวน 3 ครั้ง และลงพื้นที่จริงตามเครือข่ายที่มีกิจกรรม
5. จัดสรุปผลการจัดกิจกรรมทั้งหมดตามแนวทางกระบวนการทัศน์ใหม่ 1 ครั้ง

จากการดำเนินกระบวนการดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่รับฟังกันมากขึ้น รับฟังกันอย่างลึกซึ้ง และรับฟังกันอย่างเข้าใจในความเป็นตัวตน ในบริบทของแต่ละคน ไม่ตัดสิน ให้โอกาสที่จะเลือก ให้แง่คิด การมองย้อนไปในรอยอดีตแห่งชีวิต เห็นความเป็นไปแห่งความทุกข์และความสุขที่ผ่านมาและผ่านไป ช่วงชีวิตที่ดำเนินอยู่ ณ ปัจจุบัน ความหมายแห่งชีวิตของตนเอง ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับและมีสุขตามสภาวะแห่งตน

เมื่อเจ้าหน้าที่มีแนวคิดที่เปลี่ยนไปทำให้การจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีรูปแบบที่เปลี่ยนไปด้วย ไม่เน้นการต่อว่าเมื่อดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (เช่น การควบคุมน้ำตาลไม่ได้) ไม่เน้นการสั่งสอน (เช่น คุณต้องทำแบบนี้) และรูปแบบจะเป็นการรับฟังข้อมูลจากผู้ป่วย ค่อยๆ ให้ข้อมูลที่ละส่วน เน้นการมีส่วนร่วมคิด ความสะดวกในการมาร่วมกิจกรรม และความต่อเนื่องของกิจกรรม เช่น จัดกิจกรรมในพื้นที่สถานี

อนามัย ในวัด ในห้องประชุมของพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 4 -5 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง (ในปี 2552 เจ้าหน้าที่จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจำนวน 8 พื้นที่ และในปี 2553 100 % ทุกพื้นที่ที่ต้องการจัดทำ)

## สถานีอนามัยตำบลเหมืองจี้...Learning by Doing

---

คุณฉวีวรรณ วงศ์เยาว์ จากสถานีอนามัยตำบลเหมืองจี้ผู้รับผิดชอบหมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน คือบ้านเหมืองจี้หลวง บ้านกู่เส้า บ้านปางชัย บ้านฝายแป้น บ้านเหมืองจี้ใหม่ บ้านป่าตัน บ้านป่าตอง - หนองจาง ประชากรที่อายุ 35 ปีขึ้นไปมี 3,379 คน อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร (ลำไย หอมแดง กระเทียม) และรับจ้าง ทั่วไป ได้พบกับปัญหาสุขภาพของประชากรในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อ/กระดูก ซึ่งนับวันผู้ป่วยจะยิ่งมากขึ้นเรื่อยๆ

ได้ตัดสินใจนำแนวคิดที่ได้จากการเรียนรู้ไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเองโดยเน้นในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง / โรคเบาหวานรวมถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่รักษาโรค จัดกิจกรรมกายภาพบำบัด ให้ความรู้เรื่องอาหาร สำหรับผู้ป่วย โดยมีวิทยากรคือพยาบาลวิชาชีพจาก รพ.ลำพูนและ สอ.เหมืองจี้ มีผู้เข้ารับการอบรมตามกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 100 คน โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รักษาในสถานีอนามัยตำบลเหมืองจี้ทั้งหมดซึ่งการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง / โรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 โดยจำนวนก่อนอบรม เกิน 5 ข้อมี 65 คน หลังอบรมมี จำนวน 98 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ตอบถูกมากกว่า 8 ข้อถึง 86 คน

นอกจากกิจกรรมข้างต้นแล้วยังมีการรับสมัครสื่อบุคคลจากกลุ่มผู้ที่เข้ารับการอบรม 100 คน เน้นสื่อบุคคล 30 คนโดยรับสมัคร ผู้ป่วยเบาหวาน 10 คน ความดันโลหิตสูง 20 คน ตามสัดส่วนที่เหมาะสมซึ่งมีกำหนดระยะเวลา รวมกลุ่มจำนวน 3 วันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแสดงออกมีการใช้ทักษะการฟังอย่างลุ่มลึก (deep listening) เกิดการสนทนาอย่างเปิดเผย (open – end discussion) เพื่อให้เกิดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นอิสระซึ่งมีการทดสอบความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตนเองทั้งก่อนและหลังการอบรม

ผลปรากฏว่ากลุ่มสื่อบุคคลมีการรับรู้และรู้จักการพัฒนาปรับเปลี่ยนที่ดีมากกว่าร้อยละ 80 หลังจากนั้นมีการให้สื่อบุคคลได้ทดลองใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Dot-DM / HT) ซึ่งจัดทำโดยสถานีอนามัยตำบลเหมืองจี้และให้นำมาในวันที่มารับยา ตรวจสอบสุขภาพในคลินิก

และในวันที่ทำการจัดกิจกรรมกลุ่มในสถานื่อนามัยตำบลเหมือนจีเพื่อประเมินในลักษณะ  
สัญญาณชีพต่างๆ ความดันโลหิต ซีพีจร BMI DTX และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร  
การออกกำลังกาย การรับประทานยา จากการบันทึกกิจกรรม 3 เดือนผลปรากฏว่า

- พฤติกรรมโดยทั่วไปดีขึ้น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามีการลดปริมาณลงหรือบางคนนั้น  
ถึงกับเลิกไป
- พฤติกรรมด้านอาหารมีการทานผักผลไม้ร่วมกันในครัวเรือน ละลดอาหารจำพวก  
ไขมัน เนย กะทิ
- พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ผลปรากฏว่า กลุ่มสื่อบุคคลมีพฤติกรรมออก  
กำลังกายมากขึ้นในลักษณะของการวิ่งเหยาะๆ การเดิน ไม้เท้า หรือกิจกรรมใน  
ลักษณะที่ไม่ใช่รูปแบบ เช่นตักน้ำรดสวนผัก กวาดบ้าน พัฒนาชุมชนเกิดกิจกรรม  
การเผาผลาญอาหารในร่างกาย
- พฤติกรรมรับประทานยา จากการดูปฏิทินกำกับการรับประทานยา พบว่า  
กลุ่มสื่อบุคคลมีการบันทึกการรับประทานยาไม่เกิดการลืมรับประทานยา
- จากการประมวลผลในดัชนีชีวิตของกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มสื่อ  
บุคคลส่วนใหญ่มีการพัฒนาในเรื่องของการควบคุมตนเองของดัชนีชีวิต เป็น ความ  
ดันโลหิต BMI และ DTX ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนยังไม่พบว่าเกิดภาวะแทรก  
ซ้อนในกลุ่มโรคดังกล่าวในสื่อบุคคล เช่น โรคไต บาดแผลเรื้อรัง เป็นต้น

จากการเสวนาสื่อบุคคลที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มความสามารถในการนำเสนอความ  
รู้ ทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ และให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติต่อ  
กลุ่มผู้ป่วย เช่น

- นายศรีทน ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายโดยเริ่มจากการฝึก  
ออกกำลังกายในตอนเช้าเริ่มจากตื่นนอนตีสี่ ฝึกเดินให้ได้ระยะทาง จนปัจจุบันเดิน  
ออกกำลังกายทุกวันเพิ่มระยะทางประมาณ 4-5 กิโลเมตรซึ่งกว่าจะทำได้ทุกวันคุณ  
ลุงบอกว่าต้องใช้การฝึกและสร้างพลังขับจากภายในผู้ป่วยได้โดยอดทนมุ่งมั่น
- นางรำไพ ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือลดการรับประทานอาหารประเภท  
ไขมัน โดยหันมาปลูกผักปลอดสารพิษในชุมชนร่วมโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ ร่วมออกกำลังกายประเภท เดิน - วิ่ง เพื่อสุขภาพบ้านป่าตัน  
รำไม้พลอง รวมทั้งแนะนำเพื่อนบ้านและกลุ่ม ผู้ป่วยในหมู่บ้านให้มาออกกำลังกาย
- นางมัชฌิมา ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยฝึกปฏิบัติสมาธิก่อนนอน แผ่เมตตา  
รวมถึงระลึกถึงความสุขของตนเองในทางที่ถูกต้องดำเนินชีวิตภายใต้หลักแห่งความ



- พอเพียง ช่วยงานกิจกรรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของ อสม.และในคลินิก
- นายสมพล ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในด้านอาหาร / ออกกำลังกาย และการเป็นจิตอาสาในลักษณะของ อสม. ในหมู่บ้าน ให้ความรู้และแนะนำเพื่อนบ้าน

## สถานีอนามัยตำบลประตูป่า...Doing for Wellness

---

คุณศุภกฤษณ์ เสวะกะ จากสถานีอนามัยตำบลประตูป่าซึ่งเป็นสถานบริการด้านสุขภาพอีกแห่งหนึ่งที่ดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบของตำบลประตูป่า และมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ทางโรงพยาบาลลำพูนส่งมารักษาที่สถานีอนามัยรวมประมาณ 200 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตได้

เมื่อผ่านกิจกรรมการปรับกระบวนการทัศนคติคุณศุภกฤษณ์ได้แนวคิดที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความคิดและร่างกายที่อันซับซ้อนหลายมิติ ไม่ใช่เครื่องจักร พลวัตของร่างกายมนุษย์มิได้เกิดจากปฏิกิริยาของเคมีและสรีระร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว อารมณ์ จิตใจมีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพ บางครั้งโรคเกิดจากกระบวนการของจิต การรักษาโรคโดยละเอียดจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงผลต่อความสำเร็จในการรักษา ร่างกายดูแลรักษาตนเองได้ โดยอาศัยสมดุลของร่างกายตามวิถีธรรมชาติ

การใช้ชีวิตอย่างประสานสอดคล้องกับธรรมชาติ เป็นแนวทางแห่งสุขภาพที่ดี ซึ่งธรรมชาติได้ให้ไว้ แนวคิดของการรักษาโรคจึงถูกแทนที่ด้วยกระบวนการฟื้นฟู สมดุล เป็นกระบวนการของการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แบบองค์รวมและผสมผสาน หรือ holistic and integrative medicine โดยมีเป้าหมายหลักอยู่ที่การมุ่งดูแลคนทั้งคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณมากกว่าการมุ่งรักษาตัวโรค ร่วมกับการเรียนรู้ธรรมชาติ เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่าตัวเรา ทำให้เรารู้จักหลักการทาน การรักษาศีล และการภาวนา ทำให้รู้หลักสัจจะธรรมของธรรมชาติว่าของทุกสิ่งทุกอย่างไม่เที่ยง ทุกอย่างล้วนเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และก็ต้องดับไป ไม่มีติดต่อกับอะไรทั้งสิ้น

การขอบคุณร่างกายเป็นกิจกรรมที่ยังคงอยู่ในสมาธิ การหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องยุบ เพิ่มจังหวะการหายใจ ควบคู่ไปกับเสียงดนตรีที่ฟังแล้วสงบ เป็นสุข จังหวะช้า เพลงที่ใช้เป็นเพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติ เสียงเพลงจะช่วยปรับสภาพอารมณ์และจิตใจ มีความสงบผ่อนคลาย มีชีวิตชีวา หรือมีพลังได้ ลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวด จากนั้นขอบคุณร่างกายของเราทุกส่วนที่ทำงานมาตั้งแต่เราเกิดมา และสัญญาว่าจะดูแลร่างกายของเราให้



ดีขึ้นๆ กระบวนการจะเชื่อเชิญให้ทุกคนได้นอนพักอย่างผ่อนคลายสบาย ๆ และจินตนาการไปตามคำกล่าวของกระบวนการและสามารถนอนหลับได้ เพื่อให้หัวใจและเซลล์ทุกเซลล์ได้พักผ่อน และนำพาให้สมองเข้าสู่คลื่นอัลฟา เพื่อกลับเข้ามาสู่การเรียนรู้อย่างผ่อนคลายและมีพลังโดยจินตนาการ ให้ผู้คนได้สัมผัสกับรูป รส กลิ่น เสียง และหลังจากนั้นให้นำพาความรู้สึกผ่อนคลาย สบายๆ ไปดูแล้ววิวะะทุกส่วน ทุกเซลล์ โดยกิจกรรมได้หลับแบบสบาย บางคนที่ไม่หลับก็สัมผัสได้ถึงความรู้สึกว่ามีกระแสไฟฟ้าไหลผ่านเข้าไปทั่วร่างกายตามเส้นเลือดและลมหายใจเข้าออก หรือบางคนรู้สึกว่ามีโล่ง เบาตัวสบายมากขึ้นกว่าเดิม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล เมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบกับอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค ร่างกายและจิตใจอ่อนแอลงอย่างชัดเจน วิตกกังวล และเก็บกด บางคนแยกตัวเองจากสังคมแวดล้อม หากปรับตัวไม่ได้สภาพร่างกายจะทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากกายและจิตเป็นสิ่งสัมพันธ์กัน เมื่อกายป่วย จิตก็ป่วย เมื่อจิตป่วย กายก็ทรุด ดังนั้นจึงต้องหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นขึ้นมา โดยเฉพาะในเรื่องของการกระตุ้นจิต ให้อยอมรับกับโรคและสู้กับอาการเจ็บปวด การบริหารกาย และบริหารจิตตามวิธีพุทธ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นมา ปรับพฤติกรรมตนเอง เพื่ออยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความเข้าใจ ร่วมกับ นำสิ่งเหล่านี้มาประมวลกับการตรวจร่างกายทางการแพทย์แผนปัจจุบันเช่นการตรวจวัดค่าความดันโลหิต และการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ โดยดูแลแบบผสมผสาน แบบองค์รวม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของสถานีนอนามัยต่าบลประดู่ป่า ให้สามารถพึ่งตนเองและอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีความสุข

คุณศุภกฤษณ์ เสวะกะได้ดำเนินกระบวนการหลักสูตรการปรับเปลี่ยนแนวคิด วิธีคิด ด้วยกระบวนการทัศน์ใหม่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามวิธีพุทธ โดยมีกิจกรรมต่างๆ มากมาย เช่น การฝึกการหายใจ การนั่งสมาธิกำหนดการหายใจ การออกกำลังกายตามวิถีพุทธ การเรียนรู้ทางพุทธศาสนา การขอบคุณร่างกาย การ body scan การเรียนรู้ร่างกายของเรา และการสนทนาแบบสุนทรียสนทนา (dialogue) ร่วมกับการตรวจร่างกายทางห้องปฏิบัติการ เช่น วัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตและการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้ทางวิชาการด้านโภชนาการ โรคแทรกซ้อน เป็นต้น ให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการอบรมและหลังสิ้นสุดการอบรม ก่อนการอบรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีความดันอยู่ในระดับสูงรองลงมา ร้อยละ 37.5 มีความดันอยู่ระดับปานกลาง และร้อยละ 12.5 มีความดัน

โลหิตอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการอบรมครบตามหลักสูตรผลการตรวจความดันโลหิตมากที่สุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.5 รองลงมา ร้อยละ 32.5 อยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ10 อยู่ในระดับสูงตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการอบรมและหลังสิ้นสุดการอบรม ก่อนการอบรม ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 73.33 มีระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.67 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระดับสูง และไม่มีผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดปกติ แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการอบรมครบตามหลักสูตรผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 รองลงมา ร้อยละ 13.33 อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

นอกจากนี้ในกิจกรรมการบันทึกถ้อยคำจากใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าจากการสรุปแบบบันทึกและการสอบถามผู้เข้ารับการอบรม จากผู้ป่วย ร้อยละ 100 เชื่อว่าได้รับความรู้จากวิทยากร และได้เรียนรู้เรื่องของตนเองมากขึ้น เข้าใจร่างกายของตนเอง และจิตใจของตนเอง ทำให้มีความเข้าใจกระบวนการดำเนินชีวิต พฤติกรรม สุขภาพและการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติ รวมทั้งได้ความรู้จากการที่เพื่อนๆ สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และจะดูแลร่างกายและจิตใจให้ดียิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. People at the Centre of Health Care: Harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: The Institute; 2007.
2. Scharmer C.O. Theory U Leading from the Future as it Emerges the Social technology of Presensing. MIT Cambridge; 2007.
3. Glover V. Journey to Wellness: Designing a People-Centered Health System for Canadians. Canada: Hushion House Publishing Limited; 2005.



## Sustainable Health

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A15	ขอเป็นคนหนึ่ง
	10.30-12.00 น.	A25	เวทีเติมหัวใจให้สังคม ตอน “เยียวยาด้วยหัวใจ ทั้งยามมีชีวิตอยู่และในวาระสุดท้าย”
	13.00-14.30 น.	A35	สร้างเด็ก สร้างชาติ ด้วยพัฒนาการและพลังพ่อแม่
	15.00-16.30 น.	A45	สุดสแตียรอยด์ หายจ้อยหอบหืด
11 มีนาคม 2553	08.30-12.00 น.	B15 - B25	ระบบบริการสุขภาพระยะกึ่งเฉียบพลัน : ระบบที่ขาดหายไป
	13.00-14.30 น.	B35	ความปลอดภัยและคุณภาพการบริการ : กรณีศึกษา จากผลงานนักวิจัยไทย (CRCN )
	15.00-16.30 น.	B45	ชุดโครงการวิจัยเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศิริราช)
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C15	เข้าใจเรื่องพัฒนาคุณภาพ ... เพื่อพัฒนางานเอดส์
	10.30-12.00 น.	C25	Better Care with Nutrition
	13.00-14.30 น.	C35	ชานติก้าว กับการฟันฝ่าร่วมกัน

**A15****ขอเป็นคนหนึ่ง**

10 มีนาคม 2553 เวลา 09.00-10.00 น. ห้อง Sapphire 5

นพ.นำชัย คุณธรรมาภรณ์      โรงพยาบาลทหารผ่านศึก  
 สุชาดา มีไชยโย                      โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา  
 สถิติย์ ทาอ้อ                            ศูนย์การศึกษา  
 นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์      โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

**นพ.นำชัย คุณธรรมาภรณ์      ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารผ่านศึก**

โรงพยาบาลทหารผ่านศึกเป็นโรงพยาบาลที่ขึ้นตรงต่อองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นองค์การของรัฐเพื่อการกุศลจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2513 ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อให้เป็นที่รักษาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจแก่ทหารผ่านศึกพิการ ซึ่งเป็นผู้เสียสละชีวิตและเลือดเนื้อเพื่อปกป้องผืนแผ่นดินไทย ผู้เสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อปกป้องประเทศชาติอย่างกล้าหาญ ได้รับบาดเจ็บจนถึงสูญเสียอวัยวะเป็นผู้พิการทุพพลภาพ บางรายต้องได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลตลอดชีวิต สภาพร่างกายและจิตใจต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

โรงพยาบาลจึงได้ให้การรักษาแบบองค์รวมในทุกมิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟูจิตใจควบคู่ไปด้วยโดยการทำกิจกรรมบำบัดและอาชีพบำบัด ซึ่งเริ่มต้นจากการแกะสลักไม้วิจิตรศิลป์ ต่อมาสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงขอให้อาจารย์เทรโอะ โยมูระ อาจารย์ชาวญี่ปุ่นมาช่วยสอนงานศิลปะที่ผสมผสานระหว่างศิลปะญี่ปุ่นและศิลปะไทย ที่เรียกว่าศิลปะประดิษฐ์ไทย-โอชิเอะให้แก่ทหารผ่านศึกพิการทุพพลภาพเพิ่มขึ้นจากงานแกะสลักไม้วิจิตรศิลป์อีกแขนงหนึ่ง ทหารฯได้เรียนรู้ฝึกฝนจนมีฝีมือสามารถประดิษฐ์ผลงานศิลปะที่สวยงาม มีความเป็นเอกลักษณ์ ได้รับการเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักและยอมรับของบุคคลทั่วไป และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ให้เข้าเฝ้าฯ ถวายผลงานฝีมือทหารผ่านศึกพิการ ในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษาเป็นประจำทุกปี ซึ่งยังความปลื้มปิติมาสู่อทหารผ่านศึกพิการเป็นอย่างยิ่ง

ด้าน humanized healthcare โรงพยาบาลมีค่านิยมคือ “ฟื้นฟู ดูแลกายใจ ห่วงใย ทหารผ่านศึก” ซึ่งปัจจุบันค่านิยมนี้ได้ฝังลึกอยู่ในจิตวิญญาณของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกทุกคนจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรไปแล้ว มีการเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มี

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพิการเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเสริมพลัง เชิดชูเกียรติทหารผ่านศึก มีการเสริมทักษะการฝึกอาชีพ สร้างความมั่นใจ ความภูมิใจในชีวิตแม้จะเป็นผู้พิการโดยรู้สึก ว่าตนยังเป็นผู้มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าต่อครอบครัว ต่อสังคม และต่อประเทศชาติ

### ความรู้สึกของทหารผ่านศึกพิการผู้มีชีวิตใหม่ภายใต้ร่มพระบารมี

“กระผม พลฯ สมบูรณ์ เรื่องศรี ทหารผ่านศึกพิการบัตรชั้น 4 ได้รับอุบัติเหตุเป็นอัมพาต ครึ่งตัว

ในช่วงที่ต้องนอนรักษาตัวบนเตียงนาน ๆ มันทำให้เราเครียด คิดมาก บางครั้งก็อยาก จะคิดฆ่าตัวตาย ต่อมาผมขอมาสมัครทำโอซีเอะ...ทำให้ผมมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และผมก็คิด ว่างานชิ้นนี้เหมาะกับชีวิตที่นั่งบนรถเข็นของผมและทำให้ชีวิตผมมีคุณค่าไม่เป็นภาระต่อสังคม และก็มีรายได้เสริมนิด ๆ หน่อย ๆ พอจะอยู่ได้ ความภาคภูมิใจที่ผมมีต่องานคือ ภาพที่ผมทำ ถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวันที่ 5 ธันวาคมของทุกปี ที่สวนจิตรลดา **พระองค์ ท่านตรัสถามผมว่า “เราเจอกันอีกแล้วนะ” ทำให้ผมแทบจะกลั้นน้ำตาไม่อยู่ เป็นความ ปลอบปล้ำใจมากที่สุดในชีวิตที่ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าพระองค์ท่าน”**

### น.พ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คนพิการทุพพลภาพ แม้ด้อยศักยภาพในบางด้าน แต่ศักยภาพที่เหลืออยู่ รวมทั้งศักยภาพที่เกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นศักยภาพที่มีคุณค่าที่ซ่อนอยู่ เป็น ขุมกำลังที่รอโอกาสได้แสดงออก

การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยหลักวิชาการทางการแพทย์ ด้วยความพากเพียรฝึกฝน ทั้ง ตัวคนพิการและผู้เกี่ยวข้อง ทำให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน มีโอกาสในการศึกษาเพิ่มพูนทักษะ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและ ครอบครัว และดำรงตนอย่างมีศักดิ์ศรีเยี่ยงคนคนหนึ่งในสังคม

### บันทึกจากคนพิการ

“หวังว่าคนในสังคมไม่มองว่าคนพิการเป็นแต่เพียงคนที่ต้องรอรับความช่วยเหลือเพียง อย่างเดียว อยากให้มองว่าคนพิการก็คือคนคนหนึ่งเหมือนกัน มีความอยาก มีความหิว และ ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนปกติทั่วไป ไม่อยากถูกมองว่าคนพิการคือภาระที่ไม่มีวันหมด ความพิการคือโรคที่รักษาไม่มีวันหาย แต่สังคมสามารถรักษาความพิการให้เบาบางลงได้ หากคนพิการไม่ถูกแยกไว้ต่างหากเหมือนเป็นโรคที่ติดเชื้อมรณะ”

“คนพิการไม่ต้องการเป็นภาระทางสังคม ไม่ได้ต้องการให้สังคมหรือคนปกติมาอุปถัมภ์ ต้องการแต่เพียงการประคองหรือพยุงให้ยืนหยัดอยู่”

“เรื่องการจัดคนพิการทำงาน ในหลายๆ ที่จ้างคนพิการทำงาน แต่ตั้งสเปคคนพิการไว้สูงลิบ เหมือนจ้างคนพิการเพื่อให้ได้ตามกฎหมายเท่านั้น ไม่ได้ต้องการจ้างคนพิการจริงๆ โอกาสของคนพิการมีน้อย ยิ่งมีความพิการมาก แม้จะทำงานได้ ก็ยังถูกจำกัดความสามารถอยู่ดี”

### ศักยภาพคนพิการ ขุมกำลังที่ซ่อนอยู่

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้รับคนพิการเข้าทำงานร่วมกับคนปกติ เช่นที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การแพทย์แผนไทย จากการประเมินการทำงานของผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานพบว่า คนพิการทำงานมีประสิทธิภาพ ความพิการมิได้เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกับคนปกติในโรงพยาบาล คนพิการมีความมุ่งมั่นในการเรียนรู้งาน เพิ่มพูนความรู้และทักษะอยู่ตลอดเวลา มีความรับผิดชอบ อุตสาหะ อดทน เข้มแข็ง และมีวิธีคิดทางบวกและมองอนาคตอย่างมีความหวัง เจ้าหน้าที่ที่ทำงานกับคนพิการมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ตั้งใจทำงานมากขึ้น เกิดความรักให้ความสำคัญต่องานทำให้บรรยากาศในการทำงานมีความสุข คนพิการและคนปกติมีความรักและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

### ความรู้สึกของคนพิการ

“การทำงานได้ประสบการณ์ที่จะอยู่ร่วมและทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้เรียนรู้ในการปรับปรุงตนเองให้มีค่าในสายตาของผู้อื่นได้”

“คนพิการไม่ต้องการปลา แต่ต้องการเบ็ดตกปลา”

“คนพิการขอเป็นคนคนหนึ่ง que เรียนรู้การใช้เบ็ดตกปลา รู้แหล่งหาปลา และมีเบ็ดที่พร้อมจะหาปลาด้วยตนเอง

A25

เวทีเต็มหัวใจให้สังคม ตอน “เยียวยาด้วยหัวใจทั้งยามมีชีวิต  
อยู่และในวาระสุดท้ายของชีวิต”

10 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 5

พระอาจารย์ปพนพัชร จิรธัมโม

ดร.ประมวล เพ็งจันทร์

ณัฐริกา ธรรมปรีดานันท์

นิรมล เมธีสุวกุล

อโรคยาศาล วัดคำประมง

นักวิชาการ

ดารานักแสดง

พิธีกรรายการ “ทุ่งแสงตะวัน”



พญ.วชิราภรณ์ อรุโณทอง      โรงพยาบาลลำปาง

คุณภัทรียา สุวรรณโน          โรงพยาบาลลำปาง

พญ.ภัทรา ฤชวรารักษ์          โรงพยาบาลขอนแก่น

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันว่าการศึกษาเด็กออทิสติกนั้นยังไม่มีวิธีการรักษาหรือการบำบัดใด ๆ ที่สามารถรักษาเด็กออทิสติกได้หายขาด การรักษาที่เชื่อว่าจะได้ผลดีคือการกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็ว (early intervention) ทันทีที่ทราบว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า (delay development) เป็นที่ยอมรับกันว่าแนวทางการฝึกเด็กที่มีปัญหาดังกล่าว มีหลากหลายทฤษฎี ความเชื่อ และแนวทางในการปฏิบัติ แต่ผลลัพธ์สุดท้ายคือมุ่งให้เด็กสามารถมีพฤติกรรมและพัฒนาการใกล้เคียงกับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กปกติ

การบำบัดแบบฟลอร์ไทม์ (floor time) / DIR (developmental individual difference relationship-based model) เป็นเทคนิคใหม่อันหนึ่งในการบำบัด ถูกคิดค้นขึ้นโดยนายแพทย์กรีนสแปนและคณะแห่งมหาวิทยาลัย George Washington สหรัฐอเมริกา เทคนิคการบำบัดนี้เน้นการแก้ปัญหาและการกระตุ้นพัฒนาการ สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการสร้างปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในเด็กออทิสติกทุกราย

การฝึกในวิธีการดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. การทำฟลอร์ไทม์ คือการบำบัดเด็กผ่านขบวนการเล่นที่สนุก สุข อบอุ่น ปลอดภัย โดยเด็กเป็นผู้ริเริ่มทำกิจกรรม ส่วนผู้ปกครองหรือผู้บำบัดมีหน้าที่ในการคอยหาจังหวะ เพื่อสอดแทรกการสื่อสาร การตอบโต้ และการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งโดยอาศัยขบวนการที่ผู้บำบัดใส่ใจ ความสนใจ อารมณ์ และความต้องการของเด็กนี้เองจะเป็นเครื่องนำทางในการทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องในอนาคต

เนื่องจากการเล่นในวิธีการดังกล่าวเป็นการเล่นที่มีจุดมุ่งหมายชัดเจนในการกระตุ้นพัฒนาการ ดังนั้นกิจกรรมการเล่นที่ถูกเลือกขึ้นมาควรตรงกับระดับพัฒนาการภายในของเด็ก ซึ่งประเมินจากระดับพัฒนาการของเด็กทางด้านการสื่อสาร การคิด และการมีปฏิสัมพันธ์

2. การฝึกทักษะที่บ้าน เน้นเรื่องการฝึกในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเล่นเพื่อแก้ไขความบกพร่องพื้นฐานของสมอง เช่น เล่นบอล เป่ากังหันลม นอกจากนี้ยังรวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องได้แก่การเพิ่มระดับความสามารถ และการปรับพฤติกรรม เช่น การกิน การนอน

3. การฝึกอย่างเป็นระบบโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักกิจกรรมบำบัด



นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า 2 ใน 3 ของขบวนการฝึกรูปแบบนี้เป็นขบวนการฝึกที่สามารถทำได้ที่บ้าน โดยอาศัยผู้บำบัดหลักซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวในการบำบัดเด็ก ส่วนผู้บำบัดที่เป็นผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและการฝึกเสริมเฉพาะด้านอื่นๆ ซึ่งการทำงานร่วมกันของทั้งผู้ปกครองและผู้บำบัดนี่เองจะช่วยทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีและก้าวหน้าขึ้นตามลำดับ ตามวัย ที่เขาควรจะเป็น

**A45****สูดเสติยรอยด์ ภายจ้อยคอบทิด**

10 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Sapphire 5

รศ.นพ.วัชรวิฑูรย์ บัญญสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ.ชาญชัย จันทรวัชรชัยกุล	โรงพยาบาลยางตลาด
พญ.วิภา ไชยยศ	โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์	โรงพยาบาลระโนด

**รศ.นพ.วัชรวิฑูรย์ บัญญสวัสดิ์      คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

ลักษณะที่สำคัญของโรคหืดคือการที่มีหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (airway hyper-responsiveness) โดยหลอดลมของคนไข้โรคหืดจะหดตัวง่ายเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นต่างๆ และเมื่อหลอดลมหดตัวก็หดมากกว่าปกติ ทำให้คนไข้โรคหืดเกิดอาการหายใจลำบากและหายใจมีเสียงวี๊ด

ความเข้าใจในพยาธิกำเนิดของโรคหืดในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากในอดีตมาก คือช่วงประมาณก่อน พ.ศ. 2530 เชื่อว่าสาเหตุของหลอดลมไวผิดปกติเกิดจากการที่กล้ามเนื้อของหลอดลมที่ขนาดและจำนวนมากกว่าคนปกติทำให้มีการหดตัวของหลอดลมไวกว่าและมากกว่าคนปกติ ระหว่าง พ.ศ. 2530-2540 มีหลักฐานหลายๆ ประการที่สนับสนุนว่าแท้จริงแล้วหลอดลมไวผิดปกติในคนไข้โรคหืดน่าจะเกิดจากการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะเกิดหลอดลมตีบทั่วๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอ หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด ซึ่งเราเรียกว่าจับหืด (asthmatic attack)

ดังนั้นการรักษาโรคหืดก็เลยเปลี่ยนจากการให้ยาขยายหลอดลมเป็นหลัก เป็นไปให้ยารักษาหลอดลมอักเสบเรื้อรังโดยการให้ยาพ่นสเตียรอยด์เป็นหลัก แทนการใช้ยาขยายหลอดลม และจะใช้ยาขยายหลอดลมเฉพาะเวลามีอาการหอบเท่านั้น เมื่อการอักเสบลดลงความไวของหลอดลมก็จะลดลงด้วยทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่หอบเมื่อเจอสิ่งกระตุ้น ดังนั้น ยาพ่นสเตียรอยด์ ถือว่าเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาโรคหืดเป็นอย่างมากในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้แพทย์รักษาโรคหืดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกันองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาจึงได้ร่วมกันเขียนแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น และเรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก เพราะมีหลาย

ประเทศที่ได้นำเอา GINA guidelines ไปเป็นแนวทางในการทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเองรวมทั้งประเทศไทยด้วย

หลังจากมีการนำเอา GINA guidelines มาใช้หลายปี แต่ผลการสำรวจในอเมริกา ยุโรป เอเชียแปซิฟิก และประเทศไทย กลับพบว่าการควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก แพทย์ใช้ยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่าที่ควร แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการพยายามนำเอา GINA guidelines ไปใช้งาน

ปัญหาของการรักษาโรคหืดก็คือ แนวทางการรักษาโรคหืดที่เปลี่ยนไปมากทำให้แพทย์บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยตามไม่ทัน แนวทางการรักษาโรคหืดซึ่งเขียนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างซับซ้อนสำหรับแพทย์ทั่วไป ทำให้ยากที่จะเข้าใจและปฏิบัติตามได้ และที่สำคัญแพทย์ไม่มีเวลาพอในการดูแลคนไข้โรคหืด

เพื่อที่จะทำให้มีการนำเอาแนวทางการรักษาโรคหืดไปใช้อย่างทั่วถึง จึงได้จัดตั้ง Easy Asthma Clinic Network ขึ้น เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2547 โดยมีหลักการดังนี้

1. ทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่ายขึ้น
2. จัดระบบที่ดีคือเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วยจะทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบ web database ทำให้การเก็บข้อมูลแบบ online (<http://eac2.dbregistry.com>) ง่ายต่อการวิเคราะห์และติดตามผลการรักษา

ผลที่ได้รับจากการจัดตั้ง Easy Asthma Clinic คือการรักษาโรคหืดในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกลจะได้มาตรฐาน การประเมินโรคโดยการวัด PEFr และมีการใช้ยา inhaled corticosteroids เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการหอบ และไม่ต้องหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งการที่มีการร่วมมือกันของทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจะทำให้การรักษาามีคุณภาพสูง มีการบันทึกข้อมูลการรักษาอย่างเป็นระบบซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

## นพ.ชาญชัย จันทรรักษ์กุล โรงพยาบาลยางตลาด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังสร้างความทุกข์ทรมานแก่ประชาชนคนไทยมานาน ทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรอีกทั้งชีวิตประชาชนและค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เราพบว่าการรักษาโรคหืดในประเทศไทย ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานของ GINA guidelines ซึ่งควรจะใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นกับคนไข้โรคหืดทุกรายแต่ในประเทศไทยใช้ยาสเตียรอยด์ชนิด

สุดพ่นน้อยมาก

**ความท้าทายที่ 1** ผู้ป่วยโรคหืดจะเข้าถึงยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นได้อย่างไร ?

รศ.นพ.วีชรา บุญสวัสดิ์ ได้ให้คำตอบโดยการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่ง 5 ปีที่ผ่านมาพิสูจน์ได้แล้วว่าในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายผู้ป่วยได้เข้าถึงยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นได้มากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินน้อยลง ลดการนอนที่โรงพยาบาล ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งผู้ป่วยหืดยังสามารถทำงานหรือไปโรงเรียนได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ความท้าทายที่ 2** คลินิกโรคหืดอย่างง่ายสามารถนำการรักษาลงไปทำที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้หรือไม่ อย่างไร ?

โรงพยาบาลยางตลาดได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศรี โดยผลการรักษาผู้ป่วยเข้าถึงยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นได้เช่นเดียวกับในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินน้อยลง ลดการนอนที่โรงพยาบาล ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ อีกทั้งผู้ป่วยหืดยังสามารถทำงานหรือไปโรงเรียนได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเหมือนคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาล แต่อัตราการขาดยาน้อยกว่าในโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการรักษาดีกว่าเพราะอยู่ใกล้บ้านและระยะเวลารอดอยน้อยกว่า

**ความท้าทายที่ 3** ขยายผลการรักษาลงสู่กลุ่มผู้ป่วยและชุมชนให้มีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการรับรู้และแก้ปัญหาาร่วมกันได้ได้อย่างไร ?

โรงพยาบาลยางตลาดได้จัดตั้ง self help group ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดและ COPD ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงวิธีปฏิบัติตัว ตลอดจนช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้จนกลุ่มผู้ป่วยเกิดแรงผลักดันต่อชุมชนของตนเองว่าควรลดโรค COPD และลดการจับหืดด้วยการลดคนสูบบุหรี่ในหมู่บ้านของตนเอง โรงพยาบาลยางตลาดจึงได้ร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยจัดทำโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชนของตนเอง

พญ.วัชรารัฐ ธีรวิบูลย์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นพ.ธีรวัฒน์ กรศิลป์	โรงพยาบาลระนอง
นพ.สิริชัย นามพรรคณี	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์
พญ.ลลิตยา กองคำ	โรงพยาบาลมหาสารคามนครราชสีมา
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์	โรงพยาบาลระนอง
พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เมื่อประชาชนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่ปัญหาของระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่มีการจัดระบบอย่างเป็นทางการหลังพ้นหายแล้ว บางส่วนยังคงต้องอยู่พักรักษาในโรงพยาบาลต่อ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยแออัดและมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอในโรงพยาบาลใหญ่ แต่บางส่วนจะถูกส่งกลับบ้านและนัดมาติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนที่ยังมีภาวะสภาพร่างกายไม่พร้อมและผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ขาดความต่อเนื่องของการบริการ

การที่เมื่อหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้วก็ถูกส่งกลับบ้านในสภาพที่ยังไม่พร้อม (เนื่องจากการลด length of stay : LOS) ทำให้ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงหรือเหมือนเดิม ความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพพิการระยะยาวหรือ ต้องกลับมาเข้าโรงพยาบาลใหม่ แต่ในขณะเดียวกันระบบบริการสุขภาพที่ถูกลืมนี้ มีหลายโรงพยาบาลที่มองเห็นปัญหานี้ของผู้ป่วย จึงพยายามพัฒนางานเชิงรุกด้วยทรัพยากรเท่าที่มีมาจัดบริการให้แก่กลุ่มที่ไม่ได้รับความเท่าเทียมเหล่านี้ การบริการเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ของการฟื้นฟูโดยสมบูรณ์ เป็นการดูแลที่ลดระดับความเข้มข้นลงมา ทั้งด้านการแพทย์และการพยาบาล แต่เพิ่มความเข้มข้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัย ทีมสหวิชาชีพ และทรัพยากรที่มีในเครือข่ายการดูแล (care network) มีการดูแลต่อเนื่องจาก ทีมงานเชิงรุกในพื้นที่ทันทีที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลใหญ่

ทั้งนี้องค์ประกอบที่สำคัญคือระบบส่งต่อทั้งข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้และการประเมินผลลัพธ์การติดตามรักษาในระหว่างระดับและระหว่างทีมด้วยการทำ case conferences การเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลกันเองจนประสบผลสำเร็จ ทีมสหวิชาชีพที่ใช้กระบวนการทำงานเชิงรุกอย่างเป็นองค์รวม กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จ

สำเร็จในการจัดบริการในพื้นที่ที่จะร่วมแบ่งปันประสบการณ์ ได้แก่ รพศ.มหาราชนครราชสีมา  
จังหวัดนครราชสีมา รพ.สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ศูนย์แพทย์ชุมชน  
รพ. ระโนด จังหวัดสงขลา

รศ.นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.พญ.ปิยะภัทร เดชพระธรรม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การประชุมหัวข้อนี้จะเป็นการนำเสนอผลงานวิจัยในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในโรคและปัญหาที่พบบ่อยในการให้บริการ คือโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง และการดมยาสลบ ซึ่งมีการวิจัยโดยนักวิจัยในประเทศไทยที่เป็นแบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นภาพรวม และสามารถนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดกระบวนการจัดการความรู้และ benchmarking

โครงการแรก การศึกษาอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (Thai Study) โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาจำนวน 163,403 ราย จากโรงพยาบาล 20 แห่งทั่วประเทศ เป็นเวลา 5 ปี ซึ่งผลจากการวิจัยดังกล่าวได้นำมาสู่การพัฒนาเครื่องเฝ้าระวังต่างๆ เช่นเครื่องวัดระดับออกซิเจนและการพัฒนาการใช้าระบบความรู้สึกละให้ความปลอดภัยมากขึ้น

โครงการที่สอง ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย (Thai Acute Coronary Syndrome Registry) โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมจำนวน 16 แห่งเป็นเวลา 1 ปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมทั้งสิ้น 3,025 ราย ซึ่งผลจากงานวิจัยดังกล่าวได้ก่อให้เกิด “การบริการช่องทางด่วน” หรือ “fast track” ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วขึ้นภายในเวลาตามเกณฑ์มาตรฐานสากลและส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

โครงการที่สาม เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : ผลการติดตามในระยะยาว ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจำนวน 284 รายจากโรงพยาบาล 9 แห่ง เป็นเวลา 9 เดือน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองจะมีความสามารถทางกายภาพเพิ่มขึ้น มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โครงการเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนด้านการจัดการโดย เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน

(Clinical Research Collaboration Network: CRCN) ซึ่งเป็นเครือข่ายที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนระบบการทำวิจัยให้มีคุณภาพตามหลักการทำวิจัยสากล สามารถได้ฐานข้อมูลที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในโรคดังกล่าวในภาพรวมของประเทศได้ ทั้งนี้จะได้มีการนำตัวอย่างการนำผลจากงานวิจัยได้ถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาล



ผศ.นพ.มงคล เลหาเพ็ญแสง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.พญ.โสภภาพรรณ เงินจ๋า

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พญ.อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.อัครินทร์ นิมมานนิตย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### Lean R2R: ชุดโครงการวิจัยเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศิริราช)

“งานวิจัย R2R ที่ดำเนินการสอดคล้องกับแนวคิด Lean” ประกอบไปด้วยชุดโครงการวิจัย จำนวน 4 เรื่อง คือ

1. การศึกษานำร่องเรื่องการเปลี่ยนแปลงของหัวนมระหว่างการตั้งครรภ์
2. ลักษณะของพังผืดใต้ลิ้นกับผลกระทบต่อการดูดนมแม่ในทารกไทย
3. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมมารดาด้วยการรักษาพังผืดใต้ลิ้น
4. ผลลัพธ์ของการแก้ไขภาวะหัวนมสั้นในหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ปุ่มแก้ว : การศึกษาแบบสุ่มอำพราง (Outcome of non-protractile nipple correction in pregnant women with breast cup: A randomized control trial”)

แบบสุ่มอำพราง (Outcome of non-protractile nipple correction in pregnant women with breast cup: A randomized control trial”)

#### ชุดโครงการที่ 1

##### การศึกษานำร่องเรื่องการเปลี่ยนแปลงของหัวนมระหว่างการตั้งครรภ์

จากการทบทวนข้อมูลในปีพ.ศ. 2550 ของหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราชพบว่า มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ประมาณ 7,626 ราย โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของหัวนมและลานหัวนมถึงร้อยละ 16.54 ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการวิจัยนี้ใช้วิธี Siriraj's Areolar and Nipple Assessment (SANA) ) ซึ่งเป็นการประเมินความยาวของหัวนมก่อนและหลังกระตุ้นหัวนมรวมทั้งการตรวจดูความตึงของลานหัวนม ด้วยวิธีดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลหญิงที่ให้นมบุตร ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษารายละเอียดในเนื้อหาดังกล่าว การวิจัยโดยวิธีนี้อาจมีผลทำให้การวิจัยเกินความจริงหรือขาดประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการต่าง ๆ ทางอินเทอร์เน็ตจากทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบรายงานค่าเฉลี่ยของความยาวหัวนมในหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของขนาดหัวนม ลานนมและเต้านมตามอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความยาวและความกว้างของหัวนมในหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุครรภ์ตั้งแต่ในไตรมาสแรกจนถึงไตรมาสสุดท้าย ผลที่ได้จะนำมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อใช้เป็นมาตรฐานสำหรับหญิงตั้งครรภ์สำหรับประชากรไทย และใช้เป็นแนวทางในการตรวจวินิจฉัยและแก้ไขภาวะความผิดปกติของหัวนมที่เหมาะสมต่อไป

## ชุดโครงการที่ 2

### ลักษณะของพังผืดที่สัมพันธ์กับผลกระทบต่อการดูดนมแม่ในทารกไทย

การดูดนมแม่ที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ถ้าทารกสามารถอมหัวนมและลานหัวนมได้ลึกพอที่จะแลบลิ้น ไปถึงกระเปาะน้ำนมซึ่งอยู่ที่บริเวณขอบลานหัวนมและรีดน้ำนมออกมา ทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงจะไม่สามารถแลบลิ้นออกไปได้มากพอ จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญของการดูดนมแม่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อส่งปรึกษากุมารศัลยแพทย์ทำการตัดพังผืดแล้ว พบว่าทารกดูดนมแม่ได้ดีขึ้นจึงต้องการทราบความรุนแรงของปัญหาและต้องการทราบว่านอกจากภาวะลิ้นติดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการดูดนมแม่ของทารกหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อทราบความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงในทารกไทย 2) เพื่อทราบความชุกของปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพที่สัมพันธ์กับการมีภาวะลิ้นติด 3) เพื่อหาว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาลูกด้วยนมแม่หรือไม่

ผลการศึกษาในทารกเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 2,679 ราย ความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงร้อยละ 16 (428ราย) ปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพพบทั้งหมดร้อยละ 9.2 ความชุกของทารกที่ดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 37.9 ทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับปานกลางถึงรุนแรงเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 13.3 เท่า (95% CI 7.2, 24.5) และ 62 เท่า (95% CI 34.1, 112.8) ตามลำดับ นอกจากนี้มารดาที่มีหัวนมสั้น และบอด/บวมเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 1.5 เท่า (95% CI 1.1, 2.2) และ 1.3 เท่า (95% CI 0.4, 4.8) ตามลำดับ ความรู้สึกของมารดาว่าลิ้นของลูกอยู่ที่หัวนมหรือไม่รู้สึกเลยเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 3.4 เท่า (95% CI 2.2, 5.2) และ 11.8 เท่า (95% CI 4.3, 32.4) ตามลำดับ มารดาที่เพิ่งมีบุตรคนแรกเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 1.3 เท่า (OR 1.4: 95% CI 1.0, 1.8)

สรุป ความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงคือร้อยละ 16 ทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงไม่จำเป็นต้องมีปัญหาคัดฟันนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพเสมอไป โดยพบความชุกของทารกที่มีปัญหาคัดฟันนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพที่สัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดอย่างรุนแรงคือร้อยละ 37.9 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อปัญหาคัดฟันนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพคือ มารดาที่มีหัวนมสั้น และบอด/บวม และความรู้สึกของมารดาขณะให้ลูกดูดนมว่าลิ้นของลูกไม่อยู่ที่หัวนมหรือลานหัวนมเลย

บทเรียนที่ได้รับ เมื่อพบปัญหาใด ๆ ในการทำงานประจำวัน นำมาตั้งเป็นคำถามวิจัยเพื่อหาคำตอบเชิงประจักษ์ จะทำให้ได้คำตอบที่มีคุณค่ามากขึ้น

### ชุดโครงการที่ 3

#### โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมมารดาด้วยการรักษาพังผืดใต้ลิ้น

ตอนที่ 1 การวิจัยเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่กับการดมยาสลบ เพื่อแก้ปัญหาคัดฟันนมมารดา

ภาวะลิ้นติดเนื่องจากพังผืดใต้ลิ้น (tongue-tie) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่เกิดเนื่องจากการยึดติดของพังผืดใต้ลิ้น จนทำให้ปลายลิ้นขยับได้ไม่ดีเท่าที่ควร คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า มีทารกจำนวนหนึ่งไม่สามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากทารกไม่สามารถแลลิ้นออกมาเลียลานหัวนมของมารดา แล้วดูดกลับเข้าไปในปากเพื่อรีดน้ำนมเข้าสู่ปากได้ ทำให้ทารกเกิดอาการหงุดหงิด หิวบ่อย มารดาก็จะได้รับความเจ็บปวดจากการที่ทารกเอาเหงือกกับหัวนมและเกิดความวิตกกังวลว่าน้ำหนักตัวของทารกไม่เพิ่มขึ้นตามกำหนด ส่งผลให้ต้องมาดูดนมผสมจากขวดนม จุกนมที่ทำขึ้นในปัจจุบัน ได้รับการออกแบบให้เหมาะที่จะเข้าไปอยู่ในปากของทารกทำให้ดูดนมจากขวดนมได้อย่างสะดวกไม่ว่าจะมีปัญหาลิ้นติดมากน้อยเพียงใดก็ตามจึงทำให้ความตั้งใจของมารดาที่จะเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมจากเต้านมของตนเองล้มเหลวไปในที่สุด

คณะผู้ทำงานจึงวางแผนจะทำการรักษาโดยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในเด็กแรกเกิดเพื่อแก้ไขปัญหานี้แต่เนื่องจากการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นแต่เดิมทำเฉพาะในเด็กโตที่มีปัญหาเรื่องพูดไม่ชัดและต้องผ่าตัดโดยการดมยาสลบ ซึ่งคณะผู้ทำงานเห็นว่าอาจเป็นการไม่สะดวกและมีอันตรายในทารกแรกเกิดจึงปรับปรุงวิธีการรักษามาเป็นการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ วัตถุประสงค์ เพื่อพิสูจน์ว่าการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดโดยการให้ยาชาเฉพาะที่ได้ผลดีเทียบเท่ากับการดมยาสลบ ผลการศึกษาพบว่าผลสำเร็จของการดูดนมมารดาที่เพิ่มขึ้นเมื่อใช้ LATCH score เป็นตัวเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (3.07 ในกลุ่ม

ดมยาสลบ และ 3.13 ในกลุ่มยาซาเฉพาะที่  $P = 0.806$ ) แต่ในกลุ่มที่ผ่าตัดโดยใช้ยาซาเฉพาะที่สามารถกลับมาดูตมมารดาได้เร็วกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดโดยการดมยาสลบอย่างมีนัยสำคัญ (เฉลี่ย 40 นาที กับ 13 ชม.  $P = 0.02$ ) โดยทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแต่อย่างใด

จึงสรุปผลการศึกษาได้ว่าการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดโดยวิธีการใช้ยาซาเฉพาะที่ได้ผลดีเทียบเท่ากับการดมยาสลบ ลดอัตราเสี่ยงจากการดมยาสลบลง ทารกสามารถกลับมาดูตมมารดาได้เร็วกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่ามาก

**ตอนที่ 2** การศึกษาความรุนแรงของปัญหาการดูตมมารดา เนื่องจากพังผืดใต้ลิ้นของทารกแรกเกิด โดยการใช้ SIRIRAJ TONGUE TIE SCORE (STT score)

เมื่อ care team ได้นำวิธีการตามรอยนวัตกรรม (clinical tracer) มาใช้ศึกษาร่วมกัน ก็พบว่า มีจุดที่สามารถพัฒนาต่อได้ เพราะขบวนการดูแลยังมีจุดอ่อนในเรื่องของการวินิจฉัยปัญหาการดูตมแม่ของทารกแต่เนิ่นๆ ทำให้ทารกบางรายกลับบ้านไปโดยยังมีปัญหาการดูตมอยู่ ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนทั้งตัวมารดาก็จะมีอาการเจ็บหัวนม หัวนมเป็นแผล ในขณะที่ทารกก็จะมีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นตามกำหนด หรือมีอาการตัวเหลืองได้ หากมีเครื่องมือที่สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้กันได้ทั่วไป ก็จะแก้ไขปัญหานี้ได้

จากการเฝ้าสังเกตทารกแรกเกิดที่มารับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นเนื่องจากปัญหาในการดูตมมารดาที่ รพ.ศิริราชในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมาจำนวนประมาณ 1,500 ราย พบว่าการดูตมของทารกจากเต้านมของมารดานั้นไม่เหมือนการที่ทารกดูตมจากขวดนม หรือการดูดน้ำจากหลอดดูดของผู้ใหญ่ เพราะการดูดสองกรณีหลังนี้เพียงแค่ออกให้เกิดแรงดันลบในปากโดยไม่ต้องใช้ลิ้นช่วย ก็จะเกิดแรงดูดของเหลวที่อยู่ในขวดหรืออยู่ในแก้วเข้ามาในปากได้ แต่น้ำนมมารดานั้นส่วนใหญ่อยู่ใน mammary gland ที่จะเปิดเข้าสู่ milk sinus ดังนั้น การดูตมของทารกจากเต้านมมารดาจึงคล้ายกับการรีดนมวัวมากกว่า ดังนั้น การพิจารณาแต่ degree of tongue tie ตามที่เคยมีศึกษามา นอกจากจะประเมินได้ยากเนื่องจากมีข้อปลีกย่อยมากแล้ว ยังไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการดูตมมารดาอีกด้วย คณะผู้วิจัยจึงทำการสร้างเครื่องมือขึ้นมาเพื่อที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ของลักษณะทางคลินิกทั้ง 3 ประการ คือ ความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น ลักษณะของหัวนมมารดา และตำแหน่งของปลายลิ้นของทารกเมื่อเทียบกับหัวนม และลานหัวนมขณะดูดแล้วคิอดออกมาเป็นคะแนน เพื่อใช้ทำนายว่าทารกวัยใดจะมีปัญหาในการดูตมมารดาเพื่อที่จะได้ทำการรักษาแต่เนิ่นๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา sensitivity และ specificity ของ Siriraj Tongue Tie score (STT score) ผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทารกที่ได้คะแนน STT ตั้งแต่ 8 ขึ้นไปจะไม่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดา แต่ทารกที่ได้คะแนน STT ตั้งแต่ 7 คะแนนลงมาจะมีปัญหา (sensitivity = 88.3% negative predictive value = 98.2%) จึงสามารถนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินเบื้องต้นได้ว่าทารกสายใดมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการดูดนมมารดา

**ตอนที่ 3** การวิจัยเปรียบเทียบผลการรักษาทารกที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาด้วยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น กับการรักษาประคับประคอง

คณะผู้ทำงานนำวิธีการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่มาใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จัดตั้ง multidisciplinary care team Tongue Tie ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมาช่วยกันสร้าง care map ที่สามารถจะทำการรักษาได้แบบ same day surgery ซึ่งก็ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีสามารถแก้ปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาได้มากกว่าร้อยละ 95 ของทารกที่มารับการผ่าตัดทั้งหมด ทำให้การรักษาโดยวิธีนี้ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2547 มีทารกแรกเกิดทั้งที่คลอดในรพ.ศิริราชเอง และส่งตัวมารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น เข้ารับการผ่าตัดโดยวิธีนี้เป็นจำนวนมากถึง 1,500 ราย

แม้ว่าการผ่าตัดจะประสบความสำเร็จโดยไม่มีโรคแทรกซ้อนและช่วยให้ทารกกลับมาดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังต้องอาศัยการดูแลจากกุมารศัลยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่จะมารับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ทำให้วิธีการนี้อาจไม่แพร่หลายออกไปในสังคมไทยโดยรวม โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกล ประกอบกับคณะผู้ทำงานต้องการศึกษาว่าหากมีความจำเป็นต้องรักษาโดยการประคับประคอง ในกรณีที่ทารกยังไม่พร้อมจะผ่าตัดหรือมารดายังไม่ต้องการผ่าตัด เนื่องจากอาการยังไม่มาก จะมีตัวชี้วัดใดที่จะประสบความสำเร็จได้จากการรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาทารกแรกเกิดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา ระหว่างการรักษาประคับประคอง กับการผ่าตัด frenulotomy ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มให้การรักษาแบบประคับประคองประสบความสำเร็จ 20/48 ราย (ร้อยละ 41.7) (95% CI = 28.1% ถึง 55.7%), ในกลุ่มให้การรักษาโดยการตัดพังผืดใต้ลิ้นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ประสบความสำเร็จ 45/45 ราย (ร้อยละ 100) โดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จจากการผ่าตัดจะดีขึ้นภายในวันแรกที่ผ่าตัด ขณะที่กลุ่มประคับประคองจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน

เวลา 3 วัน

คณะผู้ทำงานได้นำผลจากการศึกษานี้มาประกอบเข้ากับองค์ความรู้เดิมทำเป็น care map ขึ้นใช้ในรพ.ศิริราช ทารกแรกเกิดที่คลอดในรพ.ศิริราชทุกรายจะได้รับการประเมินเบื้องต้นเรื่องการดูดนมมารดาด้วย Siriraj Tongue Tie score หากทารกหายใจได้รับคะแนนการประเมินประสิทธิภาพการดูดนมมารดาตั้งแต่ 7 ลงมา ก็จะได้รับช่วยเหลือเบื้องต้นโดยเร็ว เพราะน้ำหนักมารดาจะมีคุณค่ากับทารกมากตั้งแต่วันแรกๆ หากการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ประสบความสำเร็จทารกจะถูกส่งตัวมาที่คลินิกนมแม่ของ รพ.ศิริราชเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประเมินซ้ำ หากพบว่าเป็นมากก็จะส่งมาพบศัลยแพทย์ เพื่อทำการรักษาโดยการผ่าตัดตัดพังผืดใต้ลิ้นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ทันที หากเป็นปานกลางก็จะให้การรักษาแบบประคับประคองก่อน ถ้าอาการเจ็บปวดของมารดาไม่ลดลงภายในเวลา 3 วัน หรือน้ำหนักตัวทารกไม่เพิ่มตามเกณฑ์ปกติ ภายในเวลา 7 วัน ก็จะส่งทำการผ่าตัดต่อไป

บทเรียนที่ได้รับ ทำให้ 1) เข้าใจวิธีการพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย จากนั้นนำงานวิจัยกลับมาใช้ในงานประจำ พอทำงานประจำอีกสักพักมีปัญหาอีก ก็กลับไปสู่งานวิจัย ซึ่งจะได้คำตอบกลับมาพัฒนางานประจำได้อีก เป็นวงจรที่มีชีวิต มีวิถีแห่งการเรียนรู้ไม่จบสิ้น ส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคน 2) เข้าใจหลักการการทำงานเป็นทีมที่เป็นตัวสำคัญในการทำงานให้สำเร็จ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน พัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างเต็มที่ สามารถใช้ประโยชน์ของทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด

#### ชุดโครงการที่ 4

**ผลลัพธ์ของการแก้ไขภาวะหัวนมสั้นในหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ปั๊มแก้ว : การศึกษาแบบสุ่มอำพราง (Outcome of non-protractile nipple correction in pregnant women with breast cup : A randomized control trial)**

คณะผู้วิจัยยังขาดข้อมูลที่สำคัญและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการวิจัยเรื่องการแก้ไขหัวนมสั้นชนิดไม่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์อยู่อีกมาก และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติชัดเจน จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาหัวนมสั้นชนิดไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ใช้ปั๊มแก้ว เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป้าหมายของการวิจัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าความยาวของหัวนมที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังระหว่างกลุ่มที่ใช้ปั๊มแก้วและกลุ่มที่ไม่ได้แก้ไขหัวนมก่อนคลอด และมีเป้าหมายรองคือ ศึกษาดูความสำเร็จของการให้ลูกดูดนมในระยะ

หลังคลอด และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้ปทุมแก้วเพื่อแก้ไขภาวะหัวนมสั้น

บทเรียนที่ได้รับ 1) ประสบการณ์ในการทำงานวิจัยตั้งแต่การทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ การตั้งคำถามวิจัยที่เหมาะสมเพื่อตอบปัญหาที่ต้องการแก้ไข ขั้นตอน การเขียนโครงการวิจัยเพื่อขออนุสนธิ์สนุนและขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคน รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล เช่น จำนวนผู้ป่วยไม่พอ ผู้ป่วยไม่ มาตามนัดหมาย เป็นต้น 2) การติดต่อประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ พยาบาลและแพทย์แบบสหสาขา

**C15****เข้าใจเรื่องพัฒนาคุณภาพ ... เพื่อพัฒนางานเอดส์**

12 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Sapphire 5

นพ.สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์	กรมควบคุมโรค, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นพ.พีระมณ นิงสานนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เจริญสุข อัครพิพิธ	สถาบันบำราศนราดูร
พญ.วนิดา ฉัตรชมชื่น	โรงพยาบาลอุดรธานี
นพ.ปิยะ มงคลวงศ์โรจน์	โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช
นุชนารถ สังข์ธนู	โรงพยาบาลตราด
พญ.จิตรลดา อุทัยพิบูลย์	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
พญ.รังสิมา โล่ห์เลขา	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

**เนื้อหาการนำเสนอ**

1. ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยรูปแบบ HIVQUAL ในประเทศไทย
2. นโยบายและแผนการสนับสนุนงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค บทบาทของเขต และจังหวัด
3. นโยบายและแนวทางการสนับสนุนงบประมาณการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้กับโรงพยาบาล
4. ประสบการณ์
  - การทำงานเป็นทีมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
  - การมีส่วนร่วมของพี่เลี้ยงและญาติเพื่อเสริมสร้าง ARV adherence สำหรับผู้ป่วยเด็ก
  - การประสานงานระหว่างงานวัณโรคและงานเอชไอวีเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย TB/HIV
  - การบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับงานคุณภาพในโรงพยาบาล
5. แนวทางการเชื่อมโยงงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับการสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล



พล.อ.ต.นพ.วิบูลย์ ตระกูลสุน โรงเรียนพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

น.ท.หญิง บุชชา พรหมณสุทธิ์ โรงเรียนพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ภาวะทุพโภชนาการยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย สรพ.จึงได้สนับสนุนให้ทำการศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการ หรือ nutrition day ซึ่งผลจากการเก็บข้อมูลการประเมินภาวะทุพโภชนาการรวม 4 โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ 43.25%

ปัจจุบันการให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยทั่วไป ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในประเทศไทย จึงเป็นที่มาในการเสนอแนวคิดของ Nutrition Care Map (NCM)

### จุดประสงค์

เพื่อนำเสนอแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะทุพโภชนาการแก่ผู้ป่วยทั่วไปในภาพรวม (NCM)

### วิธีการ

1. ศึกษาข้อมูลจากวารสารที่เกี่ยวข้องในช่วง 5 ปีก่อน และรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาร่างแนวทางปฏิบัติในขั้นต้น
2. จัดสัมมนาทางวิชาการร่างดังกล่าว เพื่อขยายข้อคิดเห็นในทางกว้างและทางลึก และประมวลผลเพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติต่อไป

### ผลการดำเนินงาน

จะนำเสนอในที่ประชุม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการประเมินภาวะทุพโภชนาการ และวางแผนโภชนบำบัดแต่ระยะแรก
2. มีการให้โภชนบำบัดอย่างเหมาะสม
3. มีการตรวจติดตาม ประเมินผลการตอบสนองด้านโภชนบำบัด
4. สอดคล้องและตอบสนองต่อการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในตามระบบ DRG ของ สปสช.
5. เพื่อพัฒนาระบบ Humanized Nutrition Care System (H-NCS) ที่กำลังดำเนินงานอยู่ใน รพ.ภูมิพลอดุลยเดชต่อไป



ศิริลักษณ์ กุลละวณิชวัฒน์	โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
ภีรพร คำพิมูล	โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
นพรัตน์ โต๊ะอาด	โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
รัตนา แซ่ลิ้ม	ผู้ร่วมพินิจ
รัชณี ลาดซ้าย	ผู้ร่วมพินิจ

“ครั้งแรกที่หนูรู้สึกตัว หนูคิดว่าตัวเองเป็นแผลไม่มาก แต่ที่ไหนได้ มันเยอะมาก จนหนูคิดว่าทำไมหนูถึงต้องมีชีวิตรอด แต่หนูอยากตายมาก เพราะหนูรับไม่ได้ กลับบ้านไปจะอยู่ยังไง เหตุการณ์ทุกอย่างมันเกิดขึ้นเร็วมาก แต่หนูก็ยังโชคดี ที่ยังมีแม่และลูกที่เป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุด เพราะการที่ต้องเจ็บปวดทรมานในครั้งนี้ มันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างที่คุณไม่เคยคิดมาก่อนว่ามันจะเกิดขึ้นมาแบบไม่ทันตั้งตัว และแล้วสิ่งที่หนูกลัวมันก็มาถึงจนได้”

“เมื่อก่อนคิดไม่เป็น ทำอะไรไม่ค่อยคิด ถ้าย่อนเวลาได้ จะทำอะไรจะคิดก่อนทำ”

“ครอบครัวทุกคนไม่กลัวเราแล้วเราจะกลัวอะไรสำหรับคนอื่นเราไปห้ามความคิดเขาไม่ได้”

“ไม่น่าเชื่อว่าลูกจะรอดมาได้ ตอนแรกแม่คิดว่า แค่ลูกมีลมหายใจแม่อก็พอใจแล้ว แต่วันนี้เกินความคาดหวัง แม่ได้ลูกกลับมาอีกครั้ง พร้อมได้หัวใจลูกคืนมาด้วย”

ผู้ป่วยรายนี้เป็นหนึ่งในผู้เคราะห์ร้ายจากเหตุการณ์เพลิงไหม้ชานติกาผ้าฝ้าย เมื่อคืนข้ามปี ส่วนที่ 1 มกราคม 2552 ผู้ป่วยมาถึงมือเราในราวบ่ายสองของวันนั้น ซึ่งเป็นวันหยุด แต่กลับไม่เป็นปัญหาสำหรับเรา เนื่องจากมีการจัดเวรเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในวันหยุด นักชัตดักซ์ ทั้งแพทย์และพยาบาล ร่วมกับการมีสัญญาใจระหว่างทีมแม้จะไม่ได้อยู่เวรก็ตาม ทุกคนพร้อมเข้ามา ผู้ป่วยถูกนำส่งเข้ารับการรักษาใน Burn Center รพ. นพรัตน์ราชธานี ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการดูแลแบบครบวงจรโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง... โดยยึดหลัก My nurse-My patient ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ

ด้วยลักษณะการบาดเจ็บที่รุนแรง มีความลึกถึงระดับ 3 โดยเฉพาะแผลที่ใบหน้า ลำคอ แขนทั้งสองข้าง มือขวา ทรวงอก และต้นขา 2 ข้าง ร่วมกับมีการสูดสูดหลักเข้ามาวันและความร้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานกว่าครึ่งเดือน ซึ่งนับว่าเป็นโชคดีของผู้ป่วยร่วมกับได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่สุดท้ายโชคชะตาและเทคโนโลยีอะไรก็ไม่เข้าข้าง เมื่อเรา

ไม่สามารถยืดยอดมือขวาของผู้ป่วยไว้ได้เนื่องจากการถูกเผาไหม้จนเกรียมตั้งแต่ต้น ทำให้ทั้งผู้ป่วยและทีมงานจำใจต้องสละมือขวาทั้งไปในระดับข้อมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลามสู่กระแสเลือด นับเป็นความสูญเสียครั้งแรกที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ในขณะนั้น แล้วในระยะต่อมาผู้ป่วยเริ่มรับรู้ได้ถึงสิ่งที่ตามมาพร้อมกับความรู้สึกเศร้าโศกสูญเสีย... พยาธิสภาพของแผลใหม่ที่ใบหน้าลึกถึงกระดูกหน้าผาก แพทย์ต้องทำผ่าตัดโยกย้ายหนังศีรษะซีกขวามาปิดหน้าผาก ซีกซ้ายเพื่อรักษาไม่ให้กระดูกบริเวณหน้าผากแห้งตาย แผลที่ผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนังแต่ละครั้ง เริ่มมีแผลเป็นปูดหนองอย่างรวดเร็ว ผิวหนังส่วนที่เหลือถูกนำมาใช้เพื่อเป็น donor site ทำให้ดูราวกับว่ามีพื้นที่แผลใหม่เพิ่มขึ้นอีกถึงเท่าตัว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจอย่างสาหัสจนผู้ป่วยไม่ยอมให้มีชีวิตอยู่

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้น พวกเรารับรู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้งทุกๆ วัน ถึงแม้ว่าพวกเราจะมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่มาอย่างต่อเนื่องกว่า 12 ปีก็อาจไม่เพียงพอ หากทีมผู้ดูแลขาดซึ่ง **ความรัก ความเมตตา** ที่ออกมาจากใจของผู้ดูแล ที่สะท้อนการเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยการเลือกใช้แนวคิดต่างๆ ในการดูแลทั้งการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม สมาชิกบำบัด ธรรมชาติบำบัด การรับฟังผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เทคนิคการฟังอวัยวะพูด รวมทั้งให้การตอบสนองความต้องการอย่างทันท่วงทีเพื่อสร้างความไว้วางใจและการเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว ทีมผู้ดูแล ฯลฯ

จนล่วงเข้าเดือนที่ 6 ผู้ป่วยเริ่มสามารถปรับตัวและยอมรับความจริงของชีวิตได้ เสมือนว่าพวกเขาได้พาผู้ป่วยข้ามสะพานได้เกือบถึงฝั่ง และพวกเขาก็ได้ค้นพบว่าผู้ป่วยยังมีพลังและสามารถใช้ปัญญาในการคิดวิเคราะห์เรื่องต่างๆ ด้วยตนเองได้อย่างน่าอัศจรรย์ กลับกลายเป็นผู้ให้กำลังใจกับผู้ป่วยอื่นที่มีความท้อแท้ ผู้ป่วยบอกว่า **“อยากออกไปช่วยให้กำลังใจคนอื่น รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามาก”** “วันนี้ถึงแม้จะพิการ ไม่มีแขนขา หน้าตาไม่สวยงาม แต่ชีวิตกลับมีความสุข มากกว่าเมื่อก่อน”

ตลอดระยะเวลา 11 เดือน ทั้งเรา ผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมกันฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในแต่ละระยะอย่างมีสติ เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวข้ามผ่านความทุกข์ทรมาน จนสามารถกลับมายืนในสังคมได้อย่างเข้มแข็งและมีคุณค่ามากกว่าเดิม ซึ่งเป็นความงดงามที่ไม่ได้เกิดจากรูปลักษณ์ภายนอก จนอาจกล่าวได้ว่าเราได้ชีวิตหนึ่งกลับมาภายใต้ **การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์** เป็นความภาคภูมิใจที่ในวันนี้หลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยบอกว่ามันใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมถึงร้อยละ 80

บทเรียนที่ได้รับ 1) การพัฒนาการดูแลรักษาต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างทีมผู้ดูแลรักษา ผู้ป่วยและครอบครัว 2) มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพถึงแม้จะพิการก็ตาม 3) ความรักเปลี่ยนโลกได้





## Sustainable Healthcare

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A16	Nursing Indicators for the Nursing Organization
	10.30-12.00 น.	A26	พบแชมป์เบาหวาน
	13.00-14.30 น.	A36	Systems Approach for Combating Chronic Diseases
	15.00-16.30 น.	A46	โรงพยาบาลวิถีสยาม : แนวทางและรูปแบบ
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B16	11 มีนาคม 2553 วันไตโลก...ป้องกันโรคไต ควบคุมเบาหวาน
	10.30-12.00 น.	B26	Stroke Unit คิดให้ดีกว่าก่อนทำ
	13.00-14.30 น.	B36	โรงพยาบาลสีเขียว
	15.00-16.30 น.	B46	Stakeholder Analysis
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C16	Hospital Wide Effort in Promoting Smoking Cessation
	10.30-12.00 น.	C26	Smoking Cessation Treatment
	13.00-14.30 น.	C36	Quitline สายเลิกบุหรี่

ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ สภาการพยาบาล

บุญเจลา สุริยวรรณ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผ่องพรรณ ธนา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สุพรรณ ว่องรักษัสัตว์

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ตัวชี้วัดทางการพยาบาลเป็นดัชนีชี้วัดทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งใช้วัด คัดกรอง ส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม และประเมินคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องทราบผลการปฏิบัติงานของตนเองและหน่วยงานที่ได้รับการรับรองต้องสื่อถึงคุณภาพการทำงานให้ผู้อื่น รวมทั้งผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพได้รับรู้เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษา นอกจากนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกตัวชี้วัดทางการพยาบาลที่สามารถนำไปเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนกับหน่วยงานอื่นๆ ได้

การเลือกตัวชี้วัดทางการพยาบาลที่ดีสำหรับองค์กรนั้นต้องสะท้อนสิ่งที่จะวัดได้ครบถ้วน มีความน่าเชื่อถือ มีความไว ความตรง และมีความจำเพาะเจาะจง สามารถเก็บข้อมูลโดยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มีค่านิยมเป็นที่ยอมรับ ไม่เป็นภาระในการเก็บและประมวลผล บอกความแตกต่างได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน สามารถนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของภายในและภายนอกหน่วยงานได้ และใช้ติดตามเฝ้าระวังและประเมินคุณภาพความเหมาะสมของการบริหารจัดการจัดการดูแลทางคลินิก ซึ่งสามารถวัดได้ในเชิงกระบวนการหรือเชิงผลลัพธ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล (Univ. Hosp. Nursing Director Consortium) เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กรพยาบาล จึงเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาล (nursing sensitive indicators) 6 ตัว มาดำเนินการก่อน ได้แก่

1. ผลกดทับ - การเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไปบริเวณปุ่มกระดูกของผู้ป่วยในที่เกิดภายหลังการนอนโรงพยาบาล
2. พลัดตกหกล้ม - การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ของผู้ป่วยใน

3. การติดเชื้อ - การเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP), การติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CABSI), การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)
4. การจัดการอาการปวด - อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบรรเทาความเจ็บปวด acute & cancer pain และอัตราการบันทึก pain score อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง
5. ความคลาดเคลื่อนทางยา - อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ที่ถึงตัวผู้ป่วย อันเกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาล
6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและของบุคลากรทางการพยาบาล - ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

โดยได้กำหนดคำจำกัดความ เป้าหมาย วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งนำเสนอผลลัพธ์ให้กับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

พ.อ.หญิง รศ.อัมพา สุทธิจำรูญ	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
รศ.พญ.สุนิตย์ จันทระประเสริฐ	สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
พญ.ชุตินา กาญจนวงศ์	โรงพยาบาลลำปาง
พญ.สกวาดือน นำแสงกุล	โรงพยาบาลครบุรี
พญ.อารยา ทองผิว	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล

### พบแชมป์เบาหวาน

รศ.พญ.สุนิตย์ จันทระประเสริฐ      สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน เริ่มต้นด้วยการเป็นชมรมตั้งแต่ พ.ศ. 2541 โดยศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เทพ หิมะทองคำ เป็นผู้ริเริ่ม มีสำนักงานอยู่ที่โรงพยาบาลเทพธารินทร์ ต่อมาได้รับอนุญาตให้จัดตั้งเป็นสมาคมเมื่อ พ.ศ. 2546 รวมเวลาที่สมาคมฯ ดำเนินกิจกรรมจนถึงปัจจุบันรวม 11 ปี ภารกิจของสมาคมคือการฝึกอบรมวิทยากรเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน 5 วัน หลักสูตรโภชนาบำบัด 3 วัน หลักสูตรดูแลเท้า 2 วัน หลักสูตรการออกกำลังกาย 3 วัน

สมาคมฯ ร่วมกับชมรมนักกำหนดอาหาร โดยการสนับสนุนของบริษัทเทอรูโม (ประเทศไทย) จำกัด ได้จัดให้มีการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นทีมมาตั้งแต่ปี 2546 มีผู้ผ่านการอบรม 140 โรงพยาบาล

สมาคมฯ ได้เห็นพัฒนาการของทีมมาเป็นลำดับ เห็นว่าสมควรให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการดำเนินงาน จึงได้จัดให้มีการนำเสนอผลงานและมอบรางวัล **Terumo Diabetes Patient Care Team Award** เพื่อเป็นกำลังใจแก่ทีมงานสหวิชาชีพที่มีผลงานดีเด่น (best practice) และเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของทีมดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งด้านบุคลากร กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จนถึงปัจจุบันมีผู้ได้รับรางวัลแล้ว 15 ทีม ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ



## SMILE DM

พญ.ชุตติมา กาญจนวงศ์

โรงพยาบาลลำปาง

โรงพยาบาลลำปางตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยควบคุมโรคของตนเองได้อย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีชีวิตที่มีคุณภาพ การบรรลุเป้าหมายดังกล่าวไม่อาจสำเร็จได้ในเร็ววัน โรงพยาบาลลำปางใช้เวลาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี จึงได้ผลสำเร็จในระดับหนึ่ง ด้วย **SMILE DM**

**S : (strategy)** ใช้ทีมดูแลสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ป่วยจัดการควบคุมภาวะโรคด้วยตนเอง โดยมีกระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยจนสามารถกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรคของตนเอง

**M : (measurable KPI)** มีตัวชี้วัดกระบวนการควบคุมโรคที่วัดได้ชัดเจน

**I : (integration and innovation)** มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกองค์ประกอบตั้งแต่ค้นหา ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ มีเครือข่ายที่มดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลจังหวัด มีนวัตกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ เช่น กระต๊อบข้าวเหนียวพอเพียง ถุงเขียว ไบย้อมต่อมยามาโรงพยาบาล สมุดคู่มือผู้ป่วยฉลากยาเป็นรูปภาพให้เข้าใจถูกต้อง มี ambulatory care pharmacy และการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยและเครือข่าย

**L : (learning and development)** มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และมีงานวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่สำหรับใช้ดูแลผู้ป่วย

**E : (empowerment)** กระจายหน้าที่และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยลงไปทุกระดับ จนถึงตัวผู้ป่วยและชุมชน

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุเป้าหมายนั้นเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน ต้องมีทีมดูแลที่เข้าใจภาวะโรค พัฒนาทั้งตนเองและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยซึ่งเป็นที่หัวใจหลักของกระบวนการต้องได้รับความรู้โรคเบาหวาน ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายการควบคุมโรคของตน อีกทั้งผู้บริหารขององค์กร ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยด้วย

## ความร่วมมือร่วมใจที่ยิ่งใหญ่ในการดูแลเบาหวาน อำเภอครบุรี

พญ.สกาเวเดือน นำแสงกุล

โรงพยาบาลครบุรี

โรงพยาบาลครบุรี อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา เป็นโรงพยาบาล 60 เตียง มีประชากรรับผิดชอบ 93,163 คน ผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน 2,120 คน การพัฒนาระบบการดูแลเบาหวานเริ่มต้นขึ้นเมื่อปี 2547 และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันและอนาคต โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานแข็งแรง มีรอยยิ้มและความสุข ดังเช่นที่แกนนำของเราได้พูดไว้ว่า “เรารู้จักตัวเรา เรารู้จักเบาหวาน เราสามารถดูแลเบาหวานให้อยู่หมัด สุขภาพก็แข็งแรง ไม่ต้องกลัวเบาหวานเพราะเราควบคุมได้” การพัฒนาของเราอยู่บนความเชื่อที่ว่า “โรคเรื้อรัง นอกจากใช้ยาใช้หมอแล้ว พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นความร่วมมือที่ยิ่งใหญ่”

“เชื่อในศักยภาพของคน ที่จะรักตนเอง ที่จะขึ้นมาร่วมมือในการดูแลตนเองได้ โดยมีทีมงานสนับสนุน”

“เชื่อว่าการพัฒนาใช้เวลา และต้องให้เวลากับการเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์ของทั้งผู้ป่วยและทีมงาน”

### การพัฒนาหลัก 3 ด้าน

1. ช่วงเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของทีมงาน โดยได้รับความกรุณาจากหลากหลายครูอาจารย์ ได้แก่ จากโรงพยาบาลเทพารินทร์ เครือข่าย KM เบาหวาน อ.สมเกียรติ และทีมงานสถาบันราชประชาสมาสัย อ.รุจิรา มังคละสิริและทีมงาน และสุดท้ายได้เรียนรู้จากผู้ป่วย แกนนำเบาหวานของเราเอง ซึ่งทำให้ทีมงานของเราได้เข้าใจโรคเบาหวานอย่างลึกซึ้ง และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

#### 2. จัดระบบเครือข่ายบริการ

2.1 **ผู้ป่วยรายใหม่** ระบบบริการรายใหม่ที่มีการประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า เจาะเลือดไขมัน ไต ตรวจบัสสาวะ และเข้ากลุ่มเรียนรู้พื้นฐานเบาหวาน 3 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มหนึ่งโรคยา สมดุล และภาวะน้ำตาลต่ำสูง กลุ่มสองอาหารเบาหวาน กลุ่มสามการดูแลเท้า

2.2 **ผู้ป่วยรายเก่า** หลังจากได้เรียนรู้หลักสูตรพื้นฐานแล้ว ก็ส่งเข้ากลุ่มเบาหวานบ้านใกล้ ซึ่งมีบริการทั้งที่โรงพยาบาล (823 คน) แบ่งตามตำบล เป็น 26 กลุ่ม และ PCU ใกล้บ้าน (17 PCU 1,297 คน) แบ่งกลุ่มตามหมู่บ้าน (จำนวนกลุ่มตามปริมาณผู้ป่วย) โดยมีบริการทุก PCU ซึ่งมีการจัดให้มีแพทย์

พยาบาล เกษัชกร ทันทภิบาล รับผิดชอบจัดบริการ ในแต่ละโซน PCU มีทั้งหมด 5 โซน

2.3 การให้บริการผู้ป่วยรายเก่า มีการนัดเป็นช่วงเวลา เช้า – บ่าย มีโปรแกรมการทำ self help group การเจาะเลือด ตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นประจำทุกปี ซึ่งการนัดเป็นช่วงเวลา ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอย และได้รับความพึงพอใจอย่างมากโดยเฉพาะการจัดบริการที่ PCU

2.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ จักษุแพทย์ ซึ่งได้มาให้บริการที่โรงพยาบาลนครบุรี ทุกวันอังคารที่หนึ่งของเดือน และมีคลินิกไตวาย คลินิกเท้า ที่โรงพยาบาลนครบุรี

3. เพิ่มพูนศักยภาพแกนนำและผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเบาหวานบ้านใกล้ จะมีแกนนำ ซึ่งได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2549 ด้วยกระบวนการค่ายเบาหวาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ ปัจจุบันมีแกนนำประมาณ 100 คน โดยมีกิจกรรมการเจาะเลือดที่บ้านตามโปรแกรม และให้คำแนะนำสมาชิกในการดูแลตนเอง มีคู่มือแกนนำเพื่อใช้ในการพูดคุยกับสมาชิก ซึ่งเป็นที่นำภาคภูมิใจใจมาก แกนนำได้ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานหลายคนได้เข้าใจตนเอง ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้มีความสุข ก่อให้เกิดพลังแห่งการช่วยเหลือเกื้อกูลที่ยิ่งใหญ่

#### ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

ที่นำภาคภูมิใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับ FBS 90 – 130 mg% = 74.4 % , HbA1C <7 = 43.74% , การคัดกรองตา 74.75% พบภาวะ DR 17.51% ได้รับการดูแลทุกคน คัดกรองไตด้วย urine microalbumin 87% พบผิดปกติ 20.5 % ได้รับ ACEI ทุกคน คัดกรองเท้า 93.3% ได้รับการดูแลทุกคน และที่สำคัญ คือความสุขที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน จากการวัดพบว่า มีระดับความพึงพอใจ 95.10%

ในทุกงานทุกเรื่องของเรา ยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และความฝันที่ยิ่งใหญ่ต่อไปคือ แกนนำเบาหวาน สู่การลดโอกาสเป็นเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งคงต้องขอเวลาพัฒนาอีกระยะหนึ่ง



**A36**

## **Systems Approach for Combating Chronic Diseases**

10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 6

ดร.เสาวคนธ์ รัตน์วิจิตรศิลป์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

กรมควบคุมโรค

นพ.มาหะมะ เมาะมูลา      โรงพยาบาลรือเสาะ

ซุลกิฟลี หะยีเยะ      โรงพยาบาลหนองจิก

การบริการผู้ป่วยในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม นอกจากจะต้องให้บริการด้านสุขภาพจิต สุขภาพกายแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการให้ครบทุกด้านของการดูแลสุขภาพองค์รวม โรงพยาบาลรือเสาะเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในจังหวัดนราธิวาสที่มีผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 92 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 8 มีผู้ป่วยมุสลิมเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วย OPD วันละ 238 คน ผู้ป่วย IPD วันละ 22 คน

การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ คือการให้ผู้ป่วยมุสลิมสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้เสมือนอยู่ในสภาวะปกติ เนื่องจากภารกิจทางศาสนา ได้ถูกกำหนดให้เป็น วิถีดำเนินชีวิต (way of life) ซึ่งต้องปฏิบัติทั้งในภาวะปกติและหรือแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โรงพยาบาลรือเสาะได้ตระหนักถึงการให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ จึงได้ให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีอิสลาม โดยดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2544 ถึงปัจจุบัน โดยตอบสนองดังนี้

การให้ผู้ป่วยได้ละหมาด วันละ 5 เวลาขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยถือศีลอดในเดือนรอมฎอน (การงดอาหารในช่วงเวลากลางวันตลอดเดือนรอมฎอน) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยไปประกอบพิธีฮัจญ์ (แสวงบุญ) การบริการอาหารมาตรฐานฮาลาล การดูแลอาบน้ำภาคบังคับสำหรับสตรีหลังคลอดบุตร การจัดห้องละหมาดแยกชาย-หญิง การจัดระบบการเยี่ยมไข้วิถีอิสลาม การจัดการด้านการบริหารความรู้ (knowledge-based management) ที่ให้คุณค่าของกิจกรรมโดยเน้น ความบริสุทธิ์ใจ ถูกต้องตามหลักการ และการมอบหมายตนต่อพระเจ้า (true healer)

การดำเนินการดังกล่าวข้างต้นได้รับการตอบรับและชื่นชมทั้งจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนผู้รับบริการ จากการสำรวจความพึงพอใจพบว่าประชาชนพึงพอใจร้อยละ 81 และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการให้บริการร้อยละ 87 โรงพยาบาลยังได้พัฒนาต่อเนื่องด้วยการสร้างนวัตกรรมรถอาบน้ำละหมาดเคลื่อนที่ (Ruso Mobile Wudu Unit M-2010) ให้บริการผงดินตะยัมมูม เพื่อทดแทนกรณีผู้ป่วยไม่สามารถชำระล้างด้วยน้ำได้ก่อนพิธีการละหมาด การกำหนดนโยบายโรงพยาบาลวิถีชุมชนในสังคมพหุวัฒนธรรม ส่งเสริมกิจกรรมของชมรมจริยธรรมสโมสรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรือเสาะ เพิ่มบทบาทของ

ทิวนำทางคลินิกที่บูรณาการวิถีอิสลามในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุดและเกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.บรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล

ศูนย์นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ร.อ.หญิง อรวรรณ ชัยลิมปมนตรี

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

น.อ.อนุตตร จิตตินันท์

กรมแพทย์ทหารอากาศ

### การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคไต

นพ.บรรลือศักดิ์ อาชวานันทกุล ศูนย์นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคไต เป็นการดูแลที่ควรทำต่อเนื่อง (chronic care) ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (self care) ในปัจจุบันแนวคิดเรื่องรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) เป็นที่สนใจขององค์กรจำนวนมาก เช่น การนำเสนอเอกสาร Global report: innovative care for chronic conditions (ICCC) building blocks for action ขององค์การอนามัยโลก<sup>(1)</sup> และ Improving chronic illness care (ICIC) ของ The MacColl Institute for Healthcare Innovation<sup>(2)</sup>

ศูนย์นวัตกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นพ.บรรลือศักดิ์ 2009 (BIC 2009 : Bunleusak Innovative Care for Chronic Conditions) ได้ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์บิคมี่แนวทางดำเนินการโดยประยุกต์ใช้หลัก chronic care model จัดให้มีระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย ภายใต้สิ่งแวดล้อม สื่อความรู้ที่เหมาะสม การบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพและการปรับอาหารให้เหมาะกับโรคประจำตัว ภาวะร่วมและภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ศูนย์บิคมี่ฝ่ายผลิตสื่อความรู้และห้องสตูดิโอ จะจัดให้มีสถานที่และระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยสามารถฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร จะมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์บิคมี่ไอซิสเต็ม (BIC iSystem : BIC Intelligent System) เพื่อช่วยให้การทำงานดังกล่าวทำได้สะดวก และเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในงานเชิง knowledge management ศูนย์บิคมี่ยังประยุกต์ใช้แนวคิดของ adherence แทน compliance เน้น patient empowerment และบริการในรูปแบบ patient center มีการทำงานเป็นทีมทั้งแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการและทีมผู้ช่วยศูนย์ฯ

ศูนย์บิเคเคยนำเสนอแนวคิด (oral presentation) ในงานประชุมนานาชาติ satellite meeting at the ISPD-AC 2009 ณ นครปักกิ่ง ประเทศจีน เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2552 และ งานประชุมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “แนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรัง – How to setup a CKD clinic” ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา เมื่อวันที่ 4-5 มีนาคม 2553 ข้อมูลการดำเนินงานเพื่อจัดสร้างโครงสร้างพื้นฐานและ แนวคิดของศูนย์บิเคเคยจะได้ถูกนำเสนอในงานประชุมนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/>
2. <http://www.improvingchroniccare.org/>



พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์	สถาบันประสาทวิทยา
อิสรี ตรีภมล	สถาบันประสาทวิทยา
นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นพ.มัธยัส สามเสน	สถาบันประสาทวิทยา

### Stroke Unit คิดให้ดีกว่าก่อนทำ

พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์      สถาบันประสาทวิทยา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เป็นแล้วมักมีความพิการตามมา การดูแลรักษาที่ดีในระยะแรกสามารถลดอัตราการตาย อัตราความพิการได้ จากการศึกษาในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แต่อัตราตายลดลงเมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรค โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่เริ่มมีการปฏิวัติการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองแนวใหม่ โดยยึดหลักจากหลักฐานเชิงวิจักษณ์ใหม่ ๆ (evidence-base medicine) เช่น

- การให้ยาแอสไพรินใน 48 ชั่วโมงแรก
  - การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)
  - การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3-4.5 ชั่วโมง
  - การผ่าตัด hemicraniectomy ในผู้ป่วยที่มีสมองขาดเลือดขนาดใหญ่
- การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันภายในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีองค์ประกอบหลัก คือ

- สถานที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยกจากผู้ป่วยโรคอื่น
- มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง แบบสหวิชาชีพ โดยมีหัวหน้าทีมกำกับดูแล วางแผนการทำงานร่วมกัน
- มีแผนการรักษาโดยเฉพาะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงานควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- มีการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ ติดตามและประเมินผล

สถาบันประสาทวิทยาได้เริ่มการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยเริ่มจากการใช้แผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (stroke care map) ตั้งหอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพร้อมกับการทำโครงการให้ยาลดไขมันเลือดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน 3 ชั่วโมงแรกในปี พ.ศ. 2550

ภายหลังการดำเนินการพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงถึงร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับก่อนปี พ.ศ. 2544 จำนวนวันนอนลดลงจาก 20 วัน เหลือ 9 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงจาก 43,034 บาทเหลือ 25,648 บาท ซึ่งเป็นผลมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงโดยที่อัตราการเกิดเป็นซ้ำหรือการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลใหม่ไม่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการลดลงโดยวัดจาก Bathel index score

นอกจากนี้ทางสถาบันยังได้พัฒนาการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบทั้งการป้องกันโรค การตรวจหาปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูความพิการ ตลอดจนการพัฒนาเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลทั้งในระบบกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์อีกด้วย

นพ.ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์

รศ.ดร.วิทยา ยงเจริญ

พ.อ.หญิงกฤติยา บัวหลวงงาม

ไพรัช สุวรรณรัช

พ.อ.นพ.ดุสิต สถาวร

โรงพยาบาลปทุมธานี

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สำนักงานพลังงานจังหวัดปทุมธานี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากปัญหาด้านสภาวะโลกร้อนที่มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกปี วิถีชีวิตของประชาชนมีการปรับเปลี่ยนไปตามกระแสทุนนิยม ต้องการความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตมากขึ้น เป็นผลให้มีการออกกำลังกายลดน้อยลง ร่างกายอ่อนแอไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคมัยไข้เจ็บ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล กิจกรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลมีรูปแบบที่หลากหลายและมีความจำเป็นต้องใช้พลังงานและทรัพยากรต่างๆ หลากหลายรูปแบบเพื่อสนับสนุนการให้บริการกับผู้ป่วยและญาติในการเข้ามารับบริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีส่วนที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการศึกษาที่โรงพยาบาลมีการกิจหลักเป็นงานให้บริการจึงมีโอกาสได้สัมผัสใกล้ชิดกับประชาชนที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล และจากการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนต่างๆ จึงเป็นข้อได้เปรียบในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อช่วยสังคมได้หลายรูปแบบ

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่มีความห่วงใยต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้ตระหนักว่าองค์กรของเราก็สามารถร่วมช่วยเหลือชุมชนและสังคม โดยจะดำเนินงานด้านรักษ์โลกให้เป็นต้นแบบเพื่อเผยแพร่แก่บุคลากรในองค์กรและประชาชนทั่วไปได้ จึงได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลสีเขียวขึ้น

กรอบความคิดในการจัดทำโรงพยาบาลสีเขียวประกอบไปด้วย 7 Green คือ

1. ธุรกิจสีเขียว (Green Business) หมายถึงรูปแบบใหม่ของธุรกิจที่คำนึงถึงมิติสังคม เป็นตลาดการค้าที่เป็นธรรมต่อผู้ผลิตและผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม ไม่ผลักรถด้านมลภาวะไปสู่ธรรมชาติ เช่น ร้านกรีนต้นแบบ โรงพยาบาลสีเขียวต้นแบบ เอกชนสีเขียวที่สนับสนุนตลาดผูกพันสีเขียว

**2. พลังงานสีเขียว (Green Energy)** หมายถึงพลังงานทางเลือกที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและรูปแบบใหม่ของการประหยัดพลังงานในชีวิตประจำวันของคนเมืองในยุคปัจจุบันภายใต้คอนเซ็ปพลังงานสีเขียวของคนเมือง

**3. เทคโนโลยีสีเขียว (Green Technology)** หมายถึงเทคโนโลยีด้านการผลิตและการแปรรูปผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ลดปริมาณมลพิษที่จะตกค้างไปสู่สิ่งแวดล้อมและเพิ่มมูลค่าของผลผลิตให้สูงขึ้น ผ่านนวัตกรรมสมัยใหม่ผสมผสานกับภูมิปัญญาชาวบ้าน

**4. อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Green Environment)** เป็นการรณรงค์รักษาสิ่งแวดล้อมผ่านการทำกิจกรรมส่งเสริมในเชิงรุกเพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวให้กับผู้คนในสังคม

**5. อาหารปลอดภัย (Green Food)** หมายถึงผลิตภัณฑ์ด้านอาหารที่นำเสนอรูปแบบของอาหารเพื่อสุขภาพอาหารจากวัตถุดิบพื้นบ้านไทยและพืชผักสมุนไพรนานาชนิด

**6. ศิลปะสร้างสรรค์ (Green Art)** เกี่ยวกับศิลปะวัฒนธรรม การละเล่นพื้นบ้านและนิทานท้องถิ่น พร้อมด้วยสื่อที่เน้นสร้างความจรรโลงใจผ่านรูปแบบของหนังสือทางเลือกและดนตรีธรรมชาติ

**7. การอยู่สีเขียว (Green Living)** เป็นรูปแบบของที่อยู่อาศัย สถาปัตยกรรมและผลิตภัณฑ์ในชีวิตประจำวันที่เน้นความเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมตามแนวทางวิถีธรรมชาติและฤดูกาล

ในช่วงแรกโรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินการ 3 Green ดังนี้

### 1. Green Environments

จัดสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลตามจุดต่างๆ ให้มีความปลอดภัย สะอาด สวยงาม ที่เอื้อต่อผู้ป่วยและญาติให้มีความสุขกายสบายใจ สนับสนุนให้มีการผลิตนวัตกรรมจากวัสดุรีไซเคิลมาใช้กับผู้ป่วยและกิจกรรมในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน

### 2. Green Market

ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยจัดกิจกรรมเสวนาให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในด้านการเลือกซื้อ บริโภค พืชผักจากสารปนเปื้อน มีการจัดทำโครงการตลาดนัดสีเขียวขึ้นในโรงพยาบาล คณะกรรมการโรงพยาบาลสีเขียวได้เข้าไปพบปะร่วมประชุมกับชุมชนและผู้ประกอบการที่จะเข้าร่วมในโครงการเพื่อให้ทราบแนวทางการวางสินค้าที่จะจำหน่ายเพื่อคัดกรองว่าสินค้าต้องกลุ่มเป็นอาหารปลอดภัยเท่านั้น

นอกจากนี้ยังได้พบกับเกษตรกรผู้ผลิตพืชผักอาหารปลอดภัย (GAP) เพื่อเจรจาหาแนวทางในการนำมาใช้เป็นวัตถุดิบในฝ่ายโภชนาการ เพื่อจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

### **3. Green Energy**

ลดการใช้พลังงานจากฟอสซิล ปรับเปลี่ยนมาใช้พลังงานในรูปแบบพลังงานสะอาดและพลังงานทดแทนซึ่งเป็นการร่วมลดโลกร้อนโดยตรง โดยได้ร่วมดำเนินการร่วมกันสามฝ่ายกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สวทช.) จังหวัดปทุมธานีโดยสำนักงานจังหวัดปทุมธานีและโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนด้านพลังงานให้เป็นต้นแบบด้านพลังงานสะอาดที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



**B46**

## Stakeholder Analysis

11 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Sapphire 6

นพ.สมชาติ สุจริตรังษี	โรงพยาบาลดอนพุด
ปิยฉัตร แพงไตร	โรงพยาบาลดอนพุด
ศรัลยา พุ่มคุ้ม	โรงพยาบาลดอนพุด
ปราณีต วงศ์สละ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด
พญ.สุพัศตรา ศรีวิณิชชากร	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

### แนวคิด Stakeholder Analysis คปสอ.ดอนพุด

ใบไม้ เปรียบเสมือนผลลัพธ์ ผลผลิตที่ได้จากการทำงาน เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน



รากต้นไม้ เปรียบเสมือน ประชาชนที่พวกเราดูแล เป็นสิ่งที่ยึดโยงจิตใจ ชาวสาธารณสุขในการทำงาน

พญ.กิตติยา ศรีเลิศฟ้า	โรงพยาบาลตากสิน
พวงประภา เพ็ชรมี	โรงพยาบาลรามัน
หัตถยาภรณ์ ทองเสียน	โรงพยาบาลกัณฑ์ธรรมย์
บุษริน เพ็งบุญ	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
นพ.ชัย กฤตยาภิชาติกุล	สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

### การส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยแนวทาง 5A ในโรงพยาบาลกัณฑ์ธรรมย์

หัตถยาภรณ์ ทองเสียน

โรงพยาบาลกัณฑ์ธรรมย์

โรงพยาบาลกัณฑ์ธรรมย์ได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ตั้งแต่ปี 2549-2550 แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการช่วยให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเป็นรูปธรรม ต่อมาเมื่อ พ.ศ.2551 ได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ : ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพ

มีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อจัดสภาพแวดล้อมให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100%
- 2) เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในบุคลากร
- 3) เพื่อให้มีนโยบายคัดสรรบุคลากรเข้าทำงานใหม่ที่มีความตระหนักถึงบุหรี่กับสุขภาพโดยพิจารณาผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก่อนผู้สูบบุหรี่ กรณีรับผู้สูบบุหรี่เข้าเป็นบุคลากรมีการทำความเข้าใจว่าจะไม่สูบบุหรี่ในเขตโรงพยาบาล
- 4) เพื่อพัฒนาระบบบริการสำหรับให้ความรู้และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับบุคลากรและผู้รับบริการของโรงพยาบาล
- 5) เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับชุมชน
- 6) เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 7) เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสื่อสัญลักษณ์ในการสร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน

โรงพยาบาลกัณฑ์ธรรมย์ได้นำแนวทาง 5A มาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่โดยผสมผสานเข้ากับงานประจำและขยายเครือข่ายคัดกรองช่วยเลิกบุหรี่ จาก 1 หน่วยงาน เป็น 9 หน่วยงาน ตามขอบเขต และศักยภาพ โดย หน่วยงาน OPD ER X-RAY ทันตกรรม กายภาพบำบัด

แพทย์แผนไทย เวชปฏิบัติ ปฏิบัติ A1- A2 หน่วยงาน ดึกผู้ป่วยใน 3 ตึก ปฏิบัติ A1- A3 คลินิกเฉพาะโรคปฏิบัติ A1- A5 อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำฯ ผู้ให้บริการยึดหลัก 5 ยักษ์ ใจดี (ยิ้มแย้ม ยกย่อง ยืนหยัด ยึดหยุ่น ยกยอ) ในการปฏิบัติงาน ประชุมแกนนำถอดบทเรียน ร่วมกัน เก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานโดยระบบคอมพิวเตอร์

ผลการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ พบว่า ผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการและได้รับการ คัดกรองการสูบบุหรี่ 30,362 คน พบว่าสูบบุหรี่ 2,596 คน ต้องการเลิกบุหรี่จำนวน 230 คน และสามารถเลิกบุหรี่ได้ มากกว่า 6 เดือน จำนวน 69 คน คิดเป็น ร้อยละ 30

ผลการดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยคลินิก DM เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 53 ผู้ป่วยคลินิก HT เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 58 ผู้ป่วยคลินิก COPD เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 92 ผู้ป่วย คลินิก Asthma เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 78 ผู้ป่วยคลินิก Aids เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 20 ผู้ป่วยคลินิก จิตเวช เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 19 ผู้ป่วยคลินิกไทรอยด์ เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 32

สรุปการนำแนวทาง 5A มาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่โดยผสมผสานเข้ากับงานประจำ ช่วย ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงการช่วยเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น และทำให้มีผู้เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

## ระบบการแนะนำเลิกบุหรี่ในชุมชน

บุษวิณ เพ็งบุญ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี

ทีมงานได้พัฒนาระบบการแนะนำเลิกบุหรี่ในชุมชน โดยผู้บริหารมีการดำเนินงานเชิง รุกในการสร้างความเข้าใจทั้งแก่ทีมงานสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและแก่ชุมชน โดยเน้นการ สร้างเครือข่ายการทำงานกับชุมชน ซึ่งประกอบด้วย สถานีอนามัย แกนนำชุมชน / อสม. องค์ การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้ชุมชนรับทราบบทบาทของตนเองและผลประโยชน์ที่ชุมชนจะ ได้รับ

ในการทำงานร่วมกับสถานีอนามัย จะมีการดำเนินการอบรมทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ ให้บุคลากรของสถานีอนามัย จัดให้มีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในสถานีอนามัย การบำบัดผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งมีระบบการรับและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

แกนนำชุมชน มีบทบาทในการสำรวจข้อมูลชุมชน ประชาสัมพันธ์ สร้างแรงจูงใจ / ชักชวนเลิกบุหรี่ แนะนำช่วยเลิกบุหรี่ และการติดตามให้กำลังใจแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการและสื่อต่างๆ การรับและส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย การให้บริการเลิกบุหรี่และเป็นต้นแบบในการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิด ยืนหยัด ยึดหยุ่น เยือกเย็น เป็นหลักคิดในการทำงาน



## Hospital Wide Effort in Promoting Smoking Cessation

พญ.กิตติยา ศรีเลิศฟ้า

โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ โรงพยาบาล กทม.ปลอดบุหรี่ 100% จากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และโครงการโรงพยาบาลต้นแบบในการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพ จากเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปีงบประมาณ 2552 จึงมีการประกาศนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีนโยบายเลือกรับคนไม่สูบบุหรี่เข้าทำงานก่อนคนสูบบุหรี่ ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% ให้ประชาชนรับทราบโดยมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย สปอตทีวี และ VCD คาราโอเกะบ้านปลอดบุหรี่ทางทีวีวงจรปิดในโรงพยาบาล เผยแพร่ความรู้ทาง intranet รวมทั้งติดป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องบทบาทของสหวิชาชีพกับการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในลิฟต์ทุกตัว

ด้านการจัดสภาพแวดล้อม มีการติดป้ายโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% ให้เห็นอย่างชัดเจน จัดระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ และติดตามในบริเวณรอบหอดผู้ป่วยและบริเวณโดยรอบโรงพยาบาล จัดทำสติ๊กเกอร์รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ติดบริเวณหน่วยงานต่างๆ ร่วมกับติดสติ๊กเกอร์ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ด้านการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มงานอนามัยชุมชนได้จัดทำโครงการ “ลด ละ เลิก บุหรี่ ให้เจ้าหน้าที่และญาติโรงพยาบาลตากสิน” มีเจ้าหน้าที่และญาติสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 18 ราย เป็นชาย 15 ราย หญิง 3 ราย พบว่ารักษาครบกำหนดและเลิกได้ จำนวน 11 ราย คิดเป็น 61% รักษาไม่ครบกำหนด (ขอเลิกด้วยตนเอง) 6 ราย คิดเป็น 33% ขาดการรักษา 1 ราย คิดเป็น 6% ปีงบประมาณ 2552 ได้ดำเนินการสำรวจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 20 ราย สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 6 ราย

ระบบส่งต่อหรือจัดตั้งพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ กลุ่มงานอนามัยชุมชนได้นำแนวทาง 5A มาส่งเสริมแนวทางการดูแลรักษาเรื่องบุหรี่ พบว่าผู้ที่มารับการบำบัดรักษาที่คลินิกอดบุหรี่ กลุ่มงานอนามัยชุมชน และผู้ป่วยที่มาขอรับคำปรึกษา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- ประเภทที่ 1 การให้คำแนะนำตามแนวทาง 5A ตั้งแต่เดือนตุลาคม 51 – 31 ธันวาคม 52 จำนวน 286 ราย แยกเป็นผู้ป่วยใน 21 ราย ผู้ป่วยนอก 194 ราย และมาเองที่คลินิก 71 ราย พบว่ามีผู้สมัครใจมาบำบัด 103 ราย
- ประเภทที่ 2 การบำบัดรักษาในคลินิกอดบุหรี่ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 51 – 31 ธันวาคม 52 จำนวน 103 รายพบว่า มารักษาครบกำหนดและเลิกได้ 33 รายคิดเป็น 32.04% ขาดการรักษา 70 รายคิดเป็น 67.96%

การดำเนินโครงการระบบ ถนนปชต (5A) เข้าสู่งานประจำ (เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ 5 พฤศจิกายน 51) พบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มงานผู้ป่วยนอกสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ ร้อยละ 95.8 และหอผู้ป่วยคัดกรองได้ร้อยละ 98.1

การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมเรื่อง บทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ ผู้สูบบุหรี่หรือดบุหรี่โดยใช้ขั้นตอน 5A จำนวน 1,369 คน ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็น ต่อนโยบายปลอดบุหรี่ 100 % ของโรงพยาบาลจำนวน 797 คน และพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับนโยบายห้ามสูบบุหรี่ คิดเป็น 99.6% รู้สึกภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้ช่วยให้ผู้อื่น เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 99.4% เห็นด้วยกับการที่บุคลากรวิชาชีพควรเป็นแบบอย่างที่ดี สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้านสุขภาพ คิดเป็น 99.5% เห็นด้วยกับการที่บุคลากรวิชาชีพควร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในทุกโอกาสที่เป็นไปได้ คิดเป็น 96.4%

ผลการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยและผู้รับบริการจำนวน 1,000 ราย เห็นด้วยที่โรงพยาบาล ตากสินมีนโยบายเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล คิดเป็น 98.6% รู้สึกอึดอัดเมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ คิดเป็น 19.3% ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ อยากรเลิกบุหรี่ คิดเป็น 65.3%

ด้านการขยายผลระบบ ถนนปชต (5A) ลงสู่ชุมชน จัดทำโครงการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา ในโรงพยาบาลตากสิน โรงเรียน สถาน ที่ราชการและชุมชนใกล้เคียง โดยจัด นิทรรศการ เติมนรณรงค์ แจกเอกสาร จัดคลินิกอดบุหรี่เคลื่อนที่ แจกเอกสารและน้ำยาอดบุหรี่ จัดทำโครงการ ลด ละ เลิกบุหรี่ให้พระภิกษุ วัดทองนพคุณ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร พบว่ามีพระบวชใหม่ 6 รูปสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งดำเนินการโดยมีเจ้าหน้าที่ไปให้ คำปรึกษาและติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนสามารถเลิกได้ 2 รูป และอีก 4 รูป สามารถลดปริมาณการสูบลง

สรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการ โรงพยาบาลตากสินมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นสถานที่ ปลอดบุหรี่และประกาศเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% แกนนำการดำเนินงาน มีศักยภาพ ในการให้การช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่และมีความรู้ในวิธีเลิก บุหรี่คณะทำงานร่วมกันกำหนดรูปแบบการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและ บุคลากรการดำเนินงานเข้าสู่งานประจำ ผู้รับบริการได้รับความรู้โทษของบุหรี่และแนวทาง การเลิกบุหรี่ เกิดเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน ภาคราชการและภาคเอกชน

C26

## Smoking Cessation Treatment



12 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 6

ผศ.นพ .สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รศ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยปัจจุบันตามการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (GATS) พ.ศ.2552 พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควันและไม่มีควันมากถึง 14.3 ล้านคน โดยใช้บุหรี่ชนิดซอง 7.9 ล้านคน และชนิดมวนเอง จำนวน 7.4 ล้านคน และคนไทย 6 ใน 10 คนที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบคิดจะเลิกสูบ แสดงว่าปัญหาการใช้ยาสูบ ซึ่งในทางการแพทย์นับว่าเป็นโรคเรื้อรัง เรียกว่าโรคติดบุหรี่

ในประเทศไทยมีการจัดทำแนวปฏิบัติการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ พ.ศ.2552 ระบุว่า การบำบัดรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ วิธีหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แบบ Reactive & Proactive Counseling ซึ่งดำเนินการโดย National Quitline 1600

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (National Quitline) เป็นโครงการหนึ่งของมูลนิธิสร้างสุขไทย ก่อตั้งและดำเนินการภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือของ 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ศูนย์ฯ ก่อตั้งเมื่อ กันยายน พ.ศ.2552 และเริ่มให้บริการประชาชนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2553 ตามพันธกิจเป็นลำดับดังนี้ 1) ให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline) ที่มีคุณภาพระดับสากล 2) สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ Quitline สู่การพัฒนา best practice ระดับภูมิภาค 3) รวบรวมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ Quitline และให้ความรู้แก่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง 4) ร่วมประสานงานเพื่อการผลักดันนโยบายสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และ 5) พัฒนาสมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพและอาสาสมัคร เพื่อการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ระดับนานาชาติ

การบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของศูนย์ฯ ดำเนินการตามแนวคิด Transtheoretical Model / Stages of Change ของ Prochaska & Velicer (1997) โดยการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ที่สอดคล้องกับระยะของการเปลี่ยนแปลง 5 ระยะคือ Pre-contemplation, Contemplation, Preparation, Action และ Maintenance โดยผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรของศูนย์ฯ ปฏิบัติงานตาม protocol ที่พัฒนาจากผลงานวิจัย/ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ตรงของผู้ให้คำปรึกษา ให้บริการให้คำปรึกษา แบบ reactive & proactive counseling บริการข้อมูลข่าวสารทาง

ไปรษณีย์ ทาง [www.thailandquitline.co.th](http://www.thailandquitline.co.th) มีการพัฒนาเครือข่ายบริการโดยใช้ระบบส่งต่อให้บริการทุกวัน ระหว่าง 7.30 – 20.00 น. นอกเวลาและวันสุดสัปดาห์มีระบบบันทึกเบอร์โทรศัพท์เพื่อการโทรกลับ

ในรอบ 1 ปี (มกราคม-ธันวาคม 2552) ศูนย์ฯ ให้คำปรึกษาผู้ติดบุหรี่ที่ตั้งใจเลิก จำนวน 16,843 ราย โดยเป็นผู้ที่โทรมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ เป็นจำนวนมากใกล้เคียงกัน ขณะที่โทรจากภาคเหนือ ใต้ และตะวันออก มีจำนวนใกล้เคียงกัน ประเด็นครั้งหนึ่งของผู้ที่โทรจาก กรุงเทพฯ มีผลลัพธ์การบริการ คือมีผู้พยายามเลิกบุหรี่ (quit attempt) มากกว่า ร้อยละ 35 และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (quit rate เลิกได้ติดต่อกัน 6 เดือน) จำนวน 5,210 คน หรือ 1 ใน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.52





## Medication System

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A2Y	การใช้ Trigger Tools ค้นหาความเสี่ยงที่เกิดจากยา
	13.00-14.30 น.	A3Y	Common Pitfalls in Pain Management
	15.00-16.30 น.	A4Y	Drug Safety Issues in Chronic Kidney Disease Management
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B1Y	Management of Emergency Drugs
	10.30-12.00 น.	B2Y	ข้อควรระวังในการใช้ยาจิตเวชร่วมกับยารักษาโรคทางกาย
	13.00-14.30 น.	B3Y	Management of Drug Interaction
	15.00-16.30 น.	B4Y	Drug Profile vs MAR
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1Y	Medication Reconciliation OPD : ผู้ป่วยปลอดภัย ประหยัด ค่าใช้จ่ายด้านยา
	10.30-12.00 น.	C2Y	ความปลอดภัยในการใช้ยา : ชุมชนเชิงรุก
	13.00-14.30 น.	C3Y	ผลสัมฤทธิ์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการร่วมแรงกายใจของทีมสุขภาพ



A2Y

## การใช้ Trigger Tools ค้นหาค่าความเสี่ยงที่เกิดจากยา

10 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

ผศ.ภก.ดร. ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ

คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

พญ.อิสริยา ภิรมย์รัตน์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

ภญ.จารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

Trigger tools หรือ เครื่องมือส่งสัญญาณอันตราย ได้ถูกนำมาใช้ค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เนื่องจากการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จาก incident report มักจะมีการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้การแก้ไขปัญหาและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้ตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event: ADE) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและเกี่ยวข้องกับการใช้ยา มักประสบปัญหาในการค้นหา เช่นเดียวกัน ดังนั้น trigger tools จึงถูกนำมาใช้สำหรับค้นหา ADE เพื่อให้ทราบและกำหนดแนวทางแก้ไขความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยทั่วไปแล้ว trigger tools สำหรับการค้นหา ADE ประกอบด้วย การใช้ยารักษาหรือแก้ไข ADE ที่เกิดขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึง ADE และการเปลี่ยนแปลงขนาดการใช้ยา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลบุรีรัมย์โดยคณะกรรมการความเสี่ยงได้เริ่มนำ trigger มาค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยมีแนวทางให้ทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team: PCT) แต่ละทีมกำหนดและค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่ายังไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่การดำเนินการที่ผ่านมากลุ่มงานเภสัชกรรมได้ติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด ADE เช่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์, วัณโรค, กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน, ยาเคมีบำบัด

ต่อมากลุ่มงานเภสัชกรรมได้เสนอมุมมองในเรื่อง ADE เพื่อให้แต่ละ PCT ได้พิจารณาและนำไปสู่การพัฒนาเพื่อการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทีมตนเอง และมีการพัฒนาการทำงานในการค้นหาและติดตาม ADE อย่างเป็นระบบร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง โดยนำเสนอแนวคิด วิธีการปฏิบัติ และการรายงาน ADE แก่ PCT เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการค้นหา ADE ซึ่ง PCT ได้นำแนวทางดังกล่าวไปพัฒนาการรายงานความเสี่ยงของตน โดยเน้นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลการดำเนินการดังกล่าวเบื้องต้นสามารถกระตุ้นให้มีความระมัดระวังความเสี่ยงที่เกิดจากยามากขึ้น



ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ภญ.ธราณี ศิริชยานุกูล โรงพยาบาลแพร์

## Common Pitfalls in Pain Management

ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาการปวดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทางปฏิบัติ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดให้อาการปวดเป็นสัญญาณชีพลำดับที่ 5 (pain is a fifth vital sign) เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้บุคลากรสาธารณสุขติดตามอาการปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ การจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การจัดการกับอาการปวดที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมบุคลากรสาธารณสุข ในการวินิจฉัยสาเหตุ ประเมินอาการปวดอย่างเหมาะสม ให้การรักษาทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เหมาะสม รวมถึงติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ความไม่เหมาะสมของการจัดการอาการปวดพบได้ในทุกขั้นตอนของการรักษา ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะความไม่เหมาะสมของการประเมินอาการปวด และการรักษาด้วยยาเท่านั้น

ในการประเมินอาการปวด จำเป็นต้องประเมินให้ละเอียดว่าอาการปวดเกิดขึ้นเมื่อใด ปวดที่บริเวณใดบ้าง ในแต่ละบริเวณที่ปวดมีลักษณะอาการปวดแบบใด และมีความปวดรุนแรงมากเพียงใดโดยใช้เครื่องมือการประเมินความรุนแรงของอาการปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท

ยาที่นำมาใช้รักษาอาการปวดจะแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ non-opioid analgesics (paracetamol, NSAIDs, COX-2 inhibitors), weak opioid analgesics, strong opioid analgesics และ coanalgesics (เช่น anti-neuropathic pain, muscle relaxants, bisphosphonates, corticosteroids)

ความไม่เหมาะสมของการใช้ยารักษาอาการปวดที่พบได้บ่อย คือ

- **เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมกับอาการปวดที่ผู้ป่วยเป็น** เช่น การใช้ยา NSAIDs หรือ COX-2 inhibitors เป็นเวลานานเพื่อรักษาอาการปวดแบบ neuropathic pain

- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะต้องได้รับ เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบ neuropathic pain แต่ไม่ได้รับยาที่รักษาอาการนี้
- ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ยาแก้ปวดชนิดนั้น เช่น การใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง หรือการใช้ COX-2 inhibitors ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ
- ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกันร่วมกัน เช่น การได้รับยา NSAIDs ร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด หรือได้รับยา NSAIDs ร่วมกับ COX-2 inhibitors หรือผู้ป่วยได้รับยา morphine ร่วมกับ tramadol
- ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังไม่ได้รับยาในลักษณะที่เป็น **around-the-clock (ATC) regimen** เพื่อให้ยาสามารถออกฤทธิ์ควบคุมอาการปวดได้ตลอด 24 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยได้รับ morphine วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร แทนที่จะได้รับเป็นทุก 8 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาแก้ปวด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับ morphine ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการร่วมกับ
- มีการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ฤทธิ์ระงับปวดของยาลดลง หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยามากขึ้นได้

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าความไม่เหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดดังกล่าวล้วนแต่เป็นสิ่งที่ป้องกันหรือแก้ไขได้โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาศัยองค์ความรู้ด้านการรักษาอาการปวด ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวด มีความปลอดภัยสูงสุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## Common Pitfalls in Pain Management

ภญ.ธราณี สิริขยานุกุล

โรงพยาบาลแพร์

ความปวดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ในปัจจุบันมีการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความปวดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องติดตาม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบำบัดความปวดดีเท่าที่ควร สาเหตุที่สำคัญคือขาดความรู้ความเข้าใจในการบำบัดความปวด ไม่มีการประเมินผลให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ไม่มีการปรับยาขึ้นถ้าการบำบัดไม่ดีพอ ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มออกฤทธิ์เสพติดด้วยความกลัวในด้านการติดยา ไม่มีการนำยาแก้ปวดเพื่อเสริมฤทธิ์กันในการบรรเทาความปวด การขาดแคลนยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด เช่น มอร์ฟีนชนิดรับประทาน

ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวด ทำให้มีการใช้ยาแก้ปวดเกินความจำเป็นจนทำให้มีอาการข้างเคียง เช่น มีเลือดออกในกระเพาะ

อาหาร หรือไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยบางรายกลักรักษาใช้ยาแก้ปวด เช่น ในผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็ง เมื่อได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน จะกลักรักษาติดยา กลัวยาอาการข้างเคียงจากยา คือหลังจากกินยาแล้วทำให้ง่วงแล้วจะทำให้เสียชีวิต

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีความปวดมักได้รับยาหลายตัวร่วมกัน ทั้งยาแก้ปวดที่ใช้ บรรเทาอาการและยาที่รักษาสาเหตุหลักของโรค เช่น ยาเคมีบำบัด หรือยาต้านอาการซึมเศร้า ซึ่งการได้รับยาหลายตัวร่วมกัน อาจทำให้เกิดอันตรกิริยาของยาส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือทำให้การบำบัดความปวดไม่ได้ผล

สาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดความปวดดีเท่าที่ควร ต้องทนทรมาน ดังนั้นการเพิ่มความรู้อุณหภูมิแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง



A4Y

## Drug Safety Issues in Chronic Kidney Disease Management

10 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

ภญ.รัชฎา เจริญพักตร์

สถาบันบำราศนราดูร

ภญ.พรชนก แต่งสมบุรณ์

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผศ.ภญ.ดร.สมฤทัย วัชรารวิวัฒน์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแทบทุกรายล้วนต้องการการรักษาด้วยยา ทั้งเพื่อรักษาโรคร่วมที่มีอยู่ ชะลอความเสื่อมของไตเพื่อชะลอเวลาที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต และป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และเมื่อการทำงานของไตบกพร่องลงไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยก็จะต้องการยาเพิ่มขึ้นเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการที่ไตทำงานได้ลดลง ผู้ป่วยมักจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้นตามการดำเนินของโรคไต การใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการชะลอความเสื่อมของไต และควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องของการทำงานของไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ทั้งที่ยังอยู่ในระยะต้นๆ ของโรค ไปจนกระทั่งผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างมากแล้ว รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่างๆ จะได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน และต้องใช้เวลาเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง หากแต่การรักษาด้วยยาจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ตามสภาวะของผู้ป่วยและการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ เช่น การได้รับยาซ้ำซ้อน ปฏิกริยาระหว่างยา การชื้อยาสมุนไพร อาหารเสริมมาใช้เอง อีกทั้งความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามมาได้

การสร้างความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสำคัญต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และกระบวนการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภญ.ดร.ศิริดา มาพันธ์  
เสาวลักษณ์ แสงเดช

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ยาฉุกเฉินหมายถึงยาที่มีความจำเป็นต้องใช้อย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดหรือคาดการณ์ไม่ได้ ซึ่งในภาวะดังกล่าวหากไม่สามารถใช้ยาได้อย่างทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้โดยทั่วไป ยาฉุกเฉินจะหมายรวมถึงยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว (circulatory collapse) อาการแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylactic reactions) อาการชัก (convulsion) และ หลอดลมหดเกร็ง (bronchospasm)

เนื่องด้วยลักษณะเฉพาะของตัวยาที่อยู่ในรายการยาฉุกเฉินทำให้รายการยาฉุกเฉินแทบทุกตัวจัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ด้วย ระบบการบริหารจัดการไม่ว่าจะเป็นการสั่งยา การกระจายยา การสำรองยา และการติดตามการใช้ยาจึงมีความเกี่ยวเนื่องกัน สถานพยาบาลควรมีนโยบายในการบริหารจัดการยาฉุกเฉินอย่างชัดเจน ประสพการณ์และคำแนะนำในการบริหารจัดการ การติดตามการใช้ยาฉุกเฉิน บทบาทของเภสัชกรและพยาบาลจากโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศจะได้รับการแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาระบบยาอย่างต่อเนื่อง

นโยบายการบริหารจัดการยาฉุกเฉินควรประกอบด้วยรายละเอียดอย่างน้อยต่อไปนี้

1. รายการยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จัดเป็นยาฉุกเฉินของโรงพยาบาล ควรจำกัดเฉพาะ ยาที่จำเป็นต้องใช้ในภาวะฉุกเฉินเท่านั้น ไม่ควรเป็นแหล่งในการจัดเก็บและกระจายยาอื่นๆ ที่ถูกสั่งใช้เป็น “STAT” หรือ “PRN”
2. แนวทางการจัดส่ง และจัดเก็บยาฉุกเฉินในหอผู้ป่วย ควรกำหนดแน่นอนว่ายาฉุกเฉินนี้จะจัดเก็บไว้ ณ ตำแหน่งใดของหอผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถนำออกมาใช้ได้ อย่างทันท่วงทีในภาวะฉุกเฉิน
3. แนวทางการตรวจสอบวันหมดอายุ การตรวจนับจำนวนคงเหลือ และการสำรองยาเพิ่มโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรม

พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในทุกขั้นตอนของการบริหารยา



ภก.ธนรัตน์ สรวลเสนนท์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ.ธีรารัตน์ แทนขำ

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ยาทางจิตเวช (psychotropic drugs) หมายถึงยาที่นำมาใช้ในการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants) ยาคลายกังวล (anxiolytics) และยาที่มีฤทธิ์ควบคุมระดับอารมณ์ (mood stabilizers) โดยยาดังกล่าวไม่ได้มีการจำกัดการสั่งใช้เฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวช แต่โรงพยาบาลทั่วไปโดยเฉพาะแผนกอายุรกรรม (หรือที่เรียกว่าโรงพยาบาลโรคทางกาย) ก็มีการใช้ยากลุ่มนี้ร่วมด้วยได้ ทั้งที่ได้รับมาจากจิตแพทย์และจากแพทย์ในแผนกอื่น

ทั้งนี้เนื่องจากยาทางจิตเวชบางชนิดสามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคทางกายบางอย่างได้ เช่น clonazepam ซึ่งจัดเป็นยาคลายกังวลถูกนำมาใช้รักษาอาการกล้ามเนื้อกระตุก (muscle spasm) หรือยาทางกายบางชนิดสามารถนำไปใช้เพื่อรักษาอาการทางจิตได้ เช่น sodium valproate หรือ topiramate ซึ่งจัดเป็นยากันชักถูกนำมาใช้รักษาโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือในทางกลับกันยาทางจิตเวชบางชนิดมีข้อบ่งใช้มากกว่า 1 ประการได้ เช่น olanzapine จัดเป็นยารักษาโรคจิต หรือ mirtazapine ซึ่งจัดเป็นยาแก้ซึมเศร้า แต่หากใช้ยาดังกล่าวนี้ในขนาดต่ำจะมีฤทธิ์ช่วยทำให้อนอนหลับดีขึ้น และไม่ทำให้เกิดการติดยา จึงนำมาใช้เป็นยาช่วยทำให้อนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาทได้ หรือในกรณีของ bupropion และ nortriptyline จัดเป็นยาแก้ซึมเศร้า แต่สามารถนำมาใช้ช่วยเลิกบุหรี่ได้ด้วย หรือการใช้ยา imipramine ซึ่งเป็นยาแก้ซึมเศร้าในการรักษาอาการปัสสาวะรดที่นอน

ดังนั้นในการใช้ยาทางจิตเวชนั้น การให้ข้อมูลข้อบ่งใช้ของยาแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก และอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยต่อไปได้

ปัญหาการใช้ยาทางจิตเวชในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมด้วยมีหลายประการ แต่สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ยาทางจิตเวชทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์บางอย่าง ซึ่งมีผลต่อโรคทางกาย และยาทางจิตเวชเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่ใช้รักษาโรคทางกาย ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาทางกายได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวชเกิดขึ้นกับหลายระบบของร่างกาย เช่น

- **ทำให้ง่วงนอนหรือทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง** (เช่น trazodone, quetiapine) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน

ได้ติดตามเดิมหรือทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะล้ม กระตุกหักได้ง่ายขึ้น

- **ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น** (เช่น venlafaxine, duloxetine, bupropion, nortriptyline) ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วหรือผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ **หรืออาจมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติได้** (เช่น amitriptyline, thioridazine)
- **ทำให้ปากแห้งคอแห้ง** (เช่น amitriptyline, imipramine, chlorpromazine, olanzapine) ซึ่งอาจมีผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยมากขึ้น ปริมาณมากขึ้น จึงอาจส่งผลกระทบต่ออาการจุกคั่งน้ำในผู้ป่วยบางประเภทได้
- **ทำให้ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น** (เช่น clozapine, olanzapine, quetiapine, mirtazapine) จึงอาจส่งผลในระยะยาวต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้
- **ทำให้คลื่นไส้อาเจียน ทำให้มีนิ่วหรือปวดนิ่ว** (เช่น fluoxetine, sertraline) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้

สำหรับการใช้ยาทางจิตเวชร่วมกับยาที่ใช้รักษาโรคทางกายนั้น ยาทางจิตเวชอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาทางกายได้ 3 แบบ

- แบบแรก คือ **ยาทางจิตเวชทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับยาทางกาย** ทำให้ระดับยาทางกายเพิ่มขึ้นหรือลดลง แล้วทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงขึ้น (เช่น fluoxetine มีผลยับยั้งการทำงานของ CYP2D6 หากใช้ร่วมกับยา warfarin จะทำให้ warfarin ถูกกำจัดออกจากร่างกายช้าลง ซึ่งอาจทำให้เกิด major bleeding ขึ้นได้) หรือทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงได้ (เช่น carbamazepine มีผลเป็น enzyme inducer หากใช้ร่วมกับยาลดไขมัน simvastatin จะทำให้ประสิทธิภาพของยา simvastatin ในการลดระดับไขมันในเลือดแยลง) ตามลำดับ
- แบบที่สอง คือ **ยาทางจิตเวชทำให้อาการไม่พึงประสงค์ของยาทางกายเพิ่มขึ้นหรือเกิดอาการพิษ** เพราะ ยาที่ใช้ร่วมกันนั้นมีอาการไม่พึงประสงค์ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นการใช้ยาร่วมกันจึงทำให้ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น เช่น การใช้ morphine ร่วมกับ amitriptyline ซึ่งยาทั้งสองชนิดมีผลทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ หรือการใช้ tramadol ร่วมกับยา fluoxetine จะทำให้เกิด serotonin syndrome ได้

- แบบที่สาม คือ ยาทางจิตเวชทำให้ประสิทธิภาพของยาทางกายลดลง หรือทำให้โรคทางกายแย่ลงได้ด้วยการไปต้านฤทธิ์ยาโดยตรง เช่น การใช้ amitriptyline ในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตอยู่แล้ว จะทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะลำบากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการตัดสินใจเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งยาจิตเวชและยาโรคทางกาย จึงขึ้นอยู่กับความแตกต่างของโรค ความแตกต่างของตัวผู้ป่วย รวมถึงอาการและโรคร่วมต่างๆ ซึ่งเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ของผู้บำบัด โดยอาศัยข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งจากบันทึกเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ประวัติ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ทั้งในสถานบริการเดียวกันหรือระหว่างสถานบริการ เพื่อลดการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์จากยา ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



รศ.ภญ.ดร. สุวัฒนา จุฬาวัดนทล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ภญ.วิษุณี พิตรากุล โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาประเภทหนึ่งที่ได้พบได้เสมอในกระบวนการใช้ยา คือ การเกิดปฏิกริยาระหว่างยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการใช้ยา หรืออาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลการรักษาจากยาตามที่ต้องการ

ปฏิกริยาระหว่างยานั้นอาจเกิดขึ้นได้จากหลายกลไก ตัวอย่างที่สำคัญทางคลินิกมีตั้งแต่ในกระบวนการดูดซึมยา เช่น การรับประทานยาในกลุ่ม fluoroquinolones ร่วมกับยาที่มีองค์ประกอบเป็นธาตุที่มีประจุ 2 หรือ 3 บวก เช่น แคลเซียม อลูมิเนียม หรือเหล็ก ซึ่งยาจะจับกับธาตุเหล่านี้เกิดเป็นสารประกอบที่ไม่ถูกดูดซึม ทำให้การใช้ยา fluoroquinolones ไม่ได้ผลเท่าที่ควร หรือ การใช้ยาที่สามารถยับยั้งหรือกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสภาพยาอื่นที่ใช้ร่วมกัน จะทำให้ปริมาณหรือความเข้มข้นในเลือดของยาที่ใช้ร่วมกันนั้นเพิ่มมากขึ้นจนอาจเกิดอันตรายหรือลดลงจนใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร เช่น การใช้ amiodarone ที่สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสภาพยา warfarin อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมากขึ้น หรือ การใช้ rifampicin ที่สามารถกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสภาพยา theophylline อาจทำให้ความเข้มข้นของ theophylline ในร่างกายไม่เพียงพอที่จะให้ผลในการรักษาตามที่ควรจะเป็น

นอกจากนี้ ปฏิกริยาระหว่างยาที่สำคัญยังอาจเกิดจากการใช้ยาที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันร่วมกัน ทำให้ยาเสริมฤทธิ์กันจนอาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้ เช่น การใช้ยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางร่วมกัน เช่น ใช้ antihistamines (1<sup>st</sup> generation) หรือ ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ร่วมกับ benzodiazepines จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการง่วงซึมมากขึ้นกว่าปกติ และโดยเฉพาะเมื่อใช้ยาในขนาดสูงอาจเกิดการหายใจจนทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นโคมาหรือเสียชีวิตได้ หรือปฏิกริยาระหว่างยาอาจเกิดจากการใช้ยาที่ต้านฤทธิ์กันร่วมกัน เช่น ใช้ warfarin ร่วมกับ vitamin K อาจทำให้ warfarin ออกฤทธิ์ต้านการจับตัวเป็นก้อนของเลือดได้ไม่ดีเท่าที่ควร

ปฏิกริยาระหว่างยานั้นมีโอกาสพบได้ค่อนข้างบ่อยในกระบวนการใช้ยา โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยรายนั้นๆ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพร้อมกัน ซึ่งหากแพทย์ผู้รักษามีได้ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ก่อนหรือได้รับพร้อมกันจากแพทย์ท่านอื่น หรือแพทย์ไม่ทราบถึงปัญหาปฏิกริยาระหว่างยาว่าจะมีผลกระทบต่อประสิทธิผลในการรักษาและความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเภสัชกรผู้มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยมิได้วางระบบหรือให้การเฝ้าระวังที่เหมาะสมก็จะยิ่งส่งเสริมให้พบปัญหานี้ได้มากขึ้น

หลุมพรางที่มักจะพบในทางปฏิบัติ ได้แก่ การกำหนดคู่ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกันโดยยึดนัยสำคัญจากตำราเพียงอย่างเดียว ทำให้มักเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือ การไม่ได้รับความยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาไม่ได้รับการเฝ้าระวังหรือจัดการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เภสัชกรจึงต้องมีทั้งองค์ความรู้และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาที่ดีและเหมาะสม โดยจะต้องให้ความสำคัญและพิจารณาเป็นพิเศษทั้งในด้านตัวยาและด้านผู้ป่วย โดยเฉพาะยาที่จัดเป็น high-alert drugs เช่น warfarin, amiodarone, digoxin, หรือ theophylline ซึ่งยาเหล่านี้หลายชนิดมีช่วงระหว่างระดับยาที่ให้ผลในการรักษาและระดับยาที่ทำให้เกิดความเป็นพิษแคบด้วย เช่น digoxin, theophylline หรือยาที่มีหลักฐานว่าสามารถเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้บ่อย เช่น ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), statins, fluoroquinolones เป็นต้น ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของตับหรือไตที่ทำหน้าที่กำจัดยาออกจากร่างกาย ตลอดจนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อระดับความเข้มข้นของยาบางชนิดในร่างกาย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

สำหรับการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกันนั้นอาจทำได้หลายมาตรการ ตั้งแต่ การหลีกเลี่ยงที่จะเพิ่มยาที่มีแนวโน้มจะทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเข้าไปในแผนการรักษา การห้ามใช้ยาบางชนิดร่วมกันในกรณีที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกันนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต การปรับเปลี่ยนใช้ยาอื่นที่ทดแทนกันได้ หรือปรับแผนการใช้ยา เช่น ปรับขนาดยาให้เหมาะสม การปรับมือยาให้ห่างกัน หรือหากจำเป็นต้องใช้ยาที่เป็นคู่กรณีร่วมกัน ควรเริ่มใช้ยาคู่กรณีให้ช้าที่สุด หรือพยายามใช้ขนาดยาต่ำสุดที่ให้ผลในการรักษา ตลอดจนต้องทำการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลที่จะเกิดขึ้นทั้งจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง หรือการติดตามวัดระดับยาในเลือดหากจำเป็น และอีกประเด็นที่ไม่ควรละเลยในการจัดการปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา คือ การวางระบบดักจับการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ทั้งนี้ การเลือกใช้กลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การจัดการปัญหาได้รับการยอมรับและเกิดการปฏิบัติได้อย่างยืดหยุ่นและยั่งยืน

ภก.ประมนัส ตุ่มทอง	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ภญ.ดร.ศิริดา มาผันตะ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์	นายกสภาเภสัชกรรม

แบบบันทึกการใช้ยา (drug profile หรือ patient medication profile) สำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งจัดทำโดยเภสัชกร ที่ผ่านมายังมีการทำบ้างไม่ทำบ้าง ทำด้วยมือบ้างหรือจัดทำในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์บ้างนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์เต็มที่

แบบบันทึกการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยในเป็นสิ่งที่เภสัชกรควรนำมาใช้ในการทบทวน คำสั่งใช้ยาก่อนการส่งมอบยา เพราะทำให้สามารถตรวจจับปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problem: DRP) ได้โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นไปปฏิบัติหน้าที่บนหอผู้ป่วย แบบบันทึกการใช้ยาจึง เป็นเสมือนเครื่องมือที่สำคัญสำหรับเภสัชกรในการค้นหา แก้ไขหรือป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยา และรวมถึงการเฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้

ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ให้บริการแก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาล มีการออกแบบให้บันทึกรายการยาที่จ่ายแต่ละครั้งผ่านทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้โดยตรง ทำให้ลดขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาก่อนป้อนข้อมูล อย่างไรก็ตามหากไม่มีกระบวนการ ทบทวนคำสั่งใช้ยาปัจจุบันเทียบกับคำสั่งใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับก่อนหน้านี้ ก็อาจไม่พบปัญหา จากคำสั่งใช้ยา รวมทั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นในฝ่ายเภสัชกรรมเอง ทำให้เกิด ปัญหาจากการใช้ยาทั้งที่ควรป้องกันได้จนเกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

แบบบันทึกการบริหารยา (medication administration record, MAR) เป็นเอกสารที่ใช้ ในการบริหารยาโดยพยาบาล MAR เป็นเอกสารที่ใช้อ้างอิงได้ตามกฎหมาย ใช้นโยบายที่ ผู้ป่วยได้รับอย่างแท้จริงขณะนอนโรงพยาบาล ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของ โรงพยาบาลที่ก้าวหน้ามากขึ้น หลายโรงพยาบาลมีการพัฒนา MAR ในรูปแบบของแฟ้ม อิเล็กทรอนิกส์

แม้ว่าจะเป็นการเพิ่มความสะดวกและลดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ แต่รูปแบบของ MAR ของแต่ละโรงพยาบาลยังหลากหลายและไม่ได้รับการใช้ประโยชน์อย่าง เต็มที่ MAR เป็นเครื่องมือที่มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์หลายประการที่วิชาชีพอื่นๆ นอกเหนือ จากพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือเภสัชกรควรได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านยา นอกจากนี้หาก MAR ได้รับการจัดทำอย่างเหมาะสม ถูกต้อง และ real time จะสามารถสะท้อนประสิทธิภาพ

ของระบบยาได้ในหลายมิติ ประสบการณ์และหลักฐานในการใช้ประโยชน์จาก MAR จากหลาย ๆ โรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกันจะได้รับการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาและการใช้ประโยชน์อย่างสูงสุด

จึงขอเชิญทุกท่านร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสวนากับเรา ในเรื่องการจัดการแบบบันทึกการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยเฉพาะราย และการบันทึกการให้ยาในใบ MAR รวมทั้งประโยชน์และความสำคัญของรายการยาที่ถูบบันทึก เพื่อจะทำให้ได้แนวความคิดในการจัดการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละโรงพยาบาล

12 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

ภญ.นันทิยา นัครา	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ภญ.ปริมมารีย์ อภิญาณกุล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ในปี พ.ศ. 2548 JCAHO ได้เสนอให้กระบวนการ Medication Reconciliation เป็นเป้าหมายข้อที่ 8 ของ 2006 National Patient Safety Goal โดยกำหนดให้เป็น 1 ใน 6 ของ “สุดยอดวิธีปฏิบัติ” (Best Practice) ในการป้องกันการเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549

ในประเทศไทยเอง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้ประกาศให้กระบวนการ Medication Reconciliation เป็นกระบวนการหนึ่งในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ.2549

ปี พ.ศ.2551 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของกระบวนการ Medication Reconciliation และได้นำกระบวนการดังกล่าวมาใช้ใน คลินิกพิเศษโรคเรื้อรังผู้ป่วยนอก (OPD) เช่น คลินิกโรคไต คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจ คลินิกวาร์ฟาริน เป็นต้น

พบว่ารอยต่อของการให้บริการต่างๆ ที่อาจเกิดความผิดพลาดได้นั้นมีหลายจุด โดยรอยต่อหนึ่งที่ยังมีได้กล่าวถึง แต่พบว่า มี Medication Error เกิดขึ้นได้มากมาย นั่นคือรอยต่อที่เกิดขึ้นระหว่างเภสัชกรผู้ส่งมอบยาและผู้ใช้ยา เช่น ผู้ป่วยปรับขนาดยาเองหลังจากได้รับยาโดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เป็นต้น ซึ่งพบว่าจากการที่เรา นำกระบวนการ Medication Reconciliation มาใช้นั้น สามารถลด Medication Error ได้อย่างมากมาย

ใน session นี้ คณะผู้บรรยายจะได้นำเสนอให้ทุกท่านเห็นถึงความสำคัญของการกำจัด รอยต่อสุดท้ายที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลที่ทำให้เกิด Medication Error ซึ่งส่งผลกระทบมากมายต่อการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้คณะผู้บรรยายจะแสดงตัวอย่างของการประยุกต์และ นำผลการติดตาม Medication Error ไปแก้ไขในเชิงระบบ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ กระบวนการรักษาพยาบาล

**C2Y****ความปลอดภัยในการใช้ยา : ชุมชนเชิงรุก**

12 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

ภญ.อุษณีย์ วรรณมณี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภญ.อำไพ อักษรศิริ

ศูนย์บริการสาธารณสุข

เทศบาลเมืองบ้านพรุ อ.หาดใหญ่

สิ่งที่คาดหวังจากการใช้ยารักษาโรคคือประสิทธิภาพและความปลอดภัย เราต้องสร้างระบบเพื่อประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยในการใช้ยามากที่สุดในทุกระดับของบริการสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ สิ่งหนึ่งที่เราทำกันคือการให้คำแนะนำการใช้ยา แม้ว่าเราจะให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างที่เราคิดว่าดีแล้วก็ตาม แต่เราจะมั่นใจได้อย่างไรว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ยาแล้วจะปฏิบัติตามที่เราได้ให้คำแนะนำไว้ได้อย่างถูกต้องได้ประโยชน์จากการใช้ยาและมีความปลอดภัย

เราจึงต้องทำงานเชิงรุก ลงไปค้นหา แก่ไขและป้องกันปัญหาจากการใช้ยา แล้วนำข้อมูลดังกล่าวกลับมาสะท้อนว่าเราต้องปรับปรุงหรือพัฒนางานอย่างไร การพัฒนางานต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยเภสัชกรจะต้องใช้ศักยภาพตนเองและจุดเด่นในการใกล้ชิดกับชุมชน รวมทั้งเข้าใจถึงบริบท วัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของชุมชนนั้นๆ ความผูกพันกับชุมชนที่เราอยู่ เป็นกำลังใจที่สำคัญให้เรามีแรงขับเคลื่อนในการทำงานต่อไปอย่างมีความสุข สนุกกับการทำงาน ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรค แต่กลับเห็นเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เรา มีโอกาสในการพัฒนางาน และตอบสนองชุมชนบ้านเกิดซึ่งเป็นที่รักต่อไป

12 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

นพ.อภิชาติ ชัยอนันต์      โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
 ภญ.ปราณี ลัคนาจันทโชติ      โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
 สายฝน เชาวดีกรพันธ์      โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
 ภญ.วิษุณี พิตรากุล      โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2553 นี้ สหพันธ์สมาคมโรคเบาหวานระหว่างประเทศ (IDF) ได้สำรวจความชุกของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก พบว่ามีจำนวน 285 ล้านคน และคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 2573 เป็น 439 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่สูงมากขึ้นกว่าการคาดการณ์ไว้เมื่อปี 2543 ซึ่งประมาณไว้ที่ 366 ล้านคนในประเทศไทยปี 2553 ซึ่งมีความชุก 1.5 ล้านจะเพิ่มเป็น 2.7 ล้านในปี 2573

โรงพยาบาลสมุทรสาครมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 2,333 คน ในปี 2543 เป็น 6,817 คน ในปี 2551 มีการขยายการบริการเพื่อให้รองรับปริมาณของผู้ป่วยได้มากขึ้น เปิดหน่วยรักษาผู้ป่วยโรคไตในปี 2552 ภาระงานยิ่งเพิ่มพูนมากขึ้น

ในที่สุดผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายแพทย์สกล ภูมิตนประพิณ ได้ส่งทีมงานให้ไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลกระบี่ สัญญาณั่นกลองครั้งนั้นทำให้ทราบว่าต้องเข้าสู่สนามรบอย่างจริงจังในเรื่องนี้ โดยมอบหมายให้รองแพทย์ขณะนั้น นายแพทย์วีรศักดิ์ ครองลาภเจริญ เป็นหัวเรือใหญ่ในการนำทัพ ทุกวิชาชีพหันมาทบทวนงาน ปรับวิสัยทัศน์การทำงาน มองไกลไปกว่าบทบาทที่ทำไปในแต่ละวันตามมาตรฐานงานเดิม

ทุกคนมองหาผลลัพธ์ที่ต้องการร่วมกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนทัศนะกันหลายครั้งในทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ ตรวจโรคทั่วไป ศูนย์ปฐมภูมิ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ กลุ่มการพยาบาล สังคมสงเคราะห์ จิตเวช เยี่ยมบ้าน และกลุ่มงานเภสัชกรรม แม้ทุกหน่วยงานจะมีเป้าหมายตรงกันเป็นหนึ่งเดียว และพยายามทำกันอย่างเต็มที่ แต่ก็ทราบเพียงงานที่ทำ ไม่สามารถทราบข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เช่น ไม่รู้ความเป็นไปของผู้ป่วย ไม่ทราบสถานะความเจ็บป่วย ไม่ทราบว่ารักษาที่ใด จนกว่าจะกลับมารักษาที่หน่วยเดิมจึงจะได้ถามไถ่กันแล้วก็รู้เพียงเลาๆ เพราะเวลาและความสัมพันธ์และกำลังที่จะยื่นมือให้กับการดูแลผู้ป่วยมีความจำกัด

การสกัดประสบการณ์ที่มีมาตลอดชีวิตการทำงาน และเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับความเป็นนักวิชาการที่แอบซ่อนวรรณกรรมที่เคยได้เรียนได้อ่านมาในอดีตและการเร่งค้นคว้า นำมาถักทอให้กับโอกาสครั้งนี้อย่างดีที่สุด ทั้ง chronic care model, self efficacy theory, good practical model และ health believe model อื่นๆ ผสมผสานกับมาตรฐานคุณภาพในด้านกระบวนการ และการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการใช้ข้อมูลกำกับทิศทางการทำงาน ทั้งหมดได้ข้อสรุปสู่แนวคิดในสามประเด็นหลักดังนี้ 1) สร้างพลังใจควบคุมโรคเบาหวาน 2) อบอุ่นใจในโรงพยาบาล 3) ศูนย์รวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้อย่างไรหากผลลัพธ์ที่ปรากฏต่อเรา คือ ผู้ป่วยของเราที่มีสภาพไร้พลัง ไร้ที่พึ่ง ไร้ทิศทาง ทีมงานจึงร่วมกันจัดทำ model การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการ ทั้งกำลังคน ทรัพยากรที่ต้องการ เพื่อสร้างงานเต็มเต็มทั้งสามประเด็นที่ชำรุดและเริ่มเปราะบาง ให้กลับแข็งแกร่งขึ้นมา ซึ่งเปรียบเสมือนหนึ่งท่อน้ำเหลือง หลอดเลือด และระบบประสาท ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน บุคลากรทางการแพทย์ทุกส่วนเปรียบดั่งอวัยวะสำคัญ ทรัพยากรทั้งหลายที่ทุ่มเทลงมาเปรียบเสมือนอาหาร ที่อยู่อาศัย รวมทั้งการให้การสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเดินไปในทิศทางเดียวกันว่า การดำเนินการนั้น ต้องมี 3 ดี คือการวางแผนงานอย่างดี ประสานงานกำลังทุกภาคส่วนดี และทีมงานทุกคนมุ่งมั่นดี สามารถแก้ปัญหาให้ตรงกับสภาพปัญหา โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับผลลัพธ์ที่ดีอย่างชัดเจน





## Patient Safety

10 มีนาคม 2553	09.00-10.00 น.	A1Z	SIMPLE in Practice
	10.30-12.00 น.	A2Z	ตมยาเมืองไทย ปลอดภัยจริงหรือ
	13.00-14.30 น.	A3Z	Safety in Emergency Care
	15.00-16.30 น.	A4Z	Rational Use of Antibiotic
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B1Z	Trigger Tool
	10.30-12.00 น.	B2Z	Transfusion Safety
	13.00-14.30 น.	B3Z	Creating effective and sustainable Infection Control Program
	15.00-16.30 น.	B4Z	Safety Culture Survey
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1Z	Reducing Patient Risk through Cost-effective ICT Applications (1 )
	10.30-12.00 น.	C2Z	Reducing Patient Risk through Cost-effective ICT Applications (2)
	13.00-14.30 น.	C3Z	Simple Tools in Simple Way



รศ.นพ.รีนเริง ลีลานุกรม	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พัชรวิวรรณ เอมสะอาด	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ชูลี ภูทอง	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ผศ.พญ.ยุวรีย์ พิชิตโชค	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกือบ 2 ปีที่ สรพ.นำ Patient Safety Goal : SIMPLE มาเชิญชวนให้โรงพยาบาลทั้งหลายพิจารณานำไปใช้สู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยการกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการทบทวนประเมินช่องว่างของการปฏิบัติจริงกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งที่ สรพ.ได้เสนอไว้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งตระหนักในสำคัญของความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมาโดยตลอดจึงมีนโยบายที่จะนำ SIMPLE มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2552

ทีมพัฒนาคุณภาพ ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ตั้งแต่การสร้างตระหนัก การให้ความรู้ การจัดสัมมนาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำ gap analysis การจัดทำแผนปฏิบัติการ การกำหนดคณะกรรมการรับผิดชอบในแต่ละเรื่อง การติดตามประเมินเครื่องชี้วัด การจัดเวที best practice sharing การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การให้รางวัลยกย่องชมเชย ส่งผลให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างสำคัญของการดำเนินการ ได้แก่

- 1. Surgical Safety Checklist** ทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ แพทย์โสต สอ นาสิก สูตินารีแพทย์ พยาบาล วิสัญญีพยาบาล ร่วมกันวิเคราะห์ gap analysis ประชุมออกแบบฟอร์มที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจุฬาฯ และให้โรงพยาบาลประกาศใช้เมื่อเมษายน 2552 และอีก 6 เดือนต่อมามีการประชุมประเมินติดตามอัตราการใช้พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลที่มีประมาณ 40 ห้องผ่าตัด โดยทีมห้องผ่าตัด neurosurgery เป็นทีมที่มีการใช้ Surgical Safety Checklist 100 % คณะกรรมการจึงเข้าไปสัมภาษณ์แล้วนำมาจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ พร้อมทั้งถ่ายทำวิดีโอกระบวนการขั้นตอนและเชิญทีมงานให้มานำเสนอแลกเปลี่ยนระหว่างแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดกระตุ้นให้มีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังต่อยอดไปสู่การทำ Interventional Safety Checklist ในหน่วยรังสีร่วมรักษา ฝ่ายรังสีวิทยาด้วย

2. **Preventing Pressure Ulcer** ที่ผ่านมาฝ่ายการพยาบาลได้มีการพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังอาจมีความหลากหลายใน แนวทางปฏิบัติระหว่างหอผู้ป่วยต่างๆ เมื่อคณะทำงาน Pressure ulcer ได้นำ SIMPLE มาทบทวนจึงได้มีการเชิญแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ มาช่วยกันทบทวนวางแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกัน โดยมีประกาศใช้ในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการจัดอบรมให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติอย่างเข้าใจ
3. **Preventing Patient Falls** คณะทำงานได้มีการพัฒนารูปแบบการประเมินที่ชัดเจน แบ่งเป็น strict fall และ basic Fall โดยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะมีมาตรการประเมินและเฝ้าระวังอย่างครอบคลุม ได้แก่ การบันทึก fall score ในฟอร์มปรอท การประเมินซ้ำ การติดตาม เป็นต้น นอกจากนั้นทีมยังส่งเสริมให้มีนวัตกรรมในการป้องกัน ส่งผลให้การรายงาน fall เพิ่มขึ้นแต่ระดับความรุนแรงของ fall ลดลง

รศ.พญ.วราภรณ์ เชื้ออินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พญ.ประภา รัตน์ไชย

รพ.หาดใหญ่

ศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.นพ.ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### ดมยาเมืองไทยปลอดภัยจริงหรือ

ศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีรายงานเกี่ยวกับความปลอดภัยของการบริการทางวิสัญญีครั้งแรกในปี ค.ศ. 1985 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจหยุดเต้น 1.7:10,000 ราย โดยประมาณ 3 ใน 4 ส่วนเป็นภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ป้องกันได้ การศึกษาต่อเนื่องพบว่าอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกเกิดในอัตราที่ลดลงจาก 2.1:10,000 ราย เป็น 1:10,000 รายในทศวรรษต่อมา ความปลอดภัยทางวิสัญญีที่ดีขึ้นในสหรัฐอเมริกานี้ น่าจะเกิดจากการใช้เครื่องวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) และเครื่องวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (capnometry)

ในประเทศต่างๆ ก็เริ่มมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการให้บริการทางวิสัญญีเช่นกัน ในปี ค.ศ. 2002 Lagasses ได้ทบทวนอัตราการเสียชีวิตจากงานวิจัย 23 เรื่องในประเทศต่างๆ พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ระหว่าง 1:1,388 ถึง 1:85,708 การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ระหว่าง 1:6,795 ถึง 1:200,200 ราย หนึ่งความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือการเสียชีวิตที่แตกต่างกันเกิดจากความแตกต่างของคำจำกัดความ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล เช่น ภายใน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 7 วัน 30 วันหลังการผ่าตัด เป็นต้น

ในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2003 – ค.ศ. 2004 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ทำการศึกษาแบบทะเบียนโรค (registry) ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหิดล (โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีก 13 แห่ง ได้

ผลงานวิจัยจากการทำงานเป็นทีมของวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลเป็นงานวิจัยกว่า 30 เรื่อง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยประมาณ 200,000 ราย

ตัวอย่างของอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 30:10,000 ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 28:10,000 โดยการเสียชีวิตที่อาจเกี่ยวข้องกับวิสัญญีเท่ากับ 6:10,000 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนชนิดต่างๆ เช่น การสำลักเข้าปอด (2.7:10,000) การใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหาร (4.1:10,000) ระดับความอึดตัวของออกซิเจนต่ำ (32:10,000) ภาวะ malignant hyperthermia (1:150,000) และอัตราหัวใจหยุดเต้นหลังการฉีดยาเข้าไขสันหลังเท่ากับ 2.7:10,000 ฯลฯ

นับได้ว่าราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นองค์กรที่มีการศึกษาหาความรู้เพื่อการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในบริบทของประเทศไทยเอง ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 ราชวิทยาลัยฯ ได้ทำการศึกษาแบบจำลองของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทยจากรายงานอุบัติการณ์จากโรงพยาบาลที่ร่วมทำการศึกษาดูแล 20 โรงพยาบาล ขยายไปเป็น 51 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย ผลการศึกษาแบบจำลองของการเกิดอุบัติการณ์โดยรวม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยลดอุบัติการณ์ และกลยุทธ์ที่แนะนำในการลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังแสดงตารางที่ 1 รวมทั้งการศึกษาแบบจำลองของการเกิดอุบัติการณ์ชนิดอื่นๆ

ตารางที่ 1 Model of anesthesia related adverse events

Contributing factors			Factors minimizing outcomes			Suggested corrective strategies		
Inexperience	25%	➔	Vigilance	60%	➔	Quality assurance	36%	
Inadequate preoperative evaluation	21%		Having experience	59%		Practice guidelines	34%	
Emergency	21%		Experienced assistant	34%		Improvement of supervision	30%	
Inappropriate decision	20%		Effective communication	8%		Training	22%	
Haste	16%		Effective supervision	7%		Effective communication	8%	
						More manpower	8%	

จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในวงการวิสัญญี เช่น การปรับเปลี่ยนแนวทางเวชปฏิบัติของการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง การเปลี่ยนแนวทางในการเฝ้าระวังระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการบังคับใช้เครื่องวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในผู้ป่วยทุกราย การเสนอข้อมูลให้ผู้คุมนโยบายจนมีการเพิ่มตำแหน่งของวิสัญญีแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข การเพิ่มตำแหน่งการฝึกอบรมเพื่อผลิตวิสัญญีแพทย์ ตลอดจนการจัดการเชิงระบบ เช่น ระบบป้องกันการผิดพลาดจากการให้ยา การพัฒนาตัวชี้วัด การให้บริการทางวิสัญญี สำหรับการเทียบเคียงสมรรถนะ (benchmarking) ตลอดจนการปฏิบัติตาม Patient Safety Goal : SIMPLE ในบริบทของประเทศไทยร่วมกับฝ่ายการพยาบาลและศัลยแพทย์สาขาต่างๆ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางวิสัญญีในประเทศไทยในหุ้มนุ้คการทางวิสัญญี โดยมีราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นจุดประสานได้จัดวางองค์กรในฐานะองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization)

อย่างไรก็ตามแม้อัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึกจะไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยในต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึกเท่ากับ 5.7:10,000 ซึ่งยังอยู่ในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา อัตราการเกิดการเสียชีวิตโดยตรงจากการให้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์เท่ากับ 1.7:10,000 ซึ่งการพัฒนาคุณภาพตามตัวชี้วัดสำหรับการพัฒนาคุณภาพทางวิสัญญีได้แก่ จำนวนบุคลากร เครื่องมือเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับระดับสถานพยาบาล ได้แก่ เครื่องวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ฯลฯ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกโดยตรงทัดเทียมกับประเทศพัฒนาแล้ว

## ดมยาเมืองไทยปลอดภัยจริงหรือ

พญ.ประภา รัตน์ไชย      โรงพยาบาลหาดใหญ่

เมื่อแรกได้ยิน ในฐานะหมอดมยาอาวุโส นึกในใจว่า มั่นใจ 99% ว่าปลอดภัย เพราะเรารู้ว่าเราทำได้มากน้อยแค่ไหน เราพร้อมที่จะมีคนมาช่วยเราเมื่อเราต้องการ เรามีปรมาจารย์ทางวิสัญญีฯ ที่พร้อมจะให้คำแนะนำเสมอ

แต่เมื่อนึกว่า ถ้าเราต้องเป็นคนไข้ที่ต้องถูกผ่าตัดและดมยาสลบ ชักหัวน้ันๆ และต้องการให้อยู่ในมือของคนที่เรามั่นใจ (ถ้าเลือกได้) แต่ก็ต้องทำใจว่าความป่วย-ความตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ ตามวิญญูสงสาร และทำใจให้สงบด้วยอานาปานสติภาวนา และไม่ลืมที่จะขอบคุณผู้ช่วยเหลือทุกท่าน

จากประสบการณ์ที่ไปเยี่ยมเยือนโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ กว่า 60 จังหวัด ได้เห็นการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นมากมาย ทั้งในเรื่องของ “คน เครื่องมือ และระบบ” กล่าวคือ

- บุคลากรทางวิสัญญีมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องและน่าชื่นชม
- จากภาคบังคับของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยที่กำหนดให้มีเครื่องมือเฝ้าระวัง ( EKG, NIBP, SpO2 ) ทำให้เกิดความปลอดภัยในทุกชีวิตมากขึ้น
- จากการควบคุมคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของพรพ. เดิมหรือ สรพ. ในปัจจุบันทำให้ระบบงานทางวิสัญญีมีความปลอดภัยยิ่งขึ้นเช่นกัน

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาใน 3 ปัจจัยดังกล่าวแล้วมากมาย แต่... ยังมีสิ่งที่สามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อได้อีก ปัจจัยสำคัญที่สุดน่าจะเป็น “คน” โดยต้องสร้างให้เกิดสมดุลในหลายๆ ด้าน เช่น สมดุลระหว่างตนเอง ครอบครัว และสังคม หรือสมดุลของการมีความรู้ ควบคู่กับมีคุณธรรม ใจเขามาใส่ใจเราตาม motto ของมหาวิทยาลัยมหิดลที่ว่า “อดทน อดปม อดเกร” จงเอาใจเขามาใส่ใจเรา

## บทเรียนที่ได้จากการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในโรงพยาบาล

รศ.พญ.วราภรณ์ เชื้ออินทร์      ภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การระบับความรู้ที่ถูกต้องจัดเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (customer satisfaction) เพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life) มีมาตรฐานในการให้บริการ ไร้ข้อผิดพลาด (zero defect) ในราคาที่เหมาะสม (cost) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) จึงเป็นปรัชญาที่จะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมใหม่ของการเปิดใจ ไม่กล่าวโทษ มุ่งประโยชน์อนาคต โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบด้วยความเข้าใจในข้อจำกัดที่เป็นธรรมชาติของคน แนวทางการรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงต้องเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้น โดยการใช้กระบวนการหรือหลักการที่สามารถปรับใช้ได้ในการลดความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นตามหลังการรักษาพยาบาลหรือการทำหัตถการ Patient Safety Goals (PSG) เป็นเป้าหมายความปลอดภัยที่น่าพิจารณาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล คือการกำหนดประเด็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญร่วมกัน ภาควิชาวิสัญญีวิทยาโดยกลุ่มบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient Safety Solutions คือการสรุปบทเรียนแนวทางปฏิบัติที่ได้ผล เพื่อให้ รพ. ต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง โดยเสียเวลาลองผิดลองถูกน้อยลงการนำ Patient Safety Challenges & Solutions มาสู่การปฏิบัติ ช่วยให้สามารถพัฒนาระบบที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น

Thai Patient Safety Goals 2008 : SIMPLE(S = Safe Surgery, I = Infection Control, M = Medication Safety, P = Patient Care Process, L = Line, Tube, Catheter, E = Emergency Response)

S = Safe Surgery ประกอบด้วย SSI prevention, safety anesthesia and safe surgical team( correct procedure at correct body site & patient and surgical safety checklist)<sup>1</sup>

การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยไม่ต้องรู้ว่าเป็นความบกพร่องของใคร การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีแล้วนำเข้า MM Conference ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางแก้ไข และเป็นโอกาสปรับปรุงกระบวนการ (ถ้ามีแนวทางเก่า แต่ถ้าไม่มีก็สร้างขึ้นใหม่มารองรับ)

เรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติ “5 why” คล้าย “lean” เริ่มจากการเรียนรู้จากการถาม “ทำไม” ตามแนวทางที่ถูกแนะนำให้ปฏิบัติ พยายามปลูกฝังให้เป็นคนช่างถาม ในประเด็นคุณภาพ ผู้ตอบเป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และสร้างระบบไว้เป็นแบบอย่างที่ดี

กลุ่มบริหารความเสี่ยงภาควิชาวิสัญญีวิทยา ได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกประเด็นความเสี่ยงที่คัดมาจากการทำ risk matrix ตามอุบัติการณ์ที่เกิดในปีงบประมาณ 2552<sup>2</sup> (รูปที่ 1) คัดเลือกประเด็นตาม PSG ของโรงพยาบาล มี 5 ประเด็น ได้แก่ cardiac arrest, communication, drug error, re-intubation และบริการวิสัญญีคาดเคลื่อนใช้พัฒนาการบริการวิสัญญีในปีงบประมาณ 2552 (ตารางที่ 1) ปัจจุบันปรับเปลี่ยนยึดตามแนวทาง Thai Patient Safety Goals 2008 : SIMPLE มาพัฒนาการบริการวิสัญญีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553 ดังนี้ คือ aspiration, drug error, communication, nausea/vomiting (severe) และ equipment malfunction/ failure ส่วนประเด็นอื่นๆ จัดทำเป็น CQI ของแต่ละกลุ่มงานคุณภาพของภาควิชาฯ



รูปที่ 1 อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปีงบประมาณ 2552

### Anesthesia incidents reports in KKU 2009

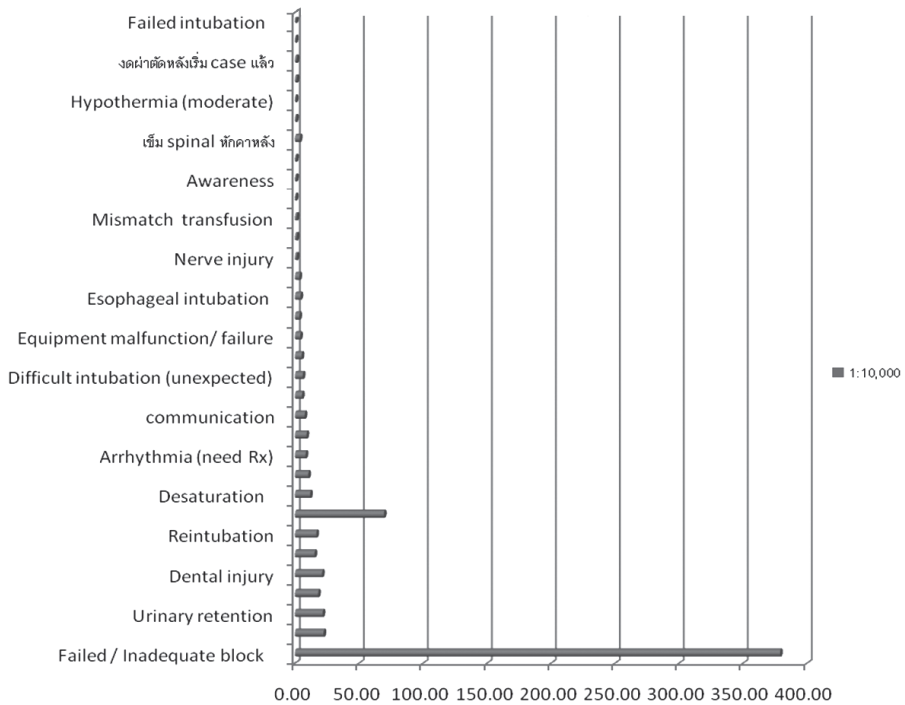


Table 1 AIM after risk matrix associate with Patient Safety Goals of Srinagarind Hospital 2009

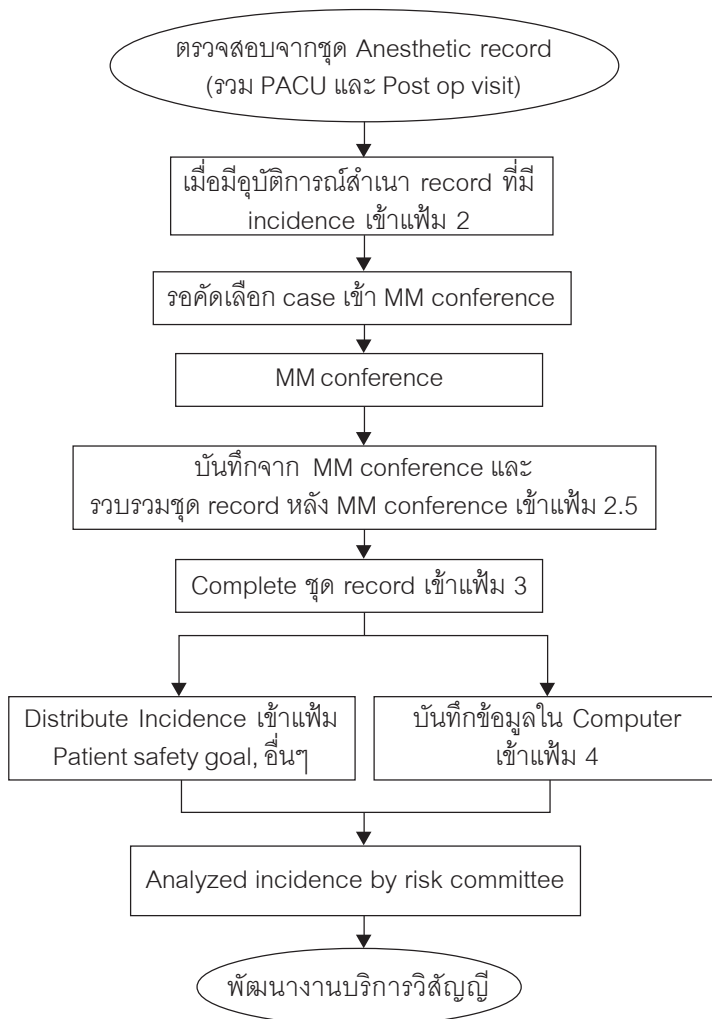
	Intra-operation	PACU	Post op 24 hr	รวม [ราย(%)]
1. Cardiac arrest	12	0	2	14 (0.11)
2. Communication	11	0	0	11 (0.09)
3. Drug error	11	0	0	11 (0.09)
4. Re-intubation	8	1	1	10 (0.10)
5. บริการวิสัญญีคาดเคลื่อน	1	0	0	1 (0.02)
6. Aspiration	11	0	0	11 (0.09)

การค้นหาข้อมูลภายในภาควิชา เป็นหน้าที่หลักของกลุ่มงาน เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ตามจุดที่เฝ้าระวัง (ระหว่างการระงับความรู้สึก ที่ห้องพักรฟื้น และภายหลังการระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง) และกลุ่ม audit risk ตรวจสอบใบ anesthetic record ทุกวันเมื่อพบข้อ

สงสัยจะนำมาพิจารณาประเด็นถ้าตรงกับคำจำกัดความของภาวะแทรกซ้อน (ตาม THAI study ของมหาวิทยาลัยวิษณุภูมิแห่งประเทศไทย) จะเก็บเข้าสู่สมุดรายงานความเสี่ยงตาม work flow (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการค้นหาอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงของภาควิชาวิสัญญีวิทยา  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์

---



ความครอบคลุมของการสืบค้นข้อมูลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อประกอบการวิเคราะห์ ต้องเชื่อมโยงกับระบบที่มี เช่น ระบบเวชระเบียน ระบบเฝ้าระวังการใช้จ่าย ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ระบบส่งต่อ ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และระบบรับคำร้องเรียน

กรณีที่ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูล เช่น ระบบเฝ้าระวังในผู้ป่วยผ่าตัด ระบบเฝ้าระวังในมารดาและทารกแรกเกิด และคลังเลือด นำเสนอในที่ประชุม CLT/SLT ของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาต่อไป

วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) ในบริบทของภาควิชา โรงพยาบาลศรีนครินทร์

- ผู้นำ(แพทย์, หัวหน้ากลุ่มงาน) การทำ leadership Walkrounds (morning /afternoon report)
- ผู้รับผิดชอบระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกลุ่มบริหารความเสี่ยงของภาควิชา ทำหน้าที่
- ระบบรายงาน-สร้างแบบฟอร์มรายงานและผังการไหลของงาน
- แจ้งให้ทราบถึงการตอบสนองต่อรายงาน
- สร้างความตระหนักจากเหตุการณ์จริง – MM conference เกิดข้อสรุปร่วมของแนวทางป้องกัน/รักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ
- สอนด้วยสถานการณ์จำลอง-โครงการ MTP
- ทีมเคลื่อนที่เร็ว ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ผู้ปฏิบัติงาน
- Safety briefing ก่อนและระหว่างทำงาน (แพทย์ผู้ฝึกอบรม-อาจารย์วิสัญญีแพทย์)
- ส่งเสริมในประเด็นความปลอดภัย
- ร่วมด้วยช่วยกันเฝ้าระวัง
- มีผู้รู้เรื่องความปลอดภัยในทุกหน่วย (หัวหน้ากลุ่มงานคุณภาพ)
- ผู้ป่วยมีส่วนร่วม-การเลือก choice of anesthesia, sign in

**Table 2** Contributing factors in AIM KKU 2009

	%
Inappropriate decision, inadequate knowledge, hesitate	32.38*
inexperience	27.62*
emergency condition	15.24
communication defect	10.48*
inadequate preoperative evaluation	4.76*
long waiting for blood transfusion	2.86
inadequate personnel	1.90*
ineffective equipment	0.95
inadequate preoperative preparation	0.95*
personnel's illness	0.95*
Drug error	0.95*
tiredness	0.95*

\* human factors

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า ปัจจัยนำส่วนใหญ่อุบัติจากบุคลากร (ร้อยละ 80.94) ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรน่าจะเป็นประเด็นหลัก ร่วมกับการหาเครื่องมือช่วยเสริม ดังแนวทางตัวอย่างต่อไปนี้

**Implication of Human Factors** (นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2550)<sup>3</sup>

- Design of labeling ✓
- Design of warning or alarm ✓
- Design of software program
- Design of information display
- Design of paper forms ✓
- Design of process/activity flow ✓
- Design of workplace
- Design of training/education ✓
- Design of cognitive aids
- Design of decision support systems ✓
- Design of policies and protocols ✓

เครื่องหมาย ✓ หมายถึงแนวทางที่ภาควิชาชีพได้ดำเนินงานและ/หรือตำรียจะนำมาใช้ เพื่อลด human error

## การปรับจาก Human Factors สู่ Patient Safety

ก่อนอื่นต้องยอมรับว่าปัญหาจาก human factors เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นส่วนหนึ่ง ของการทำงานประจำวัน แต่สามารถจัดการได้ เปลี่ยนกรอบความคิดจากการลงโทษไป สู่ความคิดสร้างสรรค์ พยายามค้นหาความบกพร่องในระบบ การค้นหาปัญหาจาก human factors อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำ (routine work) การนำ human factors มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 1) การสังเกต (observation) 2) การ วิเคราะห์ (analysis) และการหาทางออก (solutions) ดังต่อไปนี้

### 1. การสังเกต

- 1) บันทึกและเขียนแผนภูมิกิจกรรมต่างๆ คล้ายการทำ prelean หลังจากสร้าง สายธารคุณค่า (Value stream mapping :VSM) ของงานประจำ เพื่อทำความเข้าใจ จุดแข็งจุดอ่อนของการออกแบบระบบและการจัดสถานที่ (กลุ่มงาน คุณภาพของภาควิชาวิสัญญีวิทยา)
- 2) การสังเกตอาจจะทำในสถานการณ์จริงหรือศึกษาจากเทปที่บันทึกไว้หรือเป็น การสังเกตในสถานการณ์จำลอง (โครงการสร้างแนวทางต้นแบบในการบริหาร จัดการภาวะการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดปริมาณมาก : โครงการ นำร่อง MTP)

2. การวิเคราะห์ แยกแยะงานออกเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน และระบุว่าองค์ประกอบ เหล่านี้สัมพันธ์กันอย่างไร เช่นโครงการนำร่อง MTP (Massive transfusion protocol) (2552) แนวทางการป้องกันการลิ่มผ้า gauze ในช่องปากหลังเสร็จ ผ่าตัด (2550) เริ่มจากการทำแผนภูมิแกงปลา

### 3. การหาทางออก

- 1) คำตอบได้มาจากการลองผิดลองถูก การหลบเลี่ยง หรือการ shift ความเสี่ยง ไปที่อื่น
- 2) ขณะที่การแก้ปัญหาด้วยสามัญสำนึกสามารถใช้ได้บ่อยครั้ง แต่การใช้ศาสตร์ ด้าน human factors ช่วยให้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น

## Best Practice in Healthcare Human Factors

### Reducing reliance on memory

- ออกแบบงานให้เป็นระบบเพื่อลด memory-related errors การทำ double check up ระบบที่เลี้ยง
- ใช้ checklists เพื่อลดการพึ่งความจำสำหรับ high-risk procedures หรือ multi-step processes ทบทวนว่ามีการใช้ตามเป้าหมายและใช้ในการส่งมอบงานด้วย
- การมี protocol ในการสรุปย่อให้เพื่อนร่วมทีมทราบ (โครงการนำร่อง MTP, โครงการ OPD เด็ก)
- ทำสัญลักษณ์สีสำหรับของที่จะใช้คู่กันให้เป็นมาตรฐาน เพื่อป้องกันการสลับคู่ หรือเพิ่มความรวดเร็วในการปฏิบัติ(กลุ่มยา high alert drug, โครงการนำร่อง MTP)
- Pre-package ส่วนประกอบต่างๆ ทำให้เป็นชุดสำเร็จรูป (kits) (โครงการนำร่อง MTP)

### Improving information access

- จัดให้มีข้อมูลในเวลาที่ต้องการ และในที่ที่ต้องการใช้
- การให้ข้อมูล ณ จุดที่ดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก มีผลลด error สูงมาก และการใช้ SBAR เพื่อการสื่อสาร
- สร้างแบบบันทึกเพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและติดตามได้ เช่น ผล lab (โครงการนำร่อง MTP)
- ปิดกั้นช่องทางที่จะหลีกเลี่ยงการถ่ายทอดข้อมูลที่สำคัญ (ใช้ SBAR เพื่อการสื่อสาร)

### Decreasing error opportunities

- Structure critical tasks เพื่อป้องกัน errors หรือ delay diagnosis บทเรียนจากกรณีศึกษาที่เกิดบอยนำมาสร้างแนวทางใหม่เพื่อให้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น (quick setup)
- ใช้ forcing functions เช่น การออกแบบการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์เพื่อป้องกันการสั่ง (นโยบายโรงพยาบาล)
- overdose of a drug หรือป้องกันการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ (นโยบายโรงพยาบาล, เกสซ์กรมาช่วยในการตรวจสอบ)

### Simplification

- การลดความซับซ้อนมีพลังมากกว่าการทำให้ส่วนประกอบต่างๆ มีความสมบูรณ์ (ใช้แนวคิดของ lean management)

## เอกสารอ้างอิง

1. สุรุทธิ ลิ้พะทกร. “คำตอบ?”สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย. Thai Patient Safety Goals 2008 : SIMPLE สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552.
2. รายงานสถิติ : งานบริหารความเสี่ยง ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี พ.ศ. 2552
3. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. Patient Safety ในมุมมองของ พรพ. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพของภาควิชาครั้งที่ 61 (4/2550) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อ 30 พฤศจิกายน 2550

## **Anesthesia Incidents Monitoring: Lessons from Incidents Reports to National Patient Safety Policy**

---

Yodying Punjasawadwong MD                      Department of Anesthesiology,  
Chiang Mai University

Recently, a multicentered study of a model of anesthesia incidents monitoring (1) was conducted to examine the occurrence, time course, causes, and contributory factors of the anesthesia-related adverse events in Thailand. The incidents found in participated hospitals were voluntarily reported in an anonymous basis. Details of the incidents were independently reviewed by a group of peer reviewers who were not involved in that particular anesthesia service. As a result, there were 2537 incidents reported from district to university hospitals across Thailand.(2) Common factors related to the incidents were inexperience, lack of vigilance, inadequate preanesthetic evaluation, inappropriate decision, emergency condition, haste, inadequate supervision, and ineffective communication. Suggested corrective strategies were quality assurance activity, clinical practice guideline, improvement of supervision, additional training, improvement of communication, and an increase in personnel. Lessons learnt from the anesthesia incident monitoring reports can help not only for anesthesia care providers to improve their practice but also for policy makers to implement strategic plans in order to provide patient safety in anesthesia practice throughout the country.

**References:**

1. Punjasawadwong Y, Suraseranivongse S, Charuluxananan S, Jantorn P, Thienthong S, Chanchayanon T, et al. Multicentered study of model of anesthesia related adverse events in Thailand by incident report (the Thai Anesthesia Incident Monitoring Study): methodology. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2529-37.
2. Charuluxananan S, Suraseranivongse S, Jantorn P, Sriraj W, Chanchayanon, Tanudsintum S, et al. Multicentered Study of Model of Anesthesia Related Adverse Events in Thailand by Incident Report (The Thai Anesthesia Incidents Monitoring Study): Results. *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (7): 2008





10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6 (Z)

นพ.ชาติรี เจริญชีวะกุล	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
นพ.ประจักษ์วิษ เล็บนาค	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 กำหนดโดยมีเจตนารมณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงความปลอดภัยที่ผู้ป่วยฉุกเฉินพึงได้รับ เพื่อลดการสูญเสียชีวิต อวัยวะ รวมถึงการบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ขอบเขต ความรับผิดชอบ ถูกกำหนดโดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นองค์กรที่จัดให้เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนทิศทางด้านต่างๆ ให้เป็นไปตาม พรบ.ดังกล่าว โรงพยาบาลจำเป็นต้องทราบทิศทางที่กำหนดมาตรฐาน เพื่อรองรับการปรับตัวตามที่กำหนดไว้ การติดตามความเคลื่อนไหวจาก นพ.ชาติรี เจริญชีวะกุล เลขาธิการ สพฉ. จะทำให้ทราบแนวโน้ม ขั้นตอนและเวลาที่จะประกาศใช้มาตรฐานต่างๆ ที่จะดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนด้วย

การบรรยายจะเป็นไปในลักษณะการอภิปรายหมู่ในหัวข้อที่ผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินหรืองานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารระดับต่างๆในโรงพยาบาลควรทราบ นอกจากนี้จากการที่ นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัยมีประสบการณ์การทำงานในแพทย์สภานในฐานะผู้ช่วยเลขาแพทย์สภามาช่วงเวลาหนึ่ง ก็จะนำประสบการณ์ที่ทำงานมานั้นมาประยุกต์ในเรื่องมาตรฐานในระบบงานการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

**A4Z****Rational Use of Antibiotic**

10 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Phoenix 4-6 (Z)

ผศ.พญ.รมณีชัย ชัยวาฤทธิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.นนทกานต์ นันทจิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**Antimicrobial Stewardship Program and Impact on Antimicrobial Prescription, Antimicrobial Resistance, and Mortality in a Tertiary-Care Teaching Hospital in Thailand: a Preliminary report**

Chaiwarith R, Nuntachit N, Chittawatanarat K, Salee P, Supparatpinyo K, Oberdorfer P

**Background:** Antimicrobial resistance is now a major issue confronting healthcare providers and patients. Increasing of antimicrobial resistance, high costs of new antimicrobial agents, toxicity of old antimicrobial agent i.e. colistin, limit the option for treating patients infected with multidrug-resistant bacteria. Antimicrobial stewardship is one of the promising interventions to reduce antimicrobial resistance.

**Objective:** To demonstrate the successfulness of antimicrobial stewardship program in a tertiary-care teaching hospital in Northern Thailand

**Methods:** A 3-year planned, quasi-experimental study is conducted; a 1-year period before intervention (period 1: January 1, 2008 to December 31, 2008), a 1-year intervention period (period 2: January 1, 2009 to December 31, 2009), and a 1-year follow-up period (period 3: January 1, 2010 to December 31, 2010). The intervention in period 2 included 1) educating healthcare personnel on properly prescription of antimicrobial agents, and 2) antimicrobial approval for 6 most frequently used and broad-spectrum antimicrobial agents including carbapenems (meropenem, imipenem), piperacillin/tazobactam, cefoperazone/sulbactam, colistin, and vancomycin. The antimicrobial prescription, antimicrobial susceptibility patterns of clinical isolates and mortality of patients infected or colonized with these following pathogens are monitored; *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, ESBL-producing *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli*, Methicillin-resistant *staphylococcus aureus*, and enterococci.

**Results:** The monthly hospital antimicrobial prescription was reduced by 30% ( $p=0.005$ ) for cefoperazone/sulbactam, 26.6% for imipenem ( $p=0.03$ ), and 20.6% for vancomycin ( $p=0.011$ ). The dosage was non-statistically significant reduced for piperacillin/tazobactam and meropenem. The percentage of ESBL producing *E.coli* reduced 8.3% in period 2 compare to period 1. The proportion of carbapenem-resistant *A. baumannii*, and *P.aeruginosa*, methicillin-resistant staphylococci, and vancomycin-resistant enterococci did not change in these 2 periods. The mortality rates in period 2 were not different from period 1 for all sentinel pathogens.

**Conclusions:** Preliminary study suggested that antimicrobial stewardship program resulted in reduction in unnecessary antimicrobial prescription, with unchanged mortality rates. Multidrug-resistant pathogens were not affected by the program; however, longer period of study is needed to determine the ecology changes of these pathogens.

นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ศิริลักษณ์ โพธิกุล

สถาบันบำราศนราดูร

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

สถาบันบำราศนราดูร

พญ.วิภาดา เชาวกุล

โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี

### ประสบการณ์ Thai HA Trigger Tools มาใช้ในโรงพยาบาล

นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามแนวทาง Thai HA trigger tools เป็นการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ระบบย่อยและมีผลกระทบรุนแรง จะช่วยแก้ไขปัญหา underreport ของระบบรายงานอุบัติการณ์ได้ ทีมทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลต้องเป็นทีมที่ทำงานนี้อย่างต่อเนื่องเพราะความเที่ยงของผู้ทบทวนเป็นเรื่องสำคัญ ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีการทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool อย่างต่อเนื่องมา 2 ปี ประกอบด้วยแพทย์ 3-5 คน พยาบาล 5-10 คน และเภสัชกร 1 คน ทบทวนเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

ผลที่ได้ จำนวนเวชระเบียนที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เฉลี่ย 56.5 ฉบับต่อเดือน ซึ่งจะได้รับการทบทวนสาเหตุรากและสร้างแนวทางปรับปรุงแก้ไข ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อีกประการหนึ่ง คือ ผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาล คือ AE/1000 วันนอน (ผลที่ได้ คือ ระหว่าง 5.0-11.9 / 1000 วันนอน) และร้อยละของผู้ป่วยในที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อยู่ระหว่าง 2.40-5.01 จากประสบการณ์ ปี 2551-2552

### การนำ Trigger Tool มาใช้ในงานประจำ

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, ศิริลักษณ์ โพธิกุล

สถาบันบำราศนราดูร

Trigger tool เป็นเครื่องมือที่ใช้ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเครื่องมือหนึ่ง เพื่อดักจับเวชระเบียนที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาทบทวน สถาบันบำราศนราดูรได้เริ่มนำ trigger tool มาใช้อย่างจริงจังเมื่อปี 2552 โดยจัดทำเป็นโครงการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (AE) จากการทบทวนเวชระเบียนด้วย trigger tool โดยมีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบในการคัดเวชระเบียนที่ตรงตาม trigger tool ส่งต่อไปแต่ละ PCT เพื่อ

ทบทวนว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่ โดยมีการให้ความรู้แก่ทีมงาน มีแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล ฝึกปฏิบัติและทดลองทำจริงในแต่ละ PCT ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ทบทวนก่อนกรณีไม่มั่นใจจึงจะปรึกษาแพทย์ ถ้าได้รับการยืนยันว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จริง แต่ละ PCT จะต้องทบทวนเพื่อหาสาเหตุและวางแนวทางปฏิบัติ (RCA) และให้มีการรายงานผลทุก 3 เดือน

หลังจากดำเนินการวิธีดังกล่าวได้ครบ 1 ปีพบปัญหาและอุปสรรคมากมาย เช่น ความไม่เข้าใจของทีมงานในการใช้เครื่องมือ ไม่มีเวลาจะมาทบทวนเวชระเบียน แยกไม่ได้ว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่ แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเข้าใจยาก รายละเอียดมากเกินไปเพิ่มภาระงาน บางครั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่นำมาทบทวนก็เป็นความเสี่ยงที่รายงานอยู่แล้วทำให้เกิดความซ้ำซ้อน และที่สำคัญเกิดความขัดแย้งเมื่อแพทย์เห็นว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทีมส่งไปให้ไม่ใช่แต่เป็นเหตุสุดวิสัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คณะทำงานจึงมีแนวคิดที่เราจะใช้ trigger tool ต่อไปหรือไม่ ถ้าใช่ เราจะใช้อย่างไรให้เกิดประโยชน์โดยไม่เพิ่มภาระงานง่ายสะดวก และได้รับการยอมรับจากแพทย์รวมถึงทุกคนพร้อมใจกันช่วยทำ จึงเป็นที่มาของการนำ trigger tool เข้าสู่ชีวิตประจำวัน ผ่านโปรแกรมรายงานความเสี่ยงปกติ ที่ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงและเข้าใจ ไม่ต้องมีคณะกรรมการ trigger tool ไม่ต้องมีผู้รับผิดชอบเฉพาะ ดูเหมือนว่าแนวทางนี้จะอยู่บนโลกของความเป็นจริงได้รับการยอมรับและพบว่าจริงๆ แล้ว trigger tool ก็เป็นเพียงแค่เครื่องมือเครื่องมือหนึ่งในการค้นหาอุบัติการณ์ทางคลินิกเท่านั้นเอง



ศ.พญ.พิมล เชี่ยวศิลป์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

น.ท.หญิง พญ.อุบลวัฒน์ จรุงเรืองฤทธิ์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

ทพ. ธนสิทธิ์ สุคันธวิช

โรงพยาบาลมหाराช

นครเชียงใหม่

รศ.พญ. พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**Blood Safety - Patient Safety**

ศ.พญ.พิมล เชี่ยวศิลป์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

โลหิตที่ปลอดภัยและเพียงพอต่อความต้องการเป็นความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเป้าประสงค์สูงสุดของศูนย์บริการโลหิตทุกแห่ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ จำเป็นต้องมีการรณรงค์ให้ได้ผู้บริจาคที่เป็นอาสาสมัคร โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนและไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อต่างๆ ไปสู่ผู้ป่วย ต้องมีการดูแลผู้บริจาคเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้บริจาคมีสุขภาพดีสามารถบริจาคได้อย่างต่อเนื่อง พร้อมๆ กับมีเทคนิคทางห้องปฏิบัติการตรวจคุณภาพโลหิตเพื่อคัดกรองโลหิตทุกยูนิตที่ติดเชื้อออก มีการนำใช้ระบบบริหารงานคุณภาพทั่วทั้งองค์กรครอบคลุมห่วงโซ่การให้โลหิต กล่าวคือจากผู้บริจาคโลหิตจนถึงผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าได้คัดกรองผู้บริจาคที่เหมาะสม ตรวจกรองทางห้องปฏิบัติการ คัดแยก กักกันโลหิตที่ตรวจพบว่ามีเชื้อ รวมทั้งจัดเก็บรักษา ขนส่งโลหิตและส่วนประกอบโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โลหิตมีคุณภาพดีจนถึงโรงพยาบาลและให้แก่ผู้ป่วยตรงต่อความต้องการและทันเวลา องค์กรจะต้องสามารถระบุถึงความเสี่ยงในกระบวนการต่างๆ และรวมทั้งให้ระดับความรุนแรงและความถี่ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่จะต้องบริหารจัดการ

นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความเสี่ยงใน window period ของโลหิตที่ติดเชื้อในระยะแรกเริ่ม โดยจัดหาเทคนิคที่เหมาะสมและทันสมัย สามารถตรวจพบการติดเชื้อได้เร็วขึ้น เพื่อลดระยะ window period ในปัจจุบันนี้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติฯ ได้นำเทคนิคซีวีวิทยาระดับ

โมเลกุล (NAT) มาใช้ทำการตรวจครอบคลุมประมาณร้อยละ 40 ของโลหิตที่เจาะเก็บในประเทศ และจะขยายการตรวจเพิ่มขึ้นในภาคบริการโลหิตอีก 4 แห่ง เพื่อเอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลต่างๆ ส่งตรวจได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น เนื่องจาก NAT เป็นเทคนิคที่ไวมาก จึงมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อไปยังตัวอย่างโลหิตของยูนิตอื่นๆ ที่ไม่ได้ติดเชื้อทำให้เกิดผลบวกปลอม จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเจาะเก็บโลหิตและปฏิบัติการทดสอบ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้จัดการอบรมทักษะการเจาะเก็บโลหิตขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ที่มีการเจาะเก็บโลหิตได้พัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการเฝ้าระวังและการรายงานผลในกระบวนการต่างๆ ในระบบบริหารงานคุณภาพ ทำให้องค์กรสามารถปรับนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานไปในทิศทางที่เหมาะสม และคุ้มค่า รวมทั้งมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำ National Blood Policy และศูนย์บริการโลหิตฯ เป็นองค์กรหลักในการให้การฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับงานธนาคารเลือด จัดทำมาตรฐานธนาคารเลือดและการบริการโลหิต คู่มือต่างๆ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมการใช้โลหิตอย่างเหมาะสม โดยจัดทำส่วนประกอบโลหิตสำหรับผู้ป่วยให้เพียงพอและปลอดภัย ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิจัดทำคู่มือการใช้โลหิตอย่างเหมาะสมแก่แพทย์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าระวังผลแทรกซ้อนหรือปัญหาที่เกิดจากการรับโลหิต โดยมีการสำรวจโดยส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีการให้โลหิตเป็นประจำทุกปีเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับโลหิต (hemovigilance) และรายงานในการประชุมวิชาการและวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต เพื่อเป็นการพัฒนาและหาโอกาสที่จะปรับปรุงการบริการโลหิตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การวางระบบบริหารงานคุณภาพองค์กร ทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการรักษาคุณภาพของงานในกระบวนการต่างๆ อยู่ตลอดเวลา เนื่องจากระบบเอื้ออำนวยให้มีการบันทึก รายงาน และมีการตรวจติดตามคุณภาพของงานโดยเจ้าหน้าที่ภายในในองค์กรและบุคคลภายนอกในการตรวจประเมินเพื่อการรับรองระบบคุณภาพ ทำให้สามารถตรวจพบความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องซึ่งทำให้มีโอกาสได้แก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่องานซึ่งเมื่อหลุดไปสู่ผู้ใช้บริการแล้วอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ทำให้ประชาชนเสื่อมศรัทธาขององค์กร และเสื่อมเสียชื่อเสียงระบบบริหารงานคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนางานขององค์กร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

## National Blood Policy, Blood Donor Recruitment and Donation

นท.หญิง พญ.อุบลวัฒน์ จรุงเรืองฤทธิ์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

การจัดหาโลหิตที่ปลอดภัยและเพียงพอเป็นความรับผิดชอบระดับชาติของรัฐและองค์กรที่ได้รับมอบหมายจากรัฐ สภากาชาดไทย โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเป็นองค์กรหลักที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล เพื่อดำเนินงานบริการโลหิตของประเทศ องค์กรอนามัยโลกระบุให้ทุกประเทศต้องมี “นโยบายงานบริการโลหิตแห่งชาติ” หรือ **National Blood Policy** เพื่อให้งานบริการโลหิตของประเทศมีกรอบแนวทางดำเนินงาน มีการประสานความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐที่เพียงพอ มีหลักประกันคุณภาพของโลหิต และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่รับโลหิต มีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งมีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย ได้จัดทำนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลหิตขึ้น และได้แก้ไขปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ.2538 ปัจจุบันองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะด้านเวชศาสตร์บริการโลหิต ได้พัฒนาขึ้น รวมทั้งองค์ประกอบด้านสังคมและประชากรก็เปลี่ยนแปลงไป สภากาชาดไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกันตั้งคณะกรรมการร่างนโยบายงานระดับชาติขึ้นใหม่ ประกอบด้วยผู้แทนจากโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กลาโหม มหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ผู้แทนจากหน่วยราชการในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานงบประมาณ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งผู้แทนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำนโยบายงานบริการโลหิตแห่งชาติ แล้วเสร็จและได้รับความเห็นชอบโดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553

**นโยบายงานบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ.2553** ได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ งานบริการโลหิตของประเทศได้มาตรฐานสากล และทันสมัย ประชาชนได้รับโลหิต ส่วนประกอบโลหิต และผลิตภัณฑ์โลหิตที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเพียงพอ เพื่อการรักษา โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศบริหารจัดการฐานข้อมูล มีพันธกิจคือ รัฐบาลให้การสนับสนุนงานบริการโลหิตแห่งชาติให้ดำเนินการได้อย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยไม่แสวงหาผลประโยชน์ และให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานบริการโลหิต รวมทั้งการกำหนดมาตรฐาน การติดตามด้านคุณภาพ และการประเมินการให้บริการโลหิตของประเทศ โดยรัฐบาลให้ความสนับสนุนด้านนโยบายงบประมาณและอัตรากำลังอย่างเพียงพอ มีกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม รวมทั้งส่วนราชการอื่นๆ และองค์กรที่เกี่ยวข้องให้



ความร่วมมือสนับสนุน กรอบแนวทางปฏิบัติของนโยบายฯประกอบด้วยเป้าประสงค์  
นโยบาย 9 เรื่อง กล่าวโดยย่อดังนี้

1. การบริหารจัดการงานบริการโลหิตของประเทศมีประสิทธิภาพ และมีการประสานงานอย่างเป็นเอกภาพ โดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นองค์กรหลัก
2. มีโลหิตในปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ
3. ผู้ป่วยได้รับโลหิตที่ปลอดภัย ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก
4. งานบริการโลหิตมีคุณภาพในทุกกระบวนการและทุกระดับ
5. มีการใช้โลหิตอย่างเหมาะสม มีเกณฑ์ และแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
6. มีกฎ ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานบริการโลหิตตามความเหมาะสม และจำเป็น
7. การวิจัยและพัฒนางานบริการโลหิตได้รับการส่งเสริม สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
8. การผลิตผลิตภัณฑ์จากพลาสมาเพื่อใช้รักษาผู้ป่วย ได้รับการส่งเสริม และพัฒนา
9. บริการเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากอวัยวะผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดให้แก่ผู้ป่วยได้รับการพัฒนา

การจัดหาโลหิตที่เพียงพอและปลอดภัย ต้องคัดเลือกจากกลุ่มประชากรที่ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อทางกระแสโลหิต ซึ่งมาบริจาคโลหิตด้วยความสมัครใจ ไม่หวังสิ่งตอบแทน มีการคัดกรองตนเองก่อนการบริจาคโลหิต รวมทั้งการสัมภาษณ์คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้ความชำนาญในงานรับบริจาคโลหิต มีการเจาะเก็บโลหิตที่ถูกต้อง ปราศจากเชื้อ มีการตรวจคัดกรองตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ มีระบบการขนส่งการเก็บรักษาตามอุณหภูมิที่เหมาะสมก่อนจะนำไปให้ผู้ป่วย และต้องมีระบบคุณภาพกำกับทุกขั้นตอน

## **Transfusion Safety in Pediatric Thalassaemic Patients**

รศ.พญ.พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เกิดจากความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบินซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด ตัวเหลือง ตับและม้ามโต ผู้ป่วยที่ซีดมากจำเป็นต้องได้รับเลือดแดงอย่างสม่ำเสมอเพื่อบรรเทาอาการซีด การได้เลือดบ่อยอาจก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนได้หลายประการ เช่น ปฏิกิริยาจากการรับเลือด มีไข้ หนาวสั่น การเกิดแอนติบอดีต่อเม็ดเลือดแดง เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อมาพบแพทย์และรับเลือดในแต่ละเดือน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการทำงาน

ในที่นี้จะได้กล่าวถึง ขั้นตอนในการจัดหา การเตรียม และการให้เลือดแก่ผู้ป่วยเด็ก โรคเลือดจางธาลัสซีเมียที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในมุมมองของทีมผู้รักษาและธนาคารเลือด ซึ่งมีเป้าประสงค์คือทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างปลอดภัย ได้ชนิดและปริมาณของผลิตภัณฑ์ตามที่เหมาะสม เกิดผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด และให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความสะดวกที่สุด โดยมีกลยุทธ์คือ ผู้ปฏิบัติทำงานเป็นทีม มีขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำงาน มีการประสานงานระหว่างทีมห้องตรวจกับทีมธนาคารเลือด มีแนวทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดปัญหาปฏิกิริยาจากการรับเลือด และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ได้ผลงานที่มีจุดเด่น คืออุบัติการณ์ของปฏิกิริยาจากการรับเลือดต่ำ และผู้ป่วยได้รับความสะดวก มาตรฐานรักษาและรับเลือดได้แล้วเสร็จในวันเดียวกัน หนทางที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคต ได้แก่ การวิจัยเพื่อองค์ความรู้ใหม่จากงานประจำ

ศ.นพ.สมหวัง ด้านชัยวิจิตร

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### Zero Tolerance for Nosocomial Infections: What lessons do we learn?

ผศ.นพ.อนุชา อภิสารธนรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Many things are negotiable in life, but not life itself. Many healthcare-associated infections, such as, catheter-related bloodstream infections (BSIs), ventilator-associated pneumonia (VAP), catheter-associated urinary tract infection (CA-UTIs) and surgical site infections (SSIs) are preventable life-threatening infections that often develop in seriously ill hospitalized patients. These hospital-acquired infections (HAIs) take a significant toll not only on patients, but also on a hospital's bottom line. By taking a zero tolerance approach to HAIs, hospital leaders can improve patient safety and financial performance. Eliminating HAIs requires clear goals, a committed leadership, access to resources, a best-practice mindset, effective people management, and ongoing vigilance. In this session, I will address the global experience on implementing successful program to control nosocomial infections along with the lessons that we have learnt. Sharing experience on implementing infection control program around the world would provide an insight into the feasibility of zero tolerance concepts in healthcare system in developing country.

ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พิพร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
พัชรินทร์ วงศ์ภักดิ์	ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ
รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Safety Culture Survey : ประสบการณ์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พิพร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันทางการแพทย์ที่เก่าแก่และมีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศ มีพันธกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การเรียนการสอน การวิจัย และการบริการสุขภาพและบริการวิชาการ มีจำนวนบุคลากร 13,026 คน ที่มีความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย อย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ ด้านการบริการสุขภาพมีโรงพยาบาลศิริราชรองรับการดำเนินการ โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ / ผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน และมีนักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง และแพทย์ต่อยอดที่หมุนเวียนปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบกับโรงพยาบาลศิริราชมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยเป็นพื้นฐานอย่างเป็นระบบ มีการประยุกต์ใช้มาตรฐานสากล ได้แก่ HA / HPH, JCIA, ISO, GMP, GLP และอื่นๆ ตามความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและคณะฯ รวมทั้งมีการใช้เครื่องมือคุณภาพต่างๆ เช่น PDCA, Benchmarking, Lean, Clinical Tracer, (Knowledge Management - KM) เพื่อส่งเสริมการสร้างและใช้ความรู้ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมการทำวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research - R2R) ที่สอดคล้องกับจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพประจำปีของคณะฯ โดยมีประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นจุดเน้นที่สำคัญอันดับต้นของคณะฯ ทั้งนี้เพื่อมุ่งสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้บุคลากรเกิดความตระหนัก มีการปฏิบัติงานด้วยหลักการ no harm, no blame, no shame บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูล ซึ่งเป็นฐานรากของวัฒนธรรมคุณภาพ และเชื่อมโยงสู่การบริหารจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ นำสู่การพัฒนาคน พัฒนาระบบ และพัฒนาองค์กร

จากการดำเนินการดังกล่าวจึงเกิดคำถามว่า ผลลัพธ์ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลศิริราชอยู่ในระดับใด งานพัฒนา

คุณภาพจึงทำการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture survey) เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนา ติดตามและประเมินผล โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลศิริราชก้าวสู่การเป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ อย่างแท้จริง และสนับสนุนให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งใช้ผลลัพธ์นี้เพื่อเทียบเคียงกับสถาบันในระดับนานาชาติเพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศตามวิสัยทัศน์ของคณะฯ

วิธีการ ประยุกต์การดำเนินการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยจาก AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality ประเทศสหรัฐอเมริกา) และประยุกต์ใช้แบบสอบถามฉบับแปลเป็นภาษาไทยจากแบบสอบถามของ AHRQ ซึ่งจัดทำและได้รับอนุญาตจาก นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยได้ดำเนินการสอบถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสนับสนุน รวมทั้งผู้ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ต่อยอด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 35 ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (6,956 คน) คาดการณ์อัตราการตอบกลับประมาณร้อยละ 50 ดังนั้นจึงจัดส่งแบบสอบถามให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายทุกคน ยกเว้นกลุ่มพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่ใช้การสุ่มทางสถิติประมาณร้อยละ 60 โดยออกแบบการสำรวจให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความเห็นได้โดยอิสระ ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ถึงตัวบุคคล เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของบุคลากรมากที่สุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือจาก AHRQ และโปรแกรมทางสถิติ

ผลลัพธ์ แบบสอบถามที่ส่งกลับมาและสามารถวิเคราะห์ผลได้จำนวนรวม 2,944 ฉบับ (response rate ร้อยละ 62) ทำการวิเคราะห์ผลทั้งในมุมมองหน่วยงานและภาพรวมโรงพยาบาล และเปรียบเทียบกับข้อมูลของ AHRQ (โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา) ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ การประเมินระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ได้แก่ 1. ความคาดหวัง & การส่งเสริมความปลอดภัยของหน่วยงาน 2. การเรียนรู้ขององค์กร - การพัฒนาต่อเนื่อง 3. ความเป็นทีมภายในหน่วยงาน 4. การสื่อสารตรงไปตรงมา 5. การ feedback และการสื่อสารเกี่ยวกับความผิดพลาด 6. การไม่ลงโทษกรณีเกิดความผิดพลาด 7. บุคลากร และการประเมินระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนของ รพ. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. ความเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน 3. การส่งต่อ/ ย้าย นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละด้าน โดยใช้สถิติ Cronbach' s alpha พบว่าส่วนใหญ่เทียบเคียงได้กับแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ

**สรุปผลลัพธ์ที่ได้** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ข้อมูลประเมินผลระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในทุกกลุ่มบุคลากร และผู้ฝึกอบรม ทั้งระดับหน่วยงาน และโรงพยาบาล ในแง่มุมต่างๆ ซึ่งจะนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินการอย่างมีจุดหมายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ / ผู้ป่วย เสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย นำสู่วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะฯ อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พันธกิจ และวิสัยทัศน์ของคณะฯ ต่อไป

## **ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**

นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วิทยาลัยดำเนินการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และใช้ติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนา โดยสำรวจ ข้าราชการทุกวิชาชีพในหน่วยงานทางคลินิกและสนับสนุนทางคลินิกทุกคน และสุ่มสำรวจข้าราชการพยาบาล ร้อยละ 50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 858 คน จาก 18 หน่วยงาน เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสำรวจมาตรฐานชื่อ “Hospital Survey on Patient Safety Culture” January 2009 ซึ่งแปลมาจาก Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) โดยนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การแปลผล พบว่า ร้อยละของ positive response ต่อมิติทางวัฒนธรรมความปลอดภัยที่สูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 79) การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล (ร้อยละ 70) และการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด (ร้อยละ 62) ส่วน positive response ต่อมิติทางวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ต่ำที่สุด คือ การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล (ร้อยละ 35) การสื่อสารที่เปิดกว้าง (ร้อยละ 36) การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง (ร้อยละ 37) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 39) การจัดคนทำงาน (ร้อยละ 41)

วิทยาลัยฯ ได้นำผลการสำรวจดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่เป็นอุปสรรคในเรื่องดังกล่าวโดยคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำไปปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ เช่น ระดับวิทยาลัย กำหนดให้เรื่องความปลอดภัยเป็นนโยบายที่สำคัญที่ทุกภาคีศึกษากลุ่มงาน ฝ่าย และทีม ต้องตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญ ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทีมนำได้กำหนดให้เรื่องความปลอดภัยเป็นเข็มมุ่งของวิทยาลัย กำหนดประเด็น safety goals เพื่อการเฝ้าระวังที่ตรงประเด็นปัญหา จัดกิจกรรมกระตุ้นให้มีการค้นหา รายงาน และวิเคราะห์ปัญหา เพื่อวางระบบอย่างเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น ระดับทีมนำทางคลินิก/ ทีมนำระบบงาน และระดับหน่วยงาน จัดให้มีกิจกรรมสร้างการเรียนรู้ การทบทวนบทเรียนร่วมกัน นำอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบมาเป็นประเด็นชี้้นำในการพัฒนางานของแต่ละทีม มีการสร้างผู้ประสานงานความเสี่ยง (risk-coordinator) มีการออกแบบระบบในการติดตามข้อมูลความเสี่ยงในภาพรวมแต่ละระดับ พร้อมตัวอย่างการทบทวนที่สะท้อนความเข้าใจของทีม ในรูปแบบ risk template สร้างช่องทางสื่อสารผ่านโครงการ RM inter share ซึ่งเป็นช่องทางสื่อสาร เรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัย ทาง mail group สำหรับบุคลากรระดับปฏิบัติที่ทำงานนอกเวลาซึ่งมีโอกาสดำเนินการประชุมในเวลาราชการไม่มากนัก ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

จากการสำรวจและนำประเด็นไปดำเนินงานในทุกๆระดับ ที่หลากหลายรูปแบบดังกล่าว วิทยาลัยคาดว่าจะเป็สิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทุกคนทุกระดับได้เรียนรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย จนเกิดเป็นวัฒนธรรมในการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง

## วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

พัชรินทร์ วงศ์รักมิตร

ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นเสาหลักของคุณภาพระบบบริการสุขภาพ องค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ ต่างมุ่งมั่นพยายามที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ซึ่งการจะทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรนั้น ต้องอาศัยความเข้าใจถึง คุณค่า ปรัชญา และพื้นฐานที่สำคัญขององค์กรนั้น เพื่อจะได้สามารถสร้างให้เกิดความคาดหวังในพฤติกรรมความปลอดภัยที่เหมาะสม

ระบบบริการสุขภาพและโรงพยาบาลเป็นระบบที่มีความซับซ้อนอย่างมาก อุบัติเหตุความผิดพลาด อุบัติการณ์ผิดพลาดร้ายแรงมีโอกาสเกิดได้ง่าย กระบวนการทำงานของทั้ง

องค์กรมีความซับซ้อน ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในการทำงาน ไม่เป็นอิสระจากกัน และบ่อยครั้งที่ เป็นการทำงานชนิดเดียวกันโดยหลาย ๆ ฝ่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ หรือเป้าหมายเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการให้บริการหลาย ปัจจัย โดยมีระยะเวลาซึ่งหมายถึงความปลอดภัย และชีวิตผู้ป่วยเป็นตัวกำหนด การดำเนินการใด ๆ ต้องพึ่งพาการทำงานโดยคนมากกว่าเทคโนโลยี เครื่องจักรกล อีกทั้งวัฒนธรรมในระบบการบริการทางด้านสุขภาพยังเป็นลักษณะของการแบ่งแยกงานตามวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานมีความแตกต่างทางด้านความรู้ ความสามารถ ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดส่งผลให้โอกาสในการที่จะเกิดความผิดพลาดในกระบวนการจึงมีค่อนข้างสูง

การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในสภาวะที่เป็นปัจจุบันขององค์กร จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการประเมินองค์กร ประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนา ระบบความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กร และจากผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยประจำปี ได้นำสู่แนวทางในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งเป็นการปรับปรุงทั้งระบบหรือทั้ง องค์กร ซึ่งถือ เป็นความท้าทายที่สำคัญของผู้บริหาร โดยแนวทางในการปรับระบบความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กร มี แนวทางหลัก ๆ ที่สำคัญดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมสู่วัฒนธรรมความปลอดภัย ส่งเสริมให้มีการรายงานความผิดพลาด การรายงานโดยไม่ลงโทษผู้รายงาน ไม่มีการยอมรับให้มีการทำสิ่งที่ไม่ถูกต้อง สนับสนุนพนักงานให้มีส่วนร่วม เมื่อเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดร้ายแรง
2. การมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน (guideline, protocol)
3. การปรับปรุงพัฒนาระบบเทคโนโลยีหรือนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วย
4. การส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในองค์กร
5. การดูแลให้มีอัตรากำลัง เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ พร้อมใช้ในการดูแลผู้ป่วย
6. การปรับปรุง และปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน
7. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการดูแลรักษาของตนเอง

### **Critical Success Factor** ของการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

1. การสนับสนุนโดยผู้บริหารระดับสูง มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการส่งเสริมงานทางด้านคุณภาพการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย
2. มีการนำมิติทางด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยรวมเข้าไปในแผนกลยุทธ์ขององค์กรและเป็นแผนในการขับเคลื่อนองค์กรที่สำคัญและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม



3. จัดสรรงบประมาณเพียงพอในการดำเนินการ มีการวางเป้าหมายและระยะเวลาที่ชัดเจน
4. มีการสนับสนุนและมอบหมายให้มีทีมที่ขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีอำนาจในการดำเนินการอย่างเต็มที่ภายใต้ความเห็นชอบและสนับสนุนของคณะกรรมการบริหารคุณภาพและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
5. ให้การสนับสนุนทางด้านองค์ความรู้เพื่อให้สามารถดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้าน การส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการศึกษาอบรมในงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยบุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กรทั้งในประเทศและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังมีการจัดหาทีมที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อช่วยเหลือในการแนะนำ ประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอ
6. การนำตัวชี้วัดทางด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นหนึ่งใน performance management system

### ระบบจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ผลการสำรวจโรงพยาบาลด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Web based Tools for Hospital Survey on Patient Safety Culture)

รศ. ดร. บัณฑิต ถิ่นคำรพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การสำรวจโรงพยาบาลด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล แม้มีดำเนินการในหลายโรงพยาบาลในประเทศไทย แต่การที่แบบสำรวจมีความยาว 6 หน้ากระดาษ และเป็นแบบสำรวจมาตรฐาน ที่แปลมาจากแบบสำรวจของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผ่านการทดสอบมาแล้ว ด้วยโครงสร้าง 2 มิติ 12 ด้าน และ 51 คำถาม จึงมีแบบแผนการวิเคราะห์ทางสถิติที่เฉพาะ ดังนั้น การดำเนินการสำรวจกระทั่งได้รายงานผลจึงทำได้ไม่ยากนัก

จากข้อจำกัดนี้ เครื่องช่วยวิจัยสหสถาบัน มูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จึงร่วมมือกันพัฒนาเครื่องมือเพื่อช่วยให้สามารถดำเนินการได้สะดวกขึ้น เครื่องมือดังกล่าว ประยุกต์เทคโนโลยีอ่านลายมือจากภาพสแกนกระดาษฟอรัม (optical recognition) โดยไม่มีการคีย์ข้อมูลด้วยมือ สามารถใช้งานผ่านเว็บได้ที่ <http://www.r4q.org> โดยมีขั้นตอนการทำงานคร่าว ๆ คือ หลังจากทำการสำรวจเสร็จสิ้น เพียง

นำแบบสำรวจเหล่านั้นไปสแกนเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ที่รักษาความปลอดภัยด้วยรหัสผ่านเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นก็สามารถเรียกรายงานผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบมาตรฐานการรายงานผลการสำรวจได้อย่างรวดเร็ว ด้วยความถูกต้องสูงสุดที่สามารถตรวจสอบคุณภาพได้

นอกจากได้ผลการสำรวจตามมาตรฐานการวิเคราะห์ที่กำหนดแล้ว หากมีการสำรวจครั้งต่อไป และมีการแบ่งปันผลการวิเคราะห์กับโรงพยาบาลอื่นๆ โรงพยาบาลนั้นก็จะได้รายงานผลการสำรวจในส่วนของการเปลี่ยนแปลงตามเวลาได้ อีกทั้งยังสามารถทราบสถานะโรงพยาบาลตนเมื่อเปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ในทุกมิติของเครื่องมือการสำรวจ เป็นรายงานผลการสำรวจ ความยาวกว่าร้อยละห้า ที่พร้อมนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

## C1Z-C2Z Reducing Patient Risk through Cost-effective ICT Applications

12 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6 (Z)

รศ.นพ.นิพิฐุ พิวเวช	บมจ.บางกอกเซนฮอสปิทอล
ดร.นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
นพ.นิพนธ์ อุปมานรเศรษฐ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
ดร.สาธิต วิทยากร	บจ. Convergence Systems
Dr.Hemant Mahishi	Cisco (Thailand)
Mr.Richard Toppin	Drager Medical ASEAN

นับตั้งแต่ Institute of Medicine (IOM) สหรัฐอเมริกา เผยแพร่รายงานประวัติศาสตร์ในปี ค.ศ. 1999 เรื่อง To Err is Human: Building a Safer Health Care System ซึ่งเปิดเผยข้อมูลประมาณการที่น่าตกใจว่า มีความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ถึงราว 44,000 ถึง 98,000 รายต่อปี และประมาณเป็นความสูญเสียทางการเงินราว 17,000 ถึง 29,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ด้วยตัวเลขดังกล่าวนี้ทำให้ความผิดพลาดทางการแพทย์กลายเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นของสหรัฐไปโดยปริยาย

นอกจากนั้น รายงานดังกล่าวยังได้เรียกร้องให้ช่วยกันลดความผิดพลาดทางการแพทย์ลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2004 เป็นเหตุให้โรงพยาบาลทั่วโลกเริ่มตื่นตัว และหันมาให้ความสนใจต่อเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างจริงจัง ยิ่งกว่านั้น รายงานดังกล่าวยังได้สร้างผลกระทบทางอ้อมผ่านการเผยแพร่ในสื่อมวลชนทั่วไปอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดกระแสการตื่นตัวในอีก 3 กลุ่มผู้มีส่วนร่วมสำคัญ คือ กลุ่มวางนโยบายสุขภาพ กลุ่มกำกับระบบบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้บริโภค ซึ่งร่วมกันกดดันกลับมาที่กลุ่มโรงพยาบาลและผู้ให้บริการอีกทอดหนึ่งทั้งในเชิงการตรวจสอบ การรายงาน และเชิงมาตรฐานใหม่ที่ต้องปฏิบัติ

เป้าพัฒนาด้านความปลอดภัยผู้ป่วยจึงลงลึกทั้งในรายละเอียด ความซับซ้อนของการกำกับดูแล กระแสเหล่านี้ ทำให้เกิดความต้องการเครื่องมือปฏิบัติงานที่จะทำให้ความเข้มงวดที่กำหนดขึ้นเป็นไปได้ ระบบสารสนเทศและการสื่อสารจึงเริ่มถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป้าประสงค์หลักด้านความปลอดภัยผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังรับการรักษาพยาบาล ครอบคลุมมิติตั้งแต่ระดับผู้ป่วยทั่วไป ห้องผ่าตัด จนถึงหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยได้รับการยอมรับถึงประสิทธิผลจนผ่านนโยบายในหลายประเทศประกาศให้การพัฒนาและใช้งานระบบสารสนเทศและการสื่อสารคลินิกเป็นวาระแห่งชาติ

ตลอดหลายปีที่ผ่านมา การพัฒนาดังกล่าวกลับพบอุปสรรคสำคัญนานัปการ ทั้งในเชิงระบบ เชิงการดำเนินงาน เชิงงบประมาณ เชิงการใช้งาน และเชิงภาระงานของบุคลากรในระบบ ทำให้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตั้งแต่การวางแผน การพัฒนา และการใช้งานจริงที่ได้ผล กลายเป็นเรื่องสำคัญยิ่งและต้องทำอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลที่กำลังเดินเข้าสู่เส้นทางดังกล่าว

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำระบบโรงพยาบาลที่ผ่านบทเรียนการพัฒนา ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่าปัจจัยสำเร็จสำคัญ ได้แก่ (1) การลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงและเป้าพัฒนาที่ต้องการบรรลุ (2) การออกแบบระบบที่สอดคล้องและปลายเปิดเพื่อรองรับการต่อขยายระบบ (3) การวางแผนพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน (4) การกำหนดกรอบความคุ้มค่าและการบริหารงบประมาณที่รัดกุม (5) การสร้างเครือข่ายร่วมพัฒนา (6) การบริหารโครงการแบบมีออซิป (7) การมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานระบบตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ และ (8) การบริหารความเสี่ยงโครงการเพื่อลดความผิดพลาดและการทำงานซ้ำ

**นพ.พงศ์ธร เกียรติดำรงวงศ์**

การทำงานในกระบวนการใดๆ ก็ตาม จำเป็นต้องมีเครื่องมือเข้ามาเป็นส่วนช่วยทำให้ งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี มีประสิทธิภาพ และลดความยุ่งยากในการทำงาน มนุษย์และสัตว์เลี้ยง ลูกด้วยนม เช่น ลิงบางชนิด ขึ้นชื่อในเรื่องการใช้เครื่องมือเข้ามาช่วยทำงาน จนทำให้มีผู้คิด ว่าการใช้เครื่องมือถือเป็นการพิสูจน์ว่ามนุษย์เป็นสัตว์ที่ประเสริฐกว่าสัตว์อื่นๆ แต่แท้จริงแล้ว เครื่องมือเป็นเพียงองค์ประกอบของความสำเร็จเท่านั้น หลักการและความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ในตัวตนและสิ่งแวดล้อมที่ตนเองดำรงอยู่ต่างหากที่เป็นหัวใจของความสำเร็จของความอยู่รอด ของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด

ในการทำงานคุณภาพก็เช่นกัน ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพล้วน แต่ให้ความสำคัญกับการใช้เครื่องมือต่างๆ และพยายามคัดสรรเครื่องมือที่มีการพัฒนาขึ้น มาใหม่ เข้ามาช่วยในการบริหารหรือการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน จนหลายครั้งละเลย หลักการของการบริหารหรือหลักการในการพัฒนาคุณภาพ

การบริหารและงานพัฒนาคุณภาพแท้จริงแล้วเป็นเรื่องของหลักการในการจัดการ ต่าง มีเป้าประสงค์เดียวกัน คือทำให้องค์กรอยู่รอด คนทำงานในองค์กรมีความสุข ดังนั้นเมื่อ ผู้บริหารพยายามตั้งกฎเกณฑ์ ระเบียบวิธีการทำงาน หรือบังคับใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ขัดกับ หลักการที่ทำให้คนทำงานมีความสุข ก็จะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้งานพัฒนาคุณภาพหรือ งานบริหารไม่ประสบผลสำเร็จ

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือการบันทึกทางการแพทย์ที่มีความพยายามพัฒนาแบบ ฟอรัมต่างๆ ขึ้นมาตามเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งแบบฟอร์มต่างๆ มีความ ยุ่งยากในการใช้ และเมื่อรวมกับความไม่เข้าใจในหลักการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วย ก็เป็น งานที่ไม่สามารถลดการทำงานซ้ำซ้อนของพยาบาลได้ เมื่อพยาบาลมีภาระงานที่ต้องดูแล คนไข้มากขึ้นก็ไม่สามารถให้เวลาในการกรอกเอกสารได้ครบ เป็นเหตุต่อเนื้อที่ทำให้ต้องมีการกำกับนิเทศและตรวจความสมบูรณ์เวชระเบียน เมื่อเป็นเช่นนี้ระบบที่วางไว้ก็จะไม่ สามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นด้วยตัวเอง เมื่อขาดการนิเทศกำกับก็จะมีกรปฏิบัติและ ทำให้เกิดความล้มเหลวในท้ายที่สุด

การปรับเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อให้คนทำงานสามารถติดตามได้ง่าย ปฏิบัติได้สะดวกและลด ความยุ่งยากจึงเป็นหนทางที่จะทำให้งานคุณภาพสามารถดำรงอยู่ได้ไม่ว่าจะเปลี่ยนผู้บริหาร

งานคุณภาพเป็นใครก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น patient safety goal ซึ่งในอดีตมีความยุ่งยากในการจดจำ โรงพยาบาลหลายแห่งต้องใช้เวลาในการรณรงค์และทำการฝึกอบรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถจดจำได้ แต่เมื่อทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้สร้างคำ SIMPLE ขึ้นมาเพื่อให้สามารถจดจำได้ง่ายก็ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยความรวดเร็ว

อย่างไรก็ดีควรพึงระลึกเสมอว่า SIMPLE เองเป็นเพียงเครื่องมือที่สร้างขึ้น มาเพื่อช่วยในการจดจำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด หากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจว่าใน SIMPLE นั้นมีรายละเอียดในการปฏิบัติ และมีความจำเป็นในการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เช่นไร ความสำเร็จของ SIMPLE ก็จะไม่มีความเกิดขึ้นได้ เช่น ใน safe surgery เน้นให้มีการกำจัดขนเท่าที่จำเป็น แต่หากผู้ปฏิบัติทุกคนบอกว่าการกำจัดขนเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นทุกรายก็จะไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้สำเร็จ เป็นต้น

ในการอภิปรายครั้งนี้จึงมีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ฟังได้กลับมาทบทวนหลักการของเครื่องมือคุณภาพ หรือเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารว่าแท้จริงแล้วเป้าประสงค์ของเครื่องมือคืออะไร และในการใช้เครื่องมือในปัจจุบันนั้นได้บรรลุเป้าหมายของเครื่องมือหรือไม่ และกระตุ้นให้ผู้ฟังย้อนกลับไปทบทวนกระบวนการทำงานว่าจะสามารถลดขั้นตอนและทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นได้อย่างไร



## Professional Organization

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A27	งานวิจัยที่ยั่งยืนอย่างไร
	13.00-14.30 น.	A37	เล็กก็ได้...ใหญ่ก็ดี
	15.00-16.30 น.	A47	การบริหารระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการที่ยืดหยุ่นและยั่งยืน
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B17	Performance Measures in the Management of Patients with STEMI
	10.30-12.00 น.	B27	การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนใน GI Excellent Center
	13.00-14.30 น.	B37	Safety Culture in Peri-operative Care
	15.00-16.30 น.	B47	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างสมบูรณ์ในทุกมิติ
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C17	มาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ไทย
	10.30-12.00 น.	C27	ยืดหยุ่นในบทบาท..ยั่งยืนในการดูแล..ด้วยกายภาพบำบัด
	13.00-14.30 น.	C37	Dental Safety Goals and Solutions Part II : Learning from the Errors.

**A27****งานวิจัยยังยืนอย่างยึดหยุ่นได้อย่างไร**

10 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 7

(สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย)

รศ.ชวลิต วงษ์เอก

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ลัดดา เจलयกิตติ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางรังสีที่ใช้ในการบริการทางการแพทย์ก้าวหน้าและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากงานบริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นแล้ว ผู้ปฏิบัติงานจะต้องพัฒนาทางด้านรังสี ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ทันสมัย ตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการเป็นการทำงานประจำให้ดีขึ้น หากทำอย่างแยกส่วน ทำให้ให้ผู้เยี่ยมสำรวจมาตรวจ หรือทำอย่างไม่เข้าใจโดยคิดว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย และเลิกทำในที่สุด ความไม่ต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพงานหลายหน่วยงานเกิดจากผู้นำและผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจหัวใจของการพัฒนาคุณภาพ ไม่สามารถเข้าถึงเป้าหมายการพัฒนา

วัตถุประสงค์ของ session นี้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ นำเสนอ best practice ร่วมเสนอแนะและทำความเข้าใจกับกฎหมายและข้อกำหนดต่างๆ ที่ออกมาเพื่อกำกับการทำงาน การสร้างเครือข่ายความร่วมมือและแนวทางการทำงาน ตระหนักถึงความเสี่ยงที่มีโดยเฉพาะอันตรายจากการใช้รังสี พัฒนางานโดยใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย รวมถึงการเข้าใจบทบาทขององค์กรวิชาชีพและเชื่อมโยงประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถบูรณาการการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ กับมาตรฐานการบริการและสมรรถนะและมาตรฐานวิชาชีพสำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค เพื่อให้การบริการทางรังสีมีมาตรฐานที่สูงขึ้น ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข อย่างยืดหยุ่นและยั่งยืน



10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 7  
(สภาเทคนิคการแพทย์)

ทพ.พลวรรต ทองสุข	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
ทพ.ศรสิทธิ์ จิรังดา	โรงพยาบาลสระบุรี
ทพญ.จิรายุ ผาผ่อง	โรงพยาบาลหนองวัวซอ อุดรธานี
ทพญ.นัยนา วัฒนศิริ	สภาเทคนิคการแพทย์

มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ประกอบการวางแผนบำรุงรักษาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนถึงปัจจุบัน เป็นฉบับปี พ.ศ. 2551 การนำไปใช้สำหรับห้องปฏิบัติการที่มีความแตกต่างหลากหลายตามขนาดห้องปฏิบัติการ จำนวนบุคลากร ชนิดและปริมาณงาน หรือแม้กระทั่งในสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกัน ย่อมต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ แต่การได้รับรู้แนวคิดจากหน่วยงานที่ได้ผ่านประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคมากมายย่อมเป็นการย่นย่อระยะทางเดินสู่เป้าหมายให้รวดเร็วขึ้น

ศาสตร์ในการพัฒนาเป็นศิลปะที่ต้องยืดหยุ่น ให้เข้าได้กับทุกสถานการณ์ ห้องปฏิบัติการขนาดใหญ่มีความพร้อมในด้านบุคลากรและเครื่องมือ อาจมีปัญหาจากปริมาณงานที่ท่วมท้น ไม่มีเวลาทำงานด้านคุณภาพ ขณะที่ห้องปฏิบัติงานขนาดเล็ก ต้องเผชิญกับทั้งปริมาณงานและภาวะขาดแคลนทรัพยากร การทำให้คุณภาพอยู่ในเนื้องาน เป็นวงจรที่ปกติไม่ใช่สิ่งแปลกปลอม แต่ใช้การวางระบบให้ทำงานได้อย่างสะดวก รวดเร็วควบคุมได้ นั่นคือ “คุณภาพของงาน” ที่เหมาะสมกับทุกห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ที่ต้องดูแลน้องๆ ในโรงพยาบาลชุมชนไปพร้อมกับการพัฒนาตัวเอง ด้วยการทำงานเป็นทีม ช่วยเหลือกันเป็นเครือข่าย ในการพัฒนาดำเนินการตามมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์ ตรวจสอบประเมินด้วย checklist 100 ข้อ ให้ผ่านการรับรอง Laboratory Accreditation (LA) เป้าหมายเครือข่ายเชียงราย ประกอบด้วย เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน มุ่งสู่ LA มาตรฐานวิชาชีพ แล้วค่อยต่อยอดสู่มาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป เทคนิคที่ใช้คือ มีการประชุมร่วมกันปกติ การจัดประชุมวิชาการด้านคุณภาพ มีการลงเยี่ยม cross visit/audit (internal audit) ระหว่างโรงพยาบาล และมีการสรุปผลงานประจำปี รวมทั้งทำ inter laboratory comparison ในรายการทดสอบที่ไม่มี EQA ร่วมกันภายในเครือข่าย โดยมีศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงรายเป็นผู้ประสานงาน

มีโครงการวิจัยที่ดำเนินการภายในพื้นที่ พี่ๆ น้องๆ ได้ติดต่อพบปะแลกเปลี่ยนกันเป็นประจำในการประชุมปีละ 2 – 3 ครั้ง การมีสัมพันธภาพที่ดีให้กัน มีความรักและจริงใจ มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน รวมถึงการทำงานที่ตั้งใจและเข้าใจความเป็นวิชาชีพของนักเทคนิคการแพทย์ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพของห้องปฏิบัติการเครือข่ายเขต 16 ดำเนินการไปได้ด้วยดีและต่อเนื่อง มีหลายโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ

โรงพยาบาลสระบุรี ไซกัลยูทรี “สานสัมพันธ์” ช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ด้วยการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมาตอบสนอง

จากประสบการณ์กว่า 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โดยใช้โครงการสานสัมพันธ์ประกันคุณภาพ และตัวชี้วัดของโครงการเป็นเครื่องมือทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของสิ่งส่งตรวจที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละของผลการตรวจสัณฐาน ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย และจำนวนข้อร้องเรียน

มีการติดตามผลการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องทุกปี พบว่าร้อยละของสิ่งส่งตรวจที่ไม่พึงประสงค์ลดลง จำนวนผลการตรวจสัณฐานลดลง ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และจำนวนข้อร้องเรียนลดลง ซึ่งหากเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น พบว่ารูปแบบการสื่อสารที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับรูปแบบยืดหยุ่นให้เข้ากับสถานการณ์ได้ตลอดเวลา

โรงพยาบาลหนองวัวซอ แม้จะขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานในหลายๆ ด้าน แต่สามารถที่จะพัฒนาบริการของตนเองโดยใช้มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ซึ่งปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล รับรู้และใส่ใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นทบทวนแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้วงล้อ Plan-Do-Check- Act ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพออกมาอย่างต่อเนื่อง

มีการสร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อประสานงานการให้บริการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งการแบ่งปันวัสดุ อุปกรณ์ และกำลังคน ห้องปฏิบัติการใหญ่เกิดความภูมิใจห้องปฏิบัติการขนาดเล็กอุ่นใจว่ามีเพื่อนๆ รอบข้างให้การสนับสนุนและคอยประคับประคองช่วยเหลือ

ตัวอย่างทั้งจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก นำเสนอส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพ จะเห็นได้ว่า

**รูปแบบการพัฒนาที่ดีที่สุด** คือรูปแบบที่เหมาะสม เข้ากันได้กับวัฒนธรรมการทำงาน ในห้องที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีเข็มมุ่งร่วมกัน

**ระบบคุณภาพที่ดีที่สุด** คือ ระบบคุณภาพที่อยู่ในทุกระายละเอียดของเนื้อหา ไม่ใช่ สิ่งแปลกปลอมที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

**ผู้ทำงานคุณภาพที่ดีที่สุด** คือ ผู้ที่ทำงานด้วยหัวใจบริการ ประสานสัมพันธ์กับผู้ใช้ บริการและผู้เกี่ยวข้องได้ดี

**ผู้ป่วย** คือเป้าหมายที่เราตั้งใจมอบผลงานที่ดีที่สุดให้

ทนาย.สาธิต เทพวีระพงศ์

โรงพยาบาลลำปาง

ทนาย.ญ.นิติศรธา กลางบุรีรัมย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ทนาย.ศุภชัย ไป๋จ้อย

บ.เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด

ทนาย.สมชัย เจิดเสริมอนันต์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

## ประสบการณ์ จากจังหวัดลำปาง

ทนาย.สาธิต เทพวีระพงศ์

โรงพยาบาลลำปาง

จากการได้ร่วมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล โดยเป็นวิทยากร ที่ปรึกษา และผู้ตรวจติดตามคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จึงได้มีการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา และประมวลผลว่าจังหวัดที่มีห้องปฏิบัติการจำนวนมากได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ และโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการอย่างไร

### 1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ

จากการประเมินโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือตอนบนที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ระหว่างปีพ.ศ. 2548 - 2552 จำนวน 15 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ 10 แห่ง พบว่าทุกแห่งหัวหน้าห้องปฏิบัติการมีศักยภาพสูง มีความมุ่งมั่น และสามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้อำนวยการจนทำให้เกิดการสนับสนุนเป็นอย่างดีถึงดีมาก 9 แห่ง รวมทั้งมีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมและได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นำไปสู่การปรับปรุงระบบงาน สถานที่ เครื่องมือ ซึ่งหัวหน้าห้องปฏิบัติการเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ

### 2. การดำเนินการของจังหวัดที่มีห้องปฏิบัติการจำนวนมากผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพ

มีการสร้างทีม เครือข่ายระดับจังหวัด และมีคณะที่ปรึกษาพร้อมให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา

โดยที่มาร่วมกันจัดทำแผนโครงการพัฒนาระดับจังหวัด กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมีการประชุมสรุปผลการดำเนินการทุกปี เสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

มีการประชุมหัวหน้าห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามระบบคุณภาพและการบริหารห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้ เชิญผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดร่วมรับฟังปัญหา ข้อเสนอแนะ และให้การสนับสนุน 3 เดือน / ครั้ง

พัฒนาตัวแทนจากทุกโรงพยาบาลให้เป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน โดยการฝึกอบรม และเข้าร่วมสังเกตการณ์การตรวจประเมินจากสาขาเทคนิคการแพทย์ และเข้าเยี่ยมสำรวจภายในซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเข้าไปให้ความช่วยเหลือ กระตุ้น หาโอกาสพัฒนา และให้กำลังใจมากกว่าการประเมินตาม checklist และมีการรายงานผลต่อผู้บริหารโรงพยาบาลผ่านสาธารณสุขจังหวัด เป็นการติดตามระบบคุณภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แต่ละห้องปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพ ด้วยความเข้าใจถึงเจตนารมณ์ของมาตรฐาน และยึดหยุ่นตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ทำเอกสารคุณภาพที่ยืดหยุ่นและสะดวกในการใช้งาน กำหนดความถี่ในการควบคุมคุณภาพโดยใช้ control แต่ละ test ให้เหมาะสมกับงานประจำ ลดการคัดลอกผลการรายงานผลที่ไม่มีระบบ LIS โดยสร้างใบรายงานผลจากการพิมพ์ของเครื่องตรวจวิเคราะห์โดยตรง รวมทั้งมีการติดตามการปฏิบัติตามแผน และมีการปรับแผนเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์

มีการดำเนินการจัดซื้อน้ำยาและวัสดุ สอบเทียบเครื่องมือร่วมกันระดับจังหวัด และประเมินคุณภาพร่วมกัน ทำให้ได้วัสดุที่มีคุณภาพ และมีอำนาจต่อรองด้านราคา มีระบบการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ มีการนำเสนอประสบการณ์ ความรู้จากการปฏิบัติเพื่อรับฟังผู้วิพากษ์ และข้อคิดเห็นจากโรงพยาบาลอื่น มีการแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการจัดทำเอกสารคุณภาพ รวมทั้ง มีการร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้รับจากการตรวจประเมิน

### **3. การดำเนินการของโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง**

หัวหน้าห้องปฏิบัติการและผู้จัดการคุณภาพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจระบบคุณภาพ เป็นผู้นำในการวางระบบคุณภาพในหน่วยงาน ติดตามงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การสร้างให้ทุกคนในหน่วยงานเข้าใจถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีการทำงานคุณภาพให้เป็นงานประจำ มีระบบการ

ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ การสอดแทรกความรู้ในงานประจำ การทำ IQC ตามแผนพร้อมทั้ง มีการบันทึกและการแก้ไข รวมถึงการมีผู้เยี่ยมสำรวจภายในที่ให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะให้ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของมาตรฐาน กระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้น ชื่นชมและให้กำลังใจแก่ ผู้บริหาร หัวหน้าและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

## ยืดหยุ่น และเรียบง่าย ทางออกสำหรับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลชุมชนให้ยั่งยืน

ทนาย. นิธิศตรา กลางบุรีรัมย์      โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เส้นทางการพัฒนาคุณภาพของห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เริ่มต้นตั้งแต่ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมได้เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (HA) ตั้งแต่ต้นปี 2540 เป็นต้นมา จนได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาล ครั้งแรกในปี 2543 ผ่านการ re-accreditation ครั้งที่ 1 ในปี 2547 จนถึงปัจจุบัน

การพัฒนาของห้องปฏิบัติการที่ผ่านมา มีมาตรฐานต่างๆ ที่หลากหลายเข้ามาในโรงพยาบาล ตั้งแต่มาตรฐาน HA, HPH, TQA/MBNQA, มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ LA, ISO 15189 รวมถึงระบบการบริหารผลการปฏิบัติงาน (performance management) ของระบบราชการ และโครงการนำร่องการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (work point payment) ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความสับสน ที่จะต้องทำมาตรฐานหลายเรื่องไปพร้อมๆ กัน ท่ามกลางความขาดแคลนทั้งอัตรากำลัง และวัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีของห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลชุมชน

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา จากการทำให้ห้องปฏิบัติการ ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ในปี 2552 ที่ผ่านมาก็คือ

- **รู้แจ้ง :** เข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานแต่ละระบบที่เกี่ยวข้อง ค้นหาจุดร่วมว่ามีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร และเริ่มทำในจุดร่วมที่ตรงกับปัญหาหรือจุดอ่อนในระบบ แล้วค่อยๆ ขยายผลให้ครอบคลุม ครอบคลุม โดยมีแผนคุณภาพในการควบคุมทิศทางการดำเนินงานของหน่วยงาน
- **รู้ตน :** การรู้จักตัวเอง เช่น อัตรากำลัง ภาระงาน วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีที่เรามี แล้วพัฒนางานตามบริบท อะไรที่ทำแล้วเป็นภาระมากแต่มีคุณค่าน้อย เราจะ ทบทวนปรับปรุงวิธีการทันที เช่น
  - การจัดทำเอกสารตามความจำเป็นของการใช้งาน มีการรวมเอกสารที่ใช้ร่วมกัน ได้เป็นแบบฟอร์มเดียวกัน

- ในการควบคุมคุณภาพภายใน มีการเลือกควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ แทนในกรณีที่ไม่สามารถหาสารควบคุมคุณภาพได้
- **รู้คน** : การทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความตระหนักว่า การปฏิบัติงานประจำ นั้น คือการทำงานให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตั้งแต่ต้น โดยใช้ ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร จรรยาบรรณวิชาชีพ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ (competency) ในระบบบริหารงานบุคคล สำหรับภาคราชการ ซึ่งสิ่งที่ตามมาคือ การใฝ่รู้ / เรียนรู้ร่วมกัน เปิดใจร่วมกัน คิดเพื่อหาทางออกในการทำงานให้มีความเสี่ยงความผิดพลาดน้อยที่สุด การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการญาติ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน
- **รู้หน้า** : สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความมุ่งมั่นของหัวหน้าห้องปฏิบัติการ ในการกระตุ้นติดตาม สื่อสารการดำเนินงานด้านคุณภาพ และให้กำลังใจกับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการธำรงรักษาคุณภาพให้ยั่งยืน

## การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการภาคเอกชน

### (ห้องปฏิบัติการ NHS ประจำโรงพยาบาลกรุงเทพขนาดใหญ่)

ทนพ.ศุภชัย ไป๋จ้อย

บริษัท เนชั่นเนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด

#### ก่อนปี 2551

ห้องปฏิบัติการสังกัดอยู่กับโรงพยาบาลกรุงเทพขนาดใหญ่ การบริหารงานต่างๆ ดำเนินการภายใต้นโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ และให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทุกรูปแบบ ห้องปฏิบัติการจึงได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพแบบต่อยอด โดยแบ่งออกเป็นช่วงเวลาและจัดตั้งทีมงานหลักเพื่อรับผิดชอบงานหลักของแต่ละมาตรฐาน ได้แก่ ทีมคุณภาพ ทีมวิชาการ และทีมสนับสนุนการ (เป็นทีมคอยสนับสนุน กระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานร่วมกัน) จนทำให้มีความก้าวหน้าในงานพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 15189 ตามลำดับ

พบโอกาสพัฒนาในเรื่อง การประสานงานกับทีมคุณภาพของโรงพยาบาลค่อนข้างล่าช้า เช่น ระบบเอกสารคุณภาพ ระบบการจัดการข้อร้องเรียน การตรวจติดตามระบบคุณภาพภายใน และการพัฒนาบุคลากรที่ขาดความต่อเนื่อง ไม่สามารถทำการพัฒนาต่อได้อย่างเป็นระบบ

## ตั้งแต่ ปี 2551 เป็นต้นมา

ห้องปฏิบัติการถูกโอนย้ายไปสังกัดกับบริษัท เนชั่นแนลเฮลท์แคร์ซิสเต็มส์ จำกัด มีการบริหารงานเป็นไปในรูปแบบของเครือข่ายที่สมบูรณ์แบบ นโยบายต่างๆ เหมือนกันทุกเครือข่าย มีทีมงานจากส่วนกลางเป็นหลัก และทีมงานย่อยของแต่ละเครือข่ายมีหน้าที่คอยประสานงานในการรับนโยบายจากส่วนกลางมาถ่ายทอดให้กับหน่วยงานแต่ละเครือข่าย แม้ว่าช่วงแรกๆ ระบบการประสานงานจะมีปัญหาติดขัดในหลายๆ เรื่อง ซึ่งทำให้ระบบต่างๆ เริ่มมีปัญหาโดยเฉพาะเรื่องของระบบเอกสาร การพัฒนาบุคลากร การทำ inter lab การตรวจติดตามภายใน เป็นต้น

ที่ได้มีการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเรื่องต่างๆ ส่งผลให้ระบบมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น

- ระบบเอกสารคุณภาพ ได้นำระบบ E-Smart มาใช้ในการบริหารจัดการเอกสารคุณภาพ และสามารถเปิดเข้าไปดูหรือใช้งานได้ตามสิทธิของแต่ละคน ทำให้มีการประสานงานที่ดีขึ้น
- ด้านวิชาการ มีการทดสอบความรู้ให้เจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยผู้รับผิดชอบหลักจากส่วนกลาง ทำให้สามารถประเมินผลและนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น
- การทำ Inter lab จะทำกันในเครือข่าย มีความสะดวกและง่ายต่อการติดตามผลที่สำคัญมีความต่อเนื่อง รวมถึงการตรวจติดตามระบบคุณภาพภายในก็ง่ายขึ้นเช่นกัน

โดยสรุปการมีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการนั้น มีส่วนช่วยให้งานต่างๆ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และมีความต่อเนื่อง



11 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Sapphire 7

(สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์)

รศ.นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพ.ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.นพ.ศรันย์ ควรประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.เกรียงไกร เสงรัมย์

สถาบันโรคทรวงอก

น.อ.พิเศษ นพ.กัมปนาท วีรกุล

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

11 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 7

(ชมรมพยาบาลกลองส่องตรวจแห่งประเทศไทย)

นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

วชิรา จันทพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี

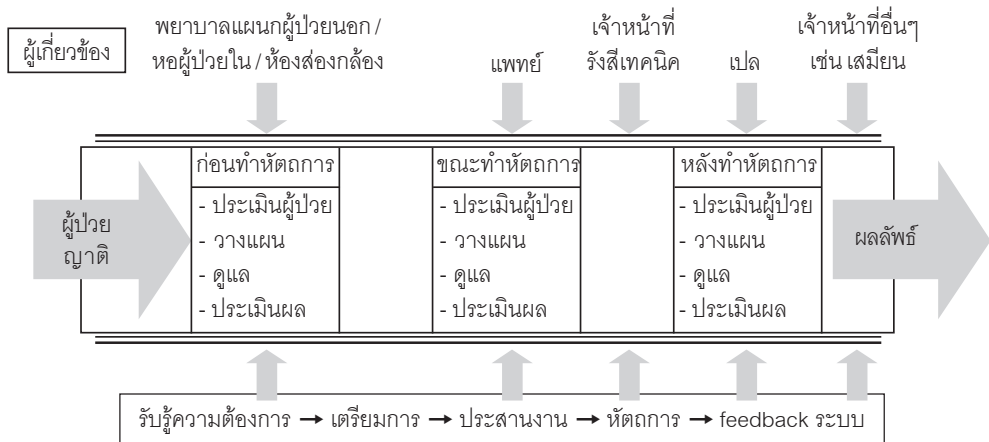
ประชิด เตมียะเสน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศิริพร รัตนเลิศ สถาบัน NKC มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### การพัฒนาที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนใน GI Excellent Center

GI excellent center เป็นหน่วยงานรองรับภารกิจที่ยุ่ยากซับซ้อน ผู้ป่วยมีลักษณะอาการทางคลินิก และความต้องการที่แตกต่างกัน พยาธิสภาพที่มีหลากหลายหัตถการนี้ต้องอาศัยทักษะเฉพาะของแต่ละสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมดูแลผู้ป่วย เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าตลอดเวลา ระบบงานจึงต้องมีความยืดหยุ่นพร้อมตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

#### การให้บริการในผู้ป่วยสองกล้องมีขั้นตอนดังแสดงในรูป



ความยืดหยุ่นและยั่งยืนจะเกิดได้โดยกระบวนการดังนี้

1. รับรู้ความต้องการ/ภารกิจในแต่ละช่วงเวลาของวัน เช่น จำนวนผู้ป่วย ชนิดของหัตถการ จำนวนแพทย์ จำนวนเจ้าหน้าที่
2. ประชุมทีมเพื่อเตรียมการโดย Morning round ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ทุกเช้า จัดสรรอัตรากำลังคนและเครื่องมือให้พร้อมใช้งาน

3. ในระบบต้องเตรียม Emergency team ไว้เพื่อกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเสมอ
4. หัวหน้าพยาบาล/ผู้แทน เป็นผู้สั่งการในการปฏิบัติตามข้อตกลงใน Morning round
5. ประสานงาน สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
6. ปรึกษา/เจรจาต่อรอง กรณีเกิดข้อขัดข้อง
7. ประชุมทีมงานใน excellent center สม่่าเสมอเพื่อ feedback ระบบ

11 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 7  
(สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย)

รศ.พินิจ ปรีชาชนนท์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คุณภัทรภร สีตุลวรารงค์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล
ผศ.ศิริพร พุทธรังษี	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแห่งหนึ่งของโรงพยาบาล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เสียชีวิตหรือพิการ (sentinel event) เกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อน (complication) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (malpractice) เกิดความผิดพลาด (mistake) เกือบพลาด (near miss) และเกิดความคลาดเคลื่อน (error) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของทุกคนที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทุกคนจึงต้องปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและตนเอง ประมาณปี พ.ศ. 2542 ระบบบริหารความเสี่ยงจึงเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการต้องการของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาคุณภาพงาน ในระยะการปรับตัว และพัฒนาเกิดปัญหามากมาย อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงยังมีอยู่ แต่อาจจะน้อยลงบ้าง ปัญหาที่ตามมาหลังจากความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น คือทำให้เกิดความสูญเสีย ทั้งผู้ป่วย บุคลากรและโรงพยาบาล จึงมีคำถามว่า “เราจะทำอย่างไรให้การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีความปลอดภัยอย่างยั่งยืนทั้งผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน” จึงเป็นที่มาของวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (safety culture in perioperative care) ซึ่งคาดว่าจะสร้างสรรค์ให้เกิดขึ้นได้ โดยสามารถทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข และองค์กรได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนและสังคม

วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) เป็นแง่มุมหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร เป็นความคิด ทศนคติ และพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร ที่จะให้องค์กรสุขภาพดำเนินต่อไปได้ และมีการปฏิบัติที่ปลอดภัย (Cooper, 2000) หรือวัฒนธรรมความปลอดภัย คือความคงทนของการให้คุณค่าเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลทุกระดับในองค์กรตั้งใจที่จะรับผิดชอบต่อความปลอดภัย ด้วยการปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องความปลอดภัย และกระบวนการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัว และองค์กร โดยอาศัยบทเรียนจากความผิดพลาด และความยั่งยืนคงทนของคุณค่า

เหล่านี้คือรางวัลที่ได้รับ (Wiegman et al, 2002) อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่ต้องการหนึ่ง คือแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มเกี่ยวกับการสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

วัฒนธรรมความปลอดภัย มีความสำคัญสามารถช่วยให้การปฏิบัติต่างๆ ของมนุษย์มีความปลอดภัย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย การบริหารจัดการ และปัจจัยต่างๆ ขององค์กร มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงมีความสำคัญต้องช่วยกันสร้างสรรค์ และส่งเสริมให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ทุกคนมีความสุขกับการปฏิบัติงานในองค์กรที่น่าเชื่อถือของสังคม

ในปี ค.ศ. 2008 สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Association of Perioperative Registered Nurses: AORN) ได้แนะนำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับทีมห้องผ่าตัด ชื่อว่า **A patient - centric safety culture** โดยแบ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยออกเป็น 5 ประเภทได้แก่

**1. วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture)** เป็นวัฒนธรรมที่ทีมห้องผ่าตัดทุกคนมีความพร้อมที่จะรายงานความผิดพลาด และเกือบพลาดด้วยความเต็มใจ เนื่องจากทุกโรงพยาบาลมีระบบรายงานความเสียหายอยู่แล้วคือ Incidence occurrence report : IOR โดยเขียนบรรยายเหตุการณ์ และการแก้ไขเบื้องต้น สามารถรายงานเหตุการณ์ทางโทรศัพท์แก่ผู้บริหารกรณีสำคัญก่อนการเขียนรายงาน และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานให้ปลอดภัยได้เลยโดยไม่ต้องรอคำสั่ง ระบบตรงนี้มีมีความยืดหยุ่นมาก จากนั้นส่งไปให้ผู้บริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงานระดับต้นวิเคราะห์ความเสี่ยงร่วมกับกรรมการว่าเป็นความเสี่ยงระดับใด (A-E up) กำหนดแนวทางแก้ไข และการติดตามประเมินผล พร้อมบันทึกแล้วส่งไปที่หน่วยงานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และสำเนาเอกสารส่งไปยัง ประธาน clinical lead team ที่เกี่ยวข้องเพื่อการสื่อสารให้ทราบถึง อุบัติการณ์ การจัดการในเบื้องต้น และร่วมกันเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการนำบทเรียนจากห้องผ่าตัดหนึ่ง ไปเรียนรู้ในที่ประชุมของบุคลากรของห้องผ่าตัดอื่นๆ โดยเน้นการเล่าเรื่องและการแลกเปลี่ยนความรู้ โดยไม่มีการตำหนิกัน ไม่มีการถามว่าใครเป็นผู้กระทำ จะใช้คำถามว่าเหตุการณ์เป็นอย่างไร เป็นต้น กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่การให้ความสำคัญทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว และเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดขึ้นเนื่องจากดักจับได้ก่อน โดยใช้ เครื่องมือ failure mode and effect analysis : FMEA วิเคราะห์เพื่อป้องกันความล้มเหลวของผลลัพธ์หรือกระบวนการ ใช้ root cause analysis : RCA วิเคราะห์เพื่อค้นหาคำอธิบายที่ทำให้การปฏิบัติมีหลายแบบ ใช้วิเคราะห์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์ แล้วสรุปประเด็นว่าทำอะไรที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย จะหลีกเลี่ยงได้อย่างไร ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และระบบบันทึกที่ห่างต่อการใช้ ปรับปรุงระบบรายงานที่เน้นการเล่าเรื่องและการแลกเปลี่ยนความรู้ ใช้ระบบการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

**2. วัฒนธรรมการยืดหยุ่น (flexible culture)** เป็นวัฒนธรรมที่ก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลง เพื่อแก้คำกล่าวที่ว่า “เก่งไม่กลัวแต่กลัวช้า” โดยการสร้างระบบการปรับปรุงให้วงรอบรวดเร็วขึ้น มีการกระจายอำนาจ สร้างบรรยากาศการเคารพซึ่งกันและกัน ความร่วมมือ ความซื่อสัตย์เชื่อถือได้ระหว่างทีมห้องผ่าตัดทุกระดับ

**3. วัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture)** เป็นวัฒนธรรมที่บุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และข้อมูล มีความเต็มใจในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานหลักที่ได้จากระบบข้อมูลความปลอดภัย เรียนรู้จากอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ที่เกือบพลาดโดยเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากการสื่อสารที่เปิดเผย ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ใช้หลักการแก้ปัญหา (problem -solve) เฉพาะในแต่ละสถานการณ์ การปฏิบัติที่ดีของแต่ละคนมีผลเชื่อมโยงไปถึงการปฏิบัติของทีมไปด้วย

**4. วัฒนธรรมการระมัดระวัง (wary culture)** เป็นวัฒนธรรมที่ทีมห้องผ่าตัดทุกคนมีความระมัดระวังสิ่งที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิด โดยการไม่ประมาท เพราะความประมาทเกิดจากการขาดสติและไม่ระมัดระวัง ฟังระลึกว่าทุกขณะเหตุการณ์ร้ายแรงสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ โดยผู้บริหาร ผู้ตรวจการ เติมนตรวจงานในห้องผ่าตัด เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคในการทำงาน ใช้คำถามที่ท้าทายข้อสันนิษฐาน เพื่อให้โอกาสการปรับปรุง เช่น “จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไรเมื่อเรารู้ว่าเราดีที่สุดในตอนนี้” เป็นต้น เน้นการสร้างภาวะผู้นำเกี่ยวกับความปลอดภัยให้เกิดในทุกคนทุกระดับเมื่อพบเห็นสิ่งใดผิดปกติ สามารถพูดหรือบอกกันและกันเพื่อตักจับความเสี่ยงได้ก่อนที่จะเกิดขึ้น วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมความยืดหยุ่น และวัฒนธรรมการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดวัฒนธรรมการระมัดระวัง

**5. วัฒนธรรมความน่าเชื่อถือ (just culture)** เป็นการสร้างบรรยากาศความน่าเชื่อถือให้เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เช่น ส่งเสริมการปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยที่มีข้อมูลสนับสนุน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ บุคลากรวิเคราะห์ได้ว่าอะไรผิดหรือถูกต้อง อะไรเป็นปัจจัยส่งเสริมและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม วัฒนธรรมความน่าเชื่อถือ เป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิ ในหน่วยงานควรส่งเสริมให้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบได้แก่ บริบทของหน่วยงาน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ การประเมินผลและการปรับปรุง มาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความน่าเชื่อถือ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวินัย กฎ ระเบียบและความปลอดภัยของผู้ป่วยควรนำแนวคิดด้าน

พฤติกรรมของมนุษย์ 4 ด้านมาพิจารณาด้วย ได้แก่ ความเผลอเรอ (human error) การละเลยหรือไม่ใส่ใจ (negligence) การตั้งใจที่จะฝ่าฝืนกฎระเบียบ (intentional rule violation) และการกระทำที่ไม่ยั้งคิดหรือขาดการไตร่ตรองหรือไม่กลัวอันตราย (reckless conduct) ดังนั้น วินัย นโยบาย และกฎระเบียบ จึงเป็นประโยชน์ที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรยังคงปฏิบัติได้ถูกต้องและมีวินัย หรือเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือนั่นเอง

อย่างไรก็ตามการที่จะสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นแบบยืดหยุ่น และยั่งยืนนั้นเป็นความรับผิดชอบของทุกคนและทุกระดับขององค์กรที่จะช่วยกันสร้างบรรยากาศของการพูดคุยเรื่องความผิดพลาด การปรับปรุงกระบวนการทำงาน และประเด็นปัญหาของระบบ อย่างเปิดเผย การขจัดความสูญเปล่า เช่น เวลา ระยะเวลา เป็นต้น เน้นที่ความยืดหยุ่น และการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัย ลักษณะของการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยได้แก่ มีการสื่อสารที่ดีและเชื่อถือได้ เน้นการทำงานเป็นทีม มีมาตรฐานการปฏิบัติ มีความซื่อสัตย์ช่วยเหลือกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันจากความผิดพลาด และเกือบพลาด มีระบบพี่เลี้ยงสอนงานให้กับผู้ปฏิบัติงานใหม่ ผู้บริหารและหน่วยงานต้องสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ ตลอดจนคำตอบแทน และสวัสดิการอื่นๆ วัฒนธรรมความปลอดภัยจึงจะยั่งยืน และสิ่งดีๆ ก็เกิดขึ้นกับบุคคลและองค์กร

**B47****การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างสมบูรณ์ในทุกมิติ**

11 มีนาคม 2553 เวลา 15.00-16.30 น. ห้อง Sapphire 7

(สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย)

ผศ.นพ.ทนนชัย บุญบุรพงค์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ.นพ.บุญส่ง พจนสุนทร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**Patient Centered Respiratory Support: A Flexible Critical Care Concept**

การช่วยหายใจมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตจากภาวะหายใจวาย ขณะที่แพทย์กำลังทำการตรวจ และให้การรักษาโรคจำเพาะของผู้ป่วย ในขณะที่ช่วยหายใจ แพทย์จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ทั้งจากภาวะทางกายภาพ เช่น barotrauma, volutrauma ฯลฯ ตลอดจนการติดเชื้อ และที่สำคัญการช่วยหายใจจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด การช่วยหายใจที่จะตอบสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการช่วยหายใจด้วยวิธีการต่างๆ ในแต่ละโรคที่เป็น best practice ที่ยึดถือปฏิบัติทั่วไป ที่สำคัญคือแพทย์จะต้องใช้การช่วยหายใจโดยปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละรายที่อาจมีความแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกัน การปรับ การเลือก setting ที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความสบายขณะที่ใช้เครื่องส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ work of breathing น้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิด patient - ventilator dyssynchrony น้อย ซึ่งทำให้ ventilator day ลดลงและทำให้ผล การรักษาดีขึ้น แนวทางการช่วยหายใจดังกล่าวใช้แนวคิดของการปรับการรักษาให้ยืดหยุ่น (flexible) ตามลักษณะทางคลินิกและลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นแนวทางเพื่อการรักษาที่ยั่งยืน และจะนำมาเสนอในที่ประชุมนี้



ศิริชัย ชละเอม

กองวิศวกรรมการแพทย์

ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลควบคู่กันไป คือ เครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความพร้อมใช้ ความเที่ยงตรง ความปลอดภัย และการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย จึงได้มีการนำมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ไทย มาร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมหลักที่สำคัญคือ

1. การสอบเทียบ และการรับรองมาตรฐานเครื่องมือแพทย์และสาธารณสุข
2. การตรวจสอบความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล
3. การจัดระบบบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ และระบบวิศวกรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
4. การตรวจซ่อมและบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์และสาธารณสุข

ซึ่งประโยชน์ที่จะได้จากการนำมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์ไทยมาใช้ คือ งานบริการสาธารณสุข มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ รวมถึง สภาพแวดล้อม สถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วย ประชาชน ที่มีความปลอดภัย

**C27****ยึดหยุ่นในบทบาท ยั่งยืนในการดูแล ด้วยกายภาพบำบัด**

12 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Sapphire 7

(สภากายภาพบำบัด)

สมคิด เพื่อนรัมย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วัชรินทร์ ทายะติ

โรงพยาบาลตรัง

สุวารี เจริญมุขยพันธ์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่าย เพื่อผลักดันให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และครอบครัว เป้าหมายของการพัฒนาในปัจจุบันคือ คนเป็นจุดมุ่งหมายของการพัฒนา การสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุข บทบาทการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค หากแต่ยังไม่ละเลยบริการการรักษาและการฟื้นฟู ดังเช่น ทีมไม่เลื้อย ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ใช้ตาและใจมองปัญหา มองลึกถึงแก่นแท้ของปัญหาความเจ็บป่วย แก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการปรับกระบวนการทำงานและการบริการตามสภาพปัญหา ใช้แนวคิดความรู้รูปแบบคือรูปแบบ ไม่ยึดติดกับกรอบเวลาการทำงานเฉพาะวัน เวลาราชการเท่านั้น แต่ปรับการทำงานตามวิถีชีวิตของผู้ใช้บริการในพื้นที่ จนได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้คนในชุมชนยังมีส่วนช่วยเหลือ ดูแล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วยเพื่อคืนชีวิต กลับสู่สังคม ทำให้การดูแลสุขภาพมีความยั่งยืนและน่ายอมยิ้มมาสู่ทุกคน

ขณะเดียวกันบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก็เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วย บทเรียนที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ได้แก่ความช่างสังเกต ความต่อเนื่อง ความตั้งใจ การทดลองใช้กายภาพบำบัดโดยการถ่ายรูปลงคนในครอบครัวเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยทำให้คนใกล้ชิดชดกันและมีความสุขมากขึ้น วิธีการบันทึกข้อมูลโดยใช้รูปถ่ายภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวเป็นส่วนเสริมกับกระบวนการคุยเพื่อปรึกษาหารือ เพื่อการเล่าเรื่องราว ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน และหารือกับบุคลากรอื่นในทีม เพื่อร่วมแสวงหาทางออกที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีเรื่องของผู้ป่วยที่มีปัญหาเวียนศีรษะที่เกิดจากโรคหินปูนในหูชั้นใน ที่แม้ว่าจะพบจำนวนไม่มาก อาการไม่รุนแรง แต่ทำให้บางคนหมดโอกาสที่ออกจากบ้านไปมีชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เพราะต้องทุกข์ทรมานกับปัญหาในการทรงตัว มีทางเลือกในการ

ดูแลและรักษาอาการของตนเองไม่มาก แต่ในปัจจุบันวิทยาการความก้าวหน้าทางวิชาการ ภายภาพบำบัดมีมากขึ้น จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการดูแลและรักษาอาการนี้ ดังตัวอย่าง การดำเนินงานของนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลตรัง ที่สามารถแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า งานบริการกายภาพบำบัดในอนาคตต้องมีการพัฒนาและมีความยืดหยุ่น ในการปรับบทบาทและการทำงานของตนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และเปิดพื้นที่การให้บริการ ที่มีขอบเขตกว้างขวางมากยิ่งขึ้น การขยายบริการเชิงรุกทำให้ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการ ทำงานตามสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพิ่มพูนทักษะในการทำงานเพื่อให้เข้าถึงสาเหตุและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งต้องแสวงหาความร่วมมือกับทุก ฝ่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจนทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง

12 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Sapphire 7  
(ทันตแพทยสภา)

ทพ. จัตรชัย มาแก้ว

โรงพยาบาลพรหมพิราม

ผศ.พิเศษ ทพ.ไพศาล กังวลกิจ

ทันตแพทยสภา

ทพญ.เยาวพา จันทบุตร

โรงพยาบาลโพนทอง

ทพ.ชุมพล ชมะโชติ

สถาบันธัญญารักษ์

การจัดการกับความเสียหายแบบตั้งรับ (reactive approach) เป็นความพยายามจัดการกับสิ่งที่ได้เกิดไปแล้ว แทนที่จะจัดการที่ต้นเหตุ และมักจะเป็นการมองว่าปัญหาเกิดจากความผิดพลาดหรือบกพร่องของบุคคลมากกว่าระบบ ทั้งที่จากการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วย แทบทุกกรณีเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ คือสามารถจัดการที่เหตุได้เกือบทั้งสิ้น จึงเป็นที่มาของการจัดทำ (ร่าง) Thai Dental Safety Goals & Solution โดยคณะกรรมการการศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัย การให้บริการทางทันตกรรม ของทันตแพทยสภา ซึ่งได้ทำการศึกษาปัญหาความเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นทางทันตกรรม ซึ่งมีข้อมูลมาถึงทันตแพทยสภา และวางแผนทางการแก้ไขเชิงรุกอย่างเป็นระบบ (proactive systematic approach) และมุ่งสู่มาตรฐานสากล เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการแข่งขันต่อการเปิดเสรีทางการค้าและบริการในอนาคต

ที่มหาวิทยาลัยจะนำเสนอการวิเคราะห์ตัวอย่าง cases ที่เกิดเป็นปัญหาอย่างชัดเจน รวมทั้งเสนอแนะทางออกของการป้องกันปัญหาเหล่านั้น ให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ปฏิบัติได้จริง คิดว่าน่าจะถึงเวลาแล้วที่ทันตแพทย์ทุกคน จะถือเป็นหน้าที่ในการร่วมกันสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในวิชาชีพทันตแพทย์ โดยการพัฒนาขบวนการให้การดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ทำนรับผิดชอบหรือทำงานอยู่ โดยเริ่มจากการนำ (ร่าง) Thai Dental Safety Goals & Solution ไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของการดูแลผู้ป่วยทันตกรรมอย่างปลอดภัย

## Thai Dental Safety Goals & Solutions 2009

(ฉบับร่าง แก้ไขครั้งที่ 1 : 19 กันยายน 2009)

คณะกรรมการความปลอดภัยทางทันตกรรม ทันตแพทยสภา

เอกสารนี้ เป็นข้อเสนอแนะทางวิชาการ อันเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพ นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ความสามารถและบริบทอื่นๆ ของตนเองและสถานบริการ เน้นการนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกทันตกรรม ทั้งที่เป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน

### Safe Dental Treatment

- SD 1 ถูกคน ถูกตำแหน่ง
- SD 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย ในการรับการรักษาทันตกรรม
- SD 3 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย
- SD 4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ได้รับการรักษาภายใต้ บุคลากรที่มีความสามารถ ความพร้อมของ อุปกรณ์ ยา
- SD 5 ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการ medical immobilization อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

### Safe Communication

- SC 1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- SC 2 ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ก่อนการรักษา
- SC 3 เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ปกครองต้องได้รับทราบและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ

### Safe record

- SR 1 มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึง ความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย การประเมินผู้ป่วย การให้รักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อกำหนดแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา

### Safe infection control

- SI 1 การสวมเครื่องป้องกันการติดเชื้อ (protective barriers)
- SI 2 เครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย (instrument processing)

- SI 3 การดูแลรักษาพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา (surface asepsis)
- SI 4 ในการให้การรักษาผู้ป่วยทั่วไปควรยึดหลักของ Universal Precaution



# SHA Sharing

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A28	เรื่องเล่า ...เปลี่ยนโลก
	13.00-14.30 น.	A38	เติม Spiritual ใน Standard
	15.00-16.30 น.	A48	เพิ่มคุณค่า งานคุณภาพด้วย Humanized Healthcare
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B18	จุดเด่นของดี ที่มีใน SHA : วิเคราะห์และถอดบทเรียน
	10.30-12.00 น.	B28	การดูแลด้วยใจวิถีพุทธ
	13.00-14.30 น.	B38	ใจประสานใจ คนไข้ แพทย์ พยาบาล
	15.00-16.30 น.	B48	เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C18	Humanized Healthcare Award
	10.30-12.00 น.	C28	สู่ความยั่งยืนด้วย 5S
	13.00-14.30 น.	C38	เศรษฐกิจพอเพียง ทำได้ในโรงพยาบาล



มาริยา บัตยะบุตร	โรงพยาบาลรามัน
อัจฉรา บุญช่วย	โรงพยาบาลพะโต๊ะ
อังคณา นามบุตร	โรงพยาบาลหนองวัวซอ
นพ.ทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์	โรงพยาบาลหนองวัวซอ

## เรื่องเล่า...เปลี่ยนโลก

อัจฉรา บุญช่วย                      โรงพยาบาลพะโต๊ะ

การทำงานในโรงพยาบาล เราเจอกับความทุกข์ ความเจ็บป่วยของคนไข้ตลอดเวลาหลายครั้งเรารู้สึกเฉยๆ เพราะเรามีความรู้เรื่องโรคและพยาธิสภาพ งานที่ทำในปัจจุบันกลับกลายเป็นภาระกองโต ที่ต้องใช้เวลากับสิ่งเหล่านั้น จนเกิดความรู้สึกถึงความเหินห่างจากการรับรู้เรื่องราวชีวิตละเอียดความรู้สึกของคนไข้ เป็นอีกหนึ่งช่องว่างของการเข้าถึงมิติด้านจิตใจ มิติของความเป็นมนุษย์

เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ พัฒนางองค์กร หล่อเลี้ยงให้องค์กรมีพลัง จึงนำการใช้เรื่องเล่ามาใช้ในโรงพยาบาล เพราะเรื่องเล่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่มนุษย์ใช้เรียนรู้ ความรู้สึกนึกคิด ที่เป็นความประณีตละเอียดอ่อน นอกจากนั้นเรื่องเล่ายังมีตระกะเชิงวัฒนธรรม คุณค่า ความดี ความงาม ซ่อนอยู่ด้วยเสมอ การเรียนรู้จากรื่องเล่าจึงเป็นการเรียนรู้ที่มีศักยภาพขององค์กร

การเขียนเรื่องเล่าเหมือนกับเป็นการหยุดและย้อนเวลากลับไปยังเรื่องราวเหล่านั้น ทำให้สามารถที่จะไปพินิจพิเคราะห์ทุกรายละเอียดได้อย่างช้าๆ จนเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิด ปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาเชิงพฤติกรรมที่แก้ยากได้ เจ้าหน้าที่เกิดการครุ่นคิดอย่างลึกซึ้งซึ่งมีความประณีตมากขึ้น ความประณีตที่เกิดขึ้นจากการคลุกคลีกับเรื่องเล่า ฝึกให้เรามีมโนคติตรึงตรองที่ลึกซึ้งละเอียดอ่อนมากขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของตัวตน สามารถลบช่องว่าง ขจัดความเข้าใจยากของการแพทย์ในมุมมองของคนไข้ได้ เกิดความไวในการรับสัมผัสความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของคนไข้

เราไม่เพียงมีชีวิตอยู่ในโลก เราไม่เพียงมีชีวิตอยู่ในเรือนร่าง แต่เรามีชีวิตอยู่ในเรื่องเล่า ให้ทุกชีวิตที่ได้นำถ่ายทอดผ่านเรื่องเล่าทางการแพทย์ เป็นอีกหนึ่งเรื่องราวที่ถูกจดจำและเล่าขานว่าเรื่องเล่าได้เปลี่ยนโลกเป็นโลกแห่งความสุขและยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพนั่นเอง



## เปิดตัว SHA ด้วยเรื่องเล่า ขยายเรื่องเล่าสู่กระบวนกรดูแลผู้ป่วย

อังคณา นามบุตร

โรงพยาบาลหนองวัวซอ

โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลชุมชนหนึ่งที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ปี 2549 และมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ได้นำแนวคิดเรื่ององค์กรที่ยั่งยืนที่เน้นความเป็น องค์กรร่วมและบูรณาการใช้ความสำคัญกับการดำรงอยู่ของวิถีชีวิตของคนในชุมชน ภูมิปัญญา ท้องถิ่น และความสมดุลของฐานทรัพยากรธรรมชาติ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จากปัญหาที่ทำลายในการที่จะสร้างไว้ซึ่งระบบคุณภาพ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ประกอบการหมุน เวียนของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เกิดขึ้นทุกปี ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ระหว่างผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพที่มีมาตรฐานด้านวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมาเกี่ยวข้องมากขึ้น รวมทั้งแรงเฉื่อยที่มีอยู่ในระบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา การกระตุ้นให้คนในองค์กรเกิดการพัฒนาอย่างบูรณาการ อย่างเข้าใจในเป้าหมาย และคุณค่าของมาตรฐาน ร่วมกับการเปิดจิตใจให้กว้าง มีความคิดเชิงบวก และเกิดความสุข ในบริการการดูแลที่ให้แก่ผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ก้าวไปสู่มิติของจิต วิญญาณในการให้บริการ จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่ต้องนำมาขยายผลในองค์กร เพื่อให้เกิดการ พัฒนาองค์กรที่ยั่งยืนทั้งมาตรฐานและความมีชีวิตชีวาของคนในองค์กร การใช้สื่อของความ รู้สึกทางจิตใจและการถ่ายทอดผ่านการการบอกเล่าเรื่องราวเป็นตัวหนังสือที่เรียกว่า “เรื่องเล่า” จึงได้ถูกนำมาใช้ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การนำเรื่องราวประทับใจ และความทรงจำที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ผ่านการบอกเล่า เรื่องราวและถ่ายทอดออกมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงได้เริ่มต้นขึ้นโดยการอบรมการ เขียนเรื่องฉบับย่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนและเริ่มฝึกเขียนจากเรื่องเล่าเดิมที่เขียนไว้ ภายใต้ โครงการ “เปิดตัว SHA ด้วยเรื่องเล่า” หลังจากพบเรื่องราวดีดีที่เกิดขึ้นจากการเขียนเรื่องเล่า จึงได้มีการนำมาขยายผลสู่กระบวนกรดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจผ่านเรื่องเล่าร่วมกับการทบทวน ตามมาตรฐาน ในหน่วยงาน พบเรื่องราวต่าง ๆ จากเรื่องเล่ามองเห็นความงามในงานประจำ การทำงานด้วยหัวใจเมื่อได้ทบทวนและรับรู้สิ่งที่ทำ ทำให้คนทำงานมีความสุข เห็นการทำงาน ที่มีมาตรฐานและการนำนวัตกรรมมาใช้ในการทำงาน จากการรับรู้ผ่านเรื่องเล่าในการดูแล ผู้ป่วย ในการทำงานในหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จึงได้นำไปสู่การมองโลกแบบใหม่ การค้นพบ ความจริง ความดี และความงามที่มีอยู่ที่โรงพยาบาลของเรา ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่ การพัฒนาองค์กรที่ยั่งยืน

## เรื่องเล่า...เปลี่ยนโลก

มารีญา ปัตยะบุตร

โรงพยาบาลรามัน

โรงพยาบาลรามันมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการพัฒนาคุณภาพหลายมาตรฐาน จุดแข็งคือการมีผู้นำที่เข้มแข็ง ทีมงานที่เข้มแข็ง การพัฒนาคุณภาพทำให้คนในองค์กรได้เรียนรู้เครื่องมือต่างๆ มากมาย ที่นำมาตามบริบทของเรา

Narrative medicine เป็นเครื่องมือที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลนำมาถ่ายทอดให้กับโรงพยาบาลต่างๆ โรงพยาบาลรามันได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการได้รับความรู้จากวิทยากร ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ อาจารย์ที่มากด้วยความรู้และประสบการณ์ นำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการมาถ่ายทอดให้กับบุคลากรที่สนใจและเชิญชวนให้ทุกคนได้เขียนเรื่องราวประสบการณ์ที่ได้พบ รวบรวมเรื่องเล่าจากทุกคนได้จำนวน 113 เรื่อง จาก 22 หน่วยงาน ซึ่งเป็นเรื่องเล่าที่มาจากบุคลากรทุกระดับตั้งแต่ระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติทุกระดับ แม้แต่คนงาน ยังเกิดเรื่องเล่าดีๆ

บรรยากาศการเขียนเรื่องเล่าเริ่มขึ้นในองค์กร ทุกคนพยายามฝึกฝนตนเองที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีอยู่ในใจนานนับปี แต่ยังไม่มีโอกาสที่จะเขียนออกมา เนื้อเรื่องมีทั้งเศร้า สนุก และตื่นเต้นปะปนกันไป จาก 113 เรื่อง เราคัดสรรเลือกออกมา 39 เรื่อง โดยแยกเป็น 2 ประเด็น คือ ประสบการณ์ที่ได้จากผู้มารับบริการและประสบการณ์ที่ได้จากองค์กร วันที่ 8 มิถุนายน 2552 ที่ผ่านมามีทุกคนได้นำประสบการณ์ที่ประทับใจมาเล่าสู่กันฟังในห้องประชุมเล็กในบรรยากาศอบอุ่น หลายๆ เรื่องมีบทเรียนที่เป็นปัญหาแอบแฝงอยู่ เป็นบทเรียนที่จะสอนพวกเราให้จดจำในเรื่องราวที่ดี สะท้อนให้เห็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนที่เกิดขึ้นในองค์กร หลายๆ ประเด็นที่เป็นจุดแข็งเป็นโอกาสให้ผู้บริหารหรือทีมผู้นำที่เกี่ยวข้องได้เก็บเกี่ยวประเด็นเหล่านั้นมาพัฒนาต่อยอด ไม่ว่าจะเป็นการเสริมพลังอำนาจที่ผู้บริหารมาวางแผนในการเสริมแรงบุคลากรหรือว่าจุดอ่อนของระบบงานระบบที่เกี่ยวข้องก็จะแต่งตั้งทีมทบทวนพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องด้วยเรื่องเล่าดีๆ ที่บุคลากรทุกระดับของเราได้เล่าสู่กันฟัง

จนถึงวันนี้เรื่องราวดีๆ ของเราได้มีโอกาสได้รวบรวมผลงานเป็นพ็อคเก็ตบุ๊กเล่มเล็กๆ ซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจของทุกคนที่มีโอกาสได้เล่าเรื่องดีๆ ด้วยเครื่องมือที่ทำให้ทุกคนในองค์กรรู้สึกว่าการได้ถ่ายทอดเรื่องราวดีๆ ที่อยู่ในความทรงจำความประทับใจของทุกคนเข้าไปสู่งานประจำและถอดบทเรียนจากเรื่องเหล่านี้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพเป็นการสร้างโลก ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรที่ยั่งยืนต่อไป

สุทธิดา รอดทองอยู่	โรงพยาบาลกะพ้อ
สุกานดา เมฆทรงกลด	โรงพยาบาลพิจิตร
สุภาพรรณ ปาละสัน	โรงพยาบาลละงู
ผศ.นพ.ทศพร ศิริโสภิตกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

### ครึ่งหนึ่งกับรถ Refer

สุทธิดา รอดทองอยู่      โรงพยาบาลกะพ้อ

“คำคืนอันมีดมิด มีเพียงแสงไฟจากเกาะกลางถนน และแสงวาวจากไซเรนรถ refer ที่หมุนอยู่นั้น จะมีใครรู้บ้างว่า...ในยามดึกที่ทุกคนหลับสนิทในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังมีคนกลุ่มหนึ่งที่กำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่...”

การทำงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข แพทย์ และพยาบาลตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่นๆ ต้องเผชิญคือสถานการณ์การก่อความไม่สงบเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างสูง ตัวอย่างหนึ่งที่เป็นผลกระทบมาจากสถานการณ์ คือ การส่งต่อผู้บาดเจ็บโดยรถ refer นอกจากจะมองเรื่องเป้าหมายของความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บแล้ว ยังต้องเอาตัวรอดจากสิ่งที่เกิดจากเหตุการณ์ดังกล่าว เช่น ตะปูเรือใบที่ผู้ก่อการไม่สงบโรยไว้เต็มถนนมีผลให้ยางรถแตก ณ สถานการณ์นั้น พยาบาลสาว 2 คน พนักงานขับรถ 1 คน กับผู้ป่วยถูกยิงที่ปอดเลือดไหลออกชุ่มตลอดเวลา การช่วยเหลือโดยการเจาะปอด และให้สารน้ำเพื่อช่วยชีวิตเบื้องต้นแล้ว ผู้ป่วยต้องการส่งไปถึงโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือที่พร้อมเพื่อผ่าตัดกระสุนที่ฝังอยู่ในปอดโดยเร็วที่สุด จะทำอย่างไรเมื่อรถ refer ที่กำลังแล่นอย่างเร่งรีบที่จะส่งผู้ป่วยให้ถึงเป้าหมายไม่สามารถวิ่งได้ในยามวิกาลและในสถานการณ์ที่ไม่สงบเช่นนั้น คนทำงานต้องการขวัญ กำลังใจ และการมีสติที่จะคิดแก้ไขสถานการณ์ ประสานโรงพยาบาลเครือข่ายที่อยู่ใกล้ที่สุด อาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนในการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่อย่างเต็มความสามารถนั่นเอง พร้อมนำผลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ครั้งนั้นมาวางระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการ refer ที่รวดเร็วและมีความพร้อมรับทุกสถานการณ์จากบทเรียนที่ได้รับ

## เต็มฝัน ปันรัก ถักทอสายใย เป็นกำลังใจ แต่เธอ

สุภาพวรรณ ปาละสัน      โรงพยาบาลละงู

“มะ” หญิงมุสลิม อาชีพประมง มีแผลที่เท้า เท้าบวม ปวดมาก เดินไม่ได้ เป็นมาหลายวันแล้วแต่ไม่ยอมมาหาหมอ คำถามจึงเกิดขึ้นในใจของทีมพยาบาล ทำให้เข้าไปศึกษาประวัติการรักษา พบปัญหาการขาดยา ไม่มาตามนัด เคยเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดนิ้วเท้ามาแล้ว

เมื่อถูกถามว่าทำไมไม่มาพบแพทย์ตามนัด “มะ” สีหน้าเครียดและเศร้า ความไวต่อความรู้สึกและรับรู้ความทุกข์ของ “มะ” จึงเป็นเหตุทำให้ทีมงานอยากเข้าไปพูดคุยกับมะเพื่อหาทางช่วยเหลือ บางประโยคของคำถาม กระตุ้นให้น้ำตาของ “มะ” ไหลรินออกมา จนทำให้พยาบาลรู้สึกผิดที่ต่อว่า “มะ” โดยไม่ฟังเหตุผล “มะ” ได้รับการดูแลรักษาแผล และได้รับยาเบาหวานจนทำให้แผลดีขึ้น ทีมพยาบาลมาเยี่ยมและดูแลอย่างใกล้ชิด สร้างสัมพันธ์ภาพจนทำให้ “มะ” บอกเล่าความทุกข์ให้ฟัง

เมื่อ “มะ” กลับบ้าน ทีมได้เยี่ยมบ้านที่เต็มไปด้วยหญ้ารก มีน้ำขัง มีต่อไม่ระเกะ ระกะ สภาพบ้านทรุดโทรมมาก ไม่มีห้องน้ำใช้ ที่นอนอับชื้นจากสายฝนที่สาดเข้ามาภายในเพราะหลังคาสังกะสีไม่สามารถป้องกันสายฝนได้ เมื่อมาเห็นสภาพความเป็นอยู่ทำให้เข้าใจและรับรู้ความทุกข์ของผู้ป่วยมากขึ้น

ปัญหาที่กำลังรุมเร้าดูจะหนักหนากว่าอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวานและแผลที่เท้ามากมายนัก “มะ” เล่าให้ฟังว่ามีลูกทั้งหมดห้าคน แต่งงานและแยกย้ายบ้านไปเกือบหมดแล้ว อยู่กับลูกอีกสองคนอยู่ ป. 4 และคนเล็กอายุ 4 ขวบ “มะ” มีอาชีพ หาปลา หาหอยเลี้ยงลูกไปวันๆ เมื่อที่งานได้ฟัง จึงหาทางช่วย “มะ” และครอบครัว ประสานองค์กรในชุมชนเท่าที่จะสามารถประสานได้ทั้ง อบต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ให้การช่วยเหลือ “มะ” เป็นอย่างดี ตลอดจนทีมจิตอาสาในชุมชน ช่วยกันพา “มะ” มาทำแผล ที่สถานีนอนามัย จนแผลดีขึ้น “มะ” มีบ้านหลังใหม่ในไม่ช้านี้ ***“ชีวิตใหม่ ของมะ กำลังจะเริ่ม ความสุข ความปิติ และอีมเอมของพวกเรา กำลังจะตามมา”***

ทีมงานได้นำข้อมูลทุกอย่างกลับมาวิเคราะห์ คิดได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ใช่เพียงแค่นี้ยากกลับไปทานที่บ้านและให้คำแนะนำต่างๆ ตามทฤษฎีที่เราได้ร่ำเรียนมา ชุมชนต้องมีส่วนร่วม ภาคเครือข่ายต้องเข้มแข็ง ที่แท้จริงแล้ว สภาพจิตใจ ปัญหาที่แท้จริงเราน่าจะหันมามองใส่ใจด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ***“กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน”***

## กุฟองแห่

สุกานดา เมฆทรงกลด      โรงพยาบาลพิจิตร

หอผู้ป่วย ICU ได้รับแจ้งจาก ตึกอุบัติเหตุว่า ขอให้รับผู้ป่วยหญิง อายุ 42 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าหลอดเลือดสมองแตก อาการรุนแรงจนต้อง CPR ขณะนี้สมองตายแล้ว แต่ขอให้ช่วยรับไว้ เพราะเป็นกรณีที่ประเมินว่าเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนได้

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อเวลาประมาณ 01.00 น. มีอาการปวดศีรษะโดยให้ประวัติว่าเป็นไมเกรนมาก่อน ตรวจที่ ER พบว่าปวดศีรษะ ความดันเลือดปกติ ดูไม่น่าเป็นห่วงแพทย์จึงให้รับยากกลับบ้าน ต่อมาหลานไปพบผู้ป่วยหยุดหายใจ โทรศัพท์เรียกหน่วย EMS และได้มีการช่วยฟื้นคืนชีพและรับไว้ที่ ICU

ทุกคนตระหนกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลานสาวร้องไห้ตลอดเวลา รู้สึกผิดที่พาผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่ได้ขอให้แพทย์ Admit ผู้ป่วย หลังจากที่ญาติๆ ทราบข่าวก็โกรธพูดกันไปต่างๆ กล่าวโทษแพทย์ของโรงพยาบาลว่าปฏิบัติหน้าที่บกพร่อง ไม่ใส่ใจ และละเลยต่อผู้ป่วยจนเป็นเหตุที่ทำให้ เกิดวิกฤติรุนแรงเช่นนี้ ญาติพูดคำเดียวว่าโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบสรุปว่า “กุฟองแห่!”

ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย “เดือน” ดิฉันได้พูดคุย กับญาติๆ ทำให้ทราบว่าเดือนเป็นน้องสาวคนเล็ก พี่น้องรักมาก เดือนไปทำงานที่กรุงเทพจนถึงห้อง ผู้ชายคนนั้นไม่รับผิดชอบอะไร เดือนเสี่ยงลูกตามลำพังโดย ฉันเน้นการสื่อสารเชิงบวก แสดงท่าทีเป็นมิตรตลอด แม้ญาติจะหลุดว่าจะฟ้องรพ.ดิฉันก็จะบอกกับญาติว่าเราไม่ได้เป็นศัตรูกัน เราต่างทำหน้าที่ซึ่งกันและกัน ดิฉันขอรับรองกับญาติว่า ขณะนี้ขอให้เราร่วมมือกันในการดูแลเดือน ให้เดือนได้รับสิ่งที่ดีที่สุด พอพูดถึง “พ่อ” หนุ่มจะเงยบ ลุกกับป้าบอกว่า “มันเกลียดพ่อมัน มันไม่อยากจะยิน” ดิฉันจึงแนะนำให้เพื่อนบ้านช่วยติดต่อพ่อของหนุ่มให้ เพื่อแจ้งข่าว

จนอยู่มาวันหนึ่ง มีผู้ชายมาดกริ่ง ขอเยี่ยมผู้ป่วย เขาตอบว่า “ผมเคยเป็นสามีของเดือน” ดิฉันดีใจมาก ดิฉันเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นกับเดือนให้ฟัง เขาดูเศร้ามาก ฉันพาเข้าเยี่ยมเดือน ดิฉันพูดให้กำลังใจ และขอให้เขาได้พูดคุยกับเดือนทุกเรื่องที่ยากพูดเพื่อลดละสิ่งค้างคาใจต่อกัน เขาเริ่มพูดกับเดือน เขาพูดว่า” เดือน พี่ขอโทษ พี่ไม่รู้เลยว่าหลังจากที่เราอยู่ด้วยกันแล้วเดือนตั้งท้อง เดือนหายไปจากพี่ พี่เองก็ถูกแม่ให้แต่งงาน พี่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว พี่เองก็ผิด พี่ไม่เคยรับผิดชอบ พี่ละอายใจ เดือนที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ร้องไห้ หลังจากนั้นฉันได้เล่าให้หนุ่มและญาติของเดือนฟัง ว่าพ่อมาเยี่ยม และได้โอหสิกรรมกัน ฉันแทบไม่เชื่อหูตัวเองกับคำพูดว่า “หมอ! พวกฉันขอบคุณ คุณหมอมากนะ ที่ช่วยเหลือเดือนถึงขนาดนี้

พวกฉันไม่เคยคิดเลยว่า ชีวิตเดือนจะมีวันนี้ วันที่ผู้ชายคนนั้นมันมาขอโทษ ขอชวากับเดือน  
ครอบครัวฉันรอวันนี้มาตลอดชีวิต หมอทำให้ขนาดนี้ ฉันจบแล้ว ฉันไม่คิดที่จะเอาเรื่อง หรือ  
ฟ้องร้องใคร อีกต่อไปแล้วที่ผ่านมา พวกเราขอโทษ”

## Echo สัญจรเพื่อเด็กโรคหัวใจจังหวัดนครราชสีมา

ผศ.นพ.ทศพร ศิริโสภิตกุล

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กบางรายได้รับการวินิจฉัยรักษาช้าเพราะมักเกิดในครอบครัวที่  
ยากจนมีการศึกษาน้อย และบางรายไม่มีอาการชัดเจนเช่น โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว อีกทั้ง  
บุคลากรสาธารณสุขยังขาดทักษะในการตรวจวินิจฉัย ทำให้ยังมีผู้ป่วยหลงเหลืออยู่ในชุมชน  
จำนวนมาก เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนเป้าหมายในจังหวัดนครราชสีมา  
ให้มีความสามารถในการตรวจจับโรคหัวใจในเด็กมากขึ้นโดยให้บริการเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วยราย  
ใหม่ในชุมชน ให้ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ ตลอดจนศึกษาจำนวนและชนิดของโรคหัวใจเด็กใน  
กลุ่มดังกล่าวเพื่อนำมาปรับปรุงในการรักษาโรคหัวใจในเด็กต่อไป

ทีมงานได้ดำเนินการ ออกปฏิบัติการใน 8 อำเภอ อำเภอละ 2 ครั้ง ตั้งแต่ 1 เมษายน  
2550 ถึง ตุลาคม 2551 โดยการอบรมให้ความรู้โรคหัวใจเด็กและ ฝึกทักษะในการตรวจวินิจฉัย  
แก่ผู้เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยในอำเภอ ออกดำเนินการตรวจ  
หาผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กในชุมชนที่รับผิดชอบ โดยบุคลากร ผู้ที่ผ่านการอบรมแล้ว และบริการ  
ตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคหัวใจกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่กลุ่มเด็กทุกอายุที่ต้องสงสัย ด้วยเครื่องตรวจ  
เสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) ที่ รพ.ชุมชนโดยทีมกุมารแพทย์โรคหัวใจ

เราพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กอยู่ในชุมชนจริง สามารถช่วยให้บุคลากรที่ผ่านการอบรม  
ใช้ความรู้และทักษะ ตรวจจับความผิดปกติได้ถึง 68 ราย และช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กได้  
ก่อนที่จะสายถึง 25 ราย

บทเรียนที่ได้รับของทีมงาน การช่วยเหลือโดยการค้นพบอย่างรวดเร็ว การบริการเชิง  
รุกสามารถรักษาเด็กโรคหัวใจได้ การทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับบุคลากรใน  
ชุมชน ทำให้สามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นและมั่นใจขึ้น เกิด  
สัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนมากขึ้นสามารถนำไปดำเนินการในอำเภออื่นๆ ได้อีกต่อไป

นพ.ปริญญา นพเก้า                      โรงพยาบาลปทุมราชวงศา  
 ทพญ.วรงค์ ศิริขจรพันธ์        โรงพยาบาลสีชมพู  
 วิชา วณิชกิจ                         สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
 นพ.วราวุธ สุรพฤกษ์

### ประติทาน

นพ.ปริญญา นพเก้า                      โรงพยาบาลปทุมราชวงศา

ประติทานเป็นชื่อของเด็กชายคนหนึ่งที่เกิดที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง นัยว่าพ่อแม่ตั้งให้เพราะการลืมหืมตาของโลกของประติทานถือเป็นเรื่องมหัศจรรย์สำหรับครอบครัว

ครอบครัวของประติทานนั้น พ่อแม่เป็นชาวนาชนบทธรรมดา พ่อแม่มีลูกแล้วเป็นลูกสาวทั้งหมด แต่ยังไม่ได้คุมกำเนิด วันหนึ่งแม่ก็ตั้งท้องประติทาน พ่อแม่เคยคุยกันเรื่องการทำแท้งแต่ก็คิดว่าเมื่อเด็กเขาอยากมาเกิด ก็ไม่ควรไปทำลายเขา จากนั้นครอบครัวก็ช่วยกันดูแลตามอัตภาพ แล้ววันหนึ่งชะตากรรมก็ส่งแบบทดสอบอันสาหัสมาให้ครอบครัวนี้ เมื่อเธอท้องได้ 4 เดือนญาติข้างบ้าน ซึ่งมีอาการทางจิตเวชเกิดอาการคลุ้มคลั่ง คว่าป็นลูกของออกมายิงกราด ในสี่ขววินาทีนั้นเองที่ชีวิตเธอกลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก แขนขาซ้ายเคลื่อนไหวไม่ได้ เธอถูกนำส่ง รพ.ในทันที ผมซึ่งเป็นแพทย์เวรได้ส่งต่อผ่าน รพ.จังหวัด จนถึง รพ.ศูนย์ ในวันเดียวกัน สามีเธอรับฟังคำอธิบายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วยใบหน้าที่เป็นอันด้วยน้ำตา เมื่อรู้ว่าคู่ชีวิตอาจไม่มีโอกาสกลับมาเป็นปกติและการตั้งท้องต่อจะมีความเสี่ยงทั้งแม่และลูก

ในอีก 1 เดือนต่อมาผมพบเธออีกครั้งที่ห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีปัญหาสายสวนปัสสาวะผมตะลึงเมื่อรู้ว่าเธอพิการและต้องการตั้งครรรค์ต่อไป สีหน้าเธอและสามีดูมทุกข์ แต่แวต่ายังฉายแววของการไม่ยอมแพ้ต่อโชคชะตา แต่ก็ดูเธอและเขาต้องต่อสู้อย่างโดดเดี่ยวเหลือเกิน จากการสังเกตพบว่าการวางถุงปัสสาวะที่ผิดหลักและการซักประวัติคร่าว ๆ พอประเมินได้ว่ายังขาดความรู้ที่ต้องรู้อีกมาก ผมได้พาทีมงานครบทีมตั้งแต่กายภาพบำบัด เภสัชกรพยาบาลห้องคลอด งานสุขภาพจิตไปเยี่ยมเธอที่บ้านแนะนำการดูแลตนเองต่างๆ

หนึ่งสัปดาห์ก่อนประติทานจะคลอด เราพาเธอมาอัลตราซาวด์อีกครั้งพบว่าเด็กยังอยู่ท่ากัน ผมได้เขียนใบส่งตัวให้ไปคลอดที่ รพ. จังหวัด แต่เธอก็เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลชะก่อน ทีมงานได้ช่วยทำคลอดเธอได้รอดปลอดภัยทั้งแม่และลูก

ไม่น่าเชื่อเลยใช่ไหมว่าทีมงานจะทำคลอดท่ากันจากแม่ที่อัมพาตได้

ผมได้เรียนรู้ว่าเรื่องบางเรื่องถ้าเราช่วยกันทำและมีความมุ่งมั่น มันก็มีโอกาสที่จะสำเร็จ ผมได้เรียนรู้ถึงความใจสู้ไม่ยอมแพ้ต่อโชคชะตา และผมก็ได้รู้ว่าการทำงานนำมาซึ่งความสุขอย่างไร

## ชีวิตใหม่....ของ....ชายชราที่ขาหัก

วิภา วณิชกิจ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

“ผลสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของทีมที่สัมผัสได้”

จุดเริ่มต้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ วัย 90 ปี ที่ถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลมานานมากกว่า 50 ปี ขณะเดินเข้าห้องน้ำเกิดสะดุดขาของผู้ป่วยสูงอายุที่ยื่นออกมา ทำให้กระดูกต้นขาหัก ต่อจากนี้ผู้ป่วยจะพิการหรือ

ที่ผ่านมาเรามีประสบการณ์ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ เกิดกระดูกต้นขาหักแต่ผู้ป่วยรายนั้นไม่สามารถเดินได้อีก ต้องพิการตลอดชีวิต การให้ความร่วมมือและการเสริมสร้างกำลังใจในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีความเป็นไปได้ยาก ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจเป็นอย่างสูงในบุคลากร เพราะผู้ป่วยไม่มีญาติ และจะทำอย่างไรดี เพราะเราเป็นโรงพยาบาลจิตเวชไม่มีความชำนาญเรื่องความเจ็บป่วยทางกาย

ทีมงานในหอผู้ป่วยตกลงทำสัญญาใจว่า “ผู้ป่วยต้องไม่พิการ” ดังนั้นจึงได้ดำเนินการโดยส่งพยาบาลเข้าไปร่วมกันวางแผนการรักษาพร้อมกับแพทย์ศัลยกรรมกระดูก ติดตาม / ประเมิน พบว่าไม่สามารถตั้งกระดูกได้ตามที่ทีมคาดหวังเพราะผู้ป่วยไม่ร่วมมือ อาจเกิดการติดของกระดูกที่ผิดรูป เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ทีมได้ส่งบุคลากรเข้าร่วมดูแลและเรียนรู้การฟื้นฟู จนกระทั่งกลับเข้ามาในหอผู้ป่วย ทีมงานนำมาวางแผนการฟื้นฟูร่วมกับนักกายภาพบำบัดของสถาบันฯ ร่วมกับการสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยในรูปแบบที่เฉพาะทางจิตเวช

ผลการทำงานของเราทำให้ผู้ป่วยกลับมาเดินได้ สามารถดูแลตัวเองทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมซึ่งเกิดจากการร่วมกันวางแผนการดูแลตั้งแต่แรก ร่วมกับทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก และความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากร สามารถสรุปปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จได้ว่า “ความรักและความตั้งใจของทีมที่ทำงานด้วยหัวใจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลับคืนมา เป็นรางวัลของเรา”



## เส้นสุดท้าย

ทพญ.วราวัคร์ ศิริขจรพันธ์

โรงพยาบาลสีชมพู

“เส้นสุดท้าย” เป็นภาพยนตร์สารคดีที่เกิดขึ้นมาจากจิตวิญญาณของคนตัวเล็ก ๆ จำนวนมากที่ทำงานร่วมกันอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีระยะห่างไกลที่สุดจากจังหวัดขอนแก่น สภาพบ้านเมืองและความเป็นอยู่ของชุมชนคนไทยอีสาน ดูไม่น่าดึงดูดใจนัก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องย้ายถิ่นฐานมาทำงานอยู่ที่นี่ จึงเป็นเรื่องธรรมดา ที่จะมีแพทย์ ทันตแพทย์ หมุนเวียนเปลี่ยนหน้าใหม่กันอยู่ทุกปี เช่นเดียวกันกับตัวโรงพยาบาล ที่ดูเหมือนจะไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป

“หมอ ไปที่ไหนก็เหมือนกันแหละ.เพราะทุกที่ จะมี 3 สิ่งเหมือนกันเสมอ”

“คือ สิ่งที่เราพอใจ สิ่งที่เราไม่พอใจ และสิ่งที่เรารู้สึกเฉย ๆ กับมัน”

ระยะเวลา 3 ปีของฉัน เทียบไม่ได้กับระยะเวลาที่ท่านผู้อำนวยการและพี่ๆ อีกหลายคนได้เรียนรู้ร่วมกันมามากกว่า 10 ปี ฉันมองเห็นการทะเลาะเบาะแว้ง ความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจ ความขี้เกียจ ความน่าเบื่อ และอีกหลายๆ ความ ที่นำมาสู่การบีบคั้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่างตามมา แต่หลังจากพายุที่โหมกระหน่ำได้สงบลง เรามักจะได้สัมผัสกับแสงสว่าง และรอยยิ้มตามมาเสมอ

“ปรารถนาให้ทุกท่านมีความสุขในการทำงาน” เป็นเป้าหมายของอนุกรรมการบริหารความสุข (กบส.) ที่เกิดจากการรวมตัวกันของคนที่พร้อมจะทำให้เพื่อนร่วมงานมีความสุขในการทำงาน โดยไม่ต้องมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการวางแผนกลยุทธ์กันแบบไม่รู้เนื้อรู้ตัว โดยการใช้ศิลปะในการมอง มองให้เห็นความสวยงาม ความดีงามที่ซ่อนอยู่ แล้วซึมซับมันลงในจิตใจ

ขอบคุณผอ.ที่รักพวกเราเหมือนลูก ขอบคุณพี่ๆ น้องๆ ที่ร่วมฝ่าฟันมาด้วยกัน

ขอบคุณชาวอำเภอสีชมพูที่ให้เราได้เรียนรู้

ขอบคุณกลิ่นอายของฟางข้าวและหมอกในยามเช้า ...

ขอบคุณในความเป็นสีชมพู

จตุพร วิศิษฐ์โชติอังกูร

นักวิชาการอิสระ

เกียรติศักดิ์ ม่วงมิตร

นักวิชาการอิสระ

ดวงสมร บุญผดุง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

## มุมมองต่อการถอดบทเรียนความสำเร็จของ SHA

จตุพร วิศิษฐ์โชติอังกูร

ถึงแม้ว่าการดำเนินงาน โครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน” หรือ โครงการ SHA จะเป็นช่วงเริ่มต้น และมีการดำเนินงานตามแนวคิดผสานงานพัฒนาคุณภาพกับการส่งเสริมสุขภาพมาในระยะเวลาไม่นาน แต่ความสำเร็จที่เกิดขึ้น กลับผลักดันให้มีการเคลื่อนงานคุณภาพอย่างมีพลัง ให้กับคนทำงานทางด้านสุขภาพ จึงมีคำถามว่า เป็นเช่นนั้นได้อย่างไร? ทางทีมงานถอดบทเรียนได้มีโอกาสถอดบทเรียนและเรียนรู้ในสองโรงพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลนำร่องตามโครงการ SHA คือ โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร และ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ทางทีมงานถอดบทเรียนได้สรุปได้ 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต และต้นทุนเดิมของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเติมเต็ม ต่อยอดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ด้วยกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการที่ผู้คนใช้อยู่แล้วเป็นประจำเป็นการจัดการความรู้ของชีวิต แทรกอยู่ทุกอณูของการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน ส่วนในด้านต้นทุนของโรงพยาบาลที่มีทักษะด้านเครื่องมือพัฒนางานประจำเช่น TQM, 5 ส, OD,ESB และ R2R จุดแข็งของ SHA จึงอยู่ที่ “มีหลักการแนวคิดที่ชัดเจน มีความยืดหยุ่นและมีความอิสระ” สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบทของพื้นที่ ตอบสนองเป้าหมายของคนทำงาน
2. การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้นำ มุมมองของการพัฒนาคุณภาพมีส่วนสำคัญมากต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสู่ความยั่งยืน ผู้นำที่ให้ความสำคัญและเข้าใจ ความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพผ่านงานส่งเสริมสุขภาพ กระบวนทัศน์ของผู้บริหารจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเอื้อให้บุคลากรได้มีพื้นที่แห่งตัวตนได้อย่างอิสระและมีความพึงพอใจ เป็นบรรยากาศของการทำงานที่ให้เกียรติ ให้

ศักดิ์ศรี คุณค่าที่เท่าเทียม

3. การบูรณาการระหว่างงานส่งเสริมคุณภาพ และ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลมีทิศทางที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เรื่อยรูดึง “แก่น” ของงานส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับ คน การมีส่วนร่วม วัฒนธรรมและความเชื่อ คลี่คลายปัญหาสุขภาพโดยการสร้างความตระหนักรู้ที่จำเป็น เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน มีการเชื่อมโยงร่วมด้วยช่วยเหลือกันของภาคีหุ้นส่วน
4. กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างมีพลัง การลงผิด ลองถูกของกระบวนการการพัฒนาคุณภาพเพื่อค้นหาจุดสมดุลพร้อมที่จะก้าวไปข้างหน้าด้วยฐานขององค์ความรู้ พบว่า มีการเปิดพื้นที่การเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ผ่อนคลาย ยืดหยุ่น รวมไปถึงการสนับสนุนนวัตกรรมทางด้านสุขภาพที่หลากหลาย “การนำเสนอผลงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้” เป็นกลยุทธ์ในการ “สร้างและใช้ความรู้” เป็นกระบวนการจัดการความรู้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง สร้างชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice : CoP) ที่เป็นธรรมชาติ ภายใต้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้

โครงการ SHA ที่มีจุดมุ่งอยู่ที่ความ “ยั่งยืน” คนทำงานในแวดวงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างก็พูดเป็นเสียงเดียวกันว่า SHA ทำให้งานที่ทำอยู่ชัดขึ้น และ SHA ให้โอกาสคนทำงานในมิติจิตใจที่ยากแก่การมีพื้นที่เป็นของตัวเอง ด้วยลักษณะกระบวนการที่ซับซ้อนละเอียดอ่อน ผลผลิตที่ได้ก็เป็นเชิงนามธรรมที่ใช้ตัวชีวิตใด ๆ มาตัดสินกำหนดมาตรฐานไม่ได้เลย ความสำเร็จที่แท้จริงไม่ได้เกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ หากแต่ว่าสิ่งสมวัตฒนธรรมการทำงานคุณภาพผ่านเครื่องมือที่หลากหลายมาระยะหนึ่ง

## โลกทัศน์ที่กว้างขึ้นของคนนอกวง SHA

เกียรติศักดิ์ ม่วงมิตร

หากไม่มีโอกาสได้เข้าไปเยี่ยมชมและเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ จากโรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาราช ตามคำเชิญชวนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) แล้ว ทศนคติต่อโรงพยาบาลของผม คงไม่ต่างไปจากคนนอกวงการสาธารณสุขทั่ว ๆ ไป ที่เป็นเพียงผู้รับบริการแบบไม่ยากเข้าไปรับบริการหากไม่มีความจำเป็น และอาจกล่าวได้ว่าทศนคติที่มีต่อสถานที่และบุคลากรในสถานพยาบาลนั้นเป็นไปในทางลบ

เสียเป็นส่วนใหญ่

ผมเคยตื่นนอนตอนตี 4 เพื่อขับรถไปส่งพ่อเข้าคิวรอรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ซึ่งกว่าจะได้รับการตรวจวินิจฉัยก็ปาเข้าไปเกือบจะเที่ยง ยังไม่ต้องเอ่ยถึงว่าได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรต่างๆ ในโรงพยาบาลอย่างไร ซึ่งเป็นที่มาของทัศนคติในทางลบในตัวผม ผมเล่าเรื่องนี้ให้ทีมงานและคนของ สรพ. ในการหารือเพื่อทำงานร่วมกันในคราวหนึ่งด้วย ทุกคนดูเหมือนจะเออออและเห็นด้วยกับสิ่งที่ผมพูดและแสดงความคิดเห็น

โลกทัศน์ผมเปิดกว้างมากขึ้นหลังจากผมกลับจากโรงพยาบาลพิชิต และกว้างมากขึ้นหลังจากสิ้นสุดการเยือนโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผมไม่เคยรับรู้มาก่อนเลยว่า การดูแลเยียวยาจิตใจญาติผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทุกทุกขใจอย่างหนักจากการเจ็บป่วยของญาติเป็นสิ่งที่บุคลากรในโรงพยาบาลให้ความสำคัญ ไม่เพียงให้กำลังใจและให้ข้อมูลอย่างรอบด้านเกี่ยวกับการรักษาและอาการเท่านั้น ในบางกรณียังช่วยปรับลดความคาดหวังเพื่อมิให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจมากเกินไปเมื่อเกิดการสูญเสียขึ้น ปฏิบัติการเหล่านี้เกิดขึ้นด้วยความอ่อนโยน จริงใจ

ไม่เคยรับรู้มาก่อนเลยว่า การแพทย์ที่พัฒนามาจากความรู้ฝั่งตะวันตก ค่อนข้างละเลยมิติทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้ย้อนมาให้ความสำคัญกับเรื่องการตายอย่างสงบ ได้คิดค้นและริเริ่มกิจกรรมต่างๆ ที่จะให้ผู้เตรียมจะจากไปได้ระลึกถึงความดี ปลดคลายความกังวลใจ ที่สุดก็จากไปอย่างสงบ ไปสู่สุคติ ความเชื่อของผู้คนในฝั่งตะวันออก ได้รับรู้ถึงความเสียสละของคนเล็กคนน้อยในโรงพยาบาล ที่ร่วมไม้ร่วมมือสละความสุขส่วนตนให้โรงพยาบาลเดินไปข้างหน้าได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งนั่นหมายถึงโอกาสการได้ดูแลรับใช้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัด ซึ่งทั้งหมด คือ ญาติมิตรวงศ์วานว่านเครือของพวกเขานั่นเอง ผมไม่เคยคิดว่าจะมีแพทย์ที่เสียสละตัวเอง อยู่โรงพยาบาลเกือบตลอดทั้งวัน ไม่เปิดคลินิกเพื่อหารายได้เสริม แต่ทุ่มเทไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่และสุดความสามารถ นอกเหนือจากการงานในโรงพยาบาลก็ยังใช้เวลาส่วนหนึ่งออกเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามบ้าน ในโรงพยาบาลผมยังได้เห็นผู้คนที่มึนจิตโอาสา สละเวลามาช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระงานของโรงพยาบาลอย่างเต็มอกเต็มใจ ผมได้เห็นการทำงานเชิงรุกของโรงพยาบาลไปร่วมไม้ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมาพบแพทย์

สรพ. บอกว่า นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ที่ได้ปรับตัวไปข้างหน้า จึงเป็นข่าวดีมาก สำหรับผม และก็คาดหวังว่าเรื่องราวดีๆ เหล่านี้จะขยายกระจายไปทั่วทั้งแผ่นดิน

วาสนา พิณิจสุวรรณ	โรงพยาบาลแม่ใจ
ศิริพร ชิตสูงเนิน	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พัชรี บุญสุวรรณ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

### โรงพยาบาลแห้วพุทธ ปลุกจิตเข้มแข็ง องค์กรยั่งยืน

วาสนา พิณิจสุวรรณ      โรงพยาบาลแม่ใจ

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตามแนววิถีพุทธ เป็นนวัตกรรมที่ดีมากในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งมิติด้าน กาย-ใจ-วิญญาณ-สังคม และบูรณาการเข้ากับการพยาบาล 4 มิติ ทั้งป้องกัน ส่งเสริม รักษา ฟื้นฟู ได้อย่างลงตัว โดยมีกลุ่มอาสาสมัครจิตอาสา เข้ามาช่วยกันดูแลผู้ป่วย เกิดสังคมเอื้ออาทร สังคมไม่ทอดทิ้งกัน ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนโดยมีศูนย์มิตรภาพ บำบัด ซึ่งกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ สามารถลดปัญหาการที่ผู้ป่วยขอลาเพื่อออกไปทำพิธีทางศาสนาที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้การรักษาของแพทย์ไม่ต่อเนื่อง และต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงมาก แต่เมื่อมีจิตอาสาพระสงฆ์เข้าทำกิจกรรมทางศาสนาในโรงพยาบาลปัญหาเหล่านี้ก็หมดไป ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการและยังสามารถขยายกิจกรรมออกไปในชุมชนเป็นการเอื้ออาทรต่อกัน เช่น โครงการบุญต่อบุญ โครงการแสงสว่างส่องปัญญา ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแนวพุทธ ปลุกจิตเข้มแข็ง องค์กรยั่งยืนได้ขยายลงสู่ชุมชนและสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอแม่ใจ

เกิดกิจกรรมการนิมนต์พระสงฆ์บรรยายธรรมะเสียงตามสายทุกวันพุธ พิธีสืบทอดประเพณีแห้วเคราะห์แก่ผู้ป่วย-ญาติ-ผู้สนใจ ถวายสังฆทาน ตักบาตรวันละบาท โครงการบุญต่อบุญ ผู้สูงอายุจิตอาสา เล่นดนตรีพื้นเมือง ผูกข้อมือแก่ผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ ป้อนอาหาร สอนตัดตุง ทำโคมไฟแปดเหลี่ยม ทำผางประทีป เสริมอาชีพผู้ป่วย ทั้งในและนอกรพ. โดยมีการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาในแต่ละกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ผลคือ ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจ เกิดแกนนำจิตอาสาและการให้บริการผู้ป่วยมีความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ

## มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดบุรีรัมย์

พัชรี บุญสุวรรณ / ลำไย เกียรติผดุงกุล ชมรมจริยธรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ได้เห็นความสำคัญที่จะมุ่งเน้นให้คนในองค์กรมีคุณธรรม จริยธรรมที่ดีงาม สามารถปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลงานบริสุทธิ์ ยุติธรรม และให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มกำลังสติปัญญา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เกิดสังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืนภายใต้การพัฒนาอย่างสมดุล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ได้ดำเนินการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และนำหลักธรรมทางศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของบุคลากร อันจะส่งผลให้มีความสุขในการปฏิบัติงาน มีพฤติกรรมที่ดีต่อผู้มาใช้บริการ เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยได้จัดตั้งชมรมจริยธรรม พัฒนาด้านคุณธรรม จริยธรรม ขยายเครือข่ายสู่ชมรมจิตอาสา ชมรมมิตรภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระตุ้นให้ชมรม/เครือข่ายจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัยและสร้างองค์ความรู้ เพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรม พัฒนาระบบคนดี ชมรมจริยธรรมก่อตั้งปี 2536 จนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลา 16 ปี มีสมาชิก 827 คน ประกอบด้วยบุคลากรทุกระดับ มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โครงการสร้างเสริมคุณธรรม โครงการปฏิบัติธรรมนอกสถานที่ โครงการคนดี ศรีมหาธาตุ, โครงการสืบทอดวัฒนธรรม ประเพณี, โครงการรอกันในวันสำคัญ, โครงการไถ่ชีวิตโค กระบือ โครงการนิมนต์พระ มารับบิณฑบาต, โครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โครงการอาสาสมัครจิตอาสา, โครงการพัฒนาจิตอาสาเครือข่ายผู้ติดเชื้อ, โครงการมิตรภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, โครงการพัฒนาความรู้ ศึกษาวิจัยตามหลักวิชาการ เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่สำคัญ พบว่าพฤติกรรมด้านคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรทุกวิชาชีพ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทำงานเป็นทีม บุคลากรมีระเบียบวินัย มีความรักองค์กร มีความเสียสละ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆขององค์กรเป็นอย่างดี ผลประเมินอัตราความพึงพอใจในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น

รณิดา ตูละวิภาค	ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามมาธิบัติ
หทัยชนก ศรีสวัสดิ์	โรงพยาบาลปัตตานี
ปานเนตร ศรีสุริยะธาดา	โรงพยาบาลพิจิตร
นพ.ชาติรี เจริญศิริ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### Primary nursing care in Sirikrit Medical Center Intensive Care Unit (4IK), Ramathibodi Hospital

รณิดา ตูละวิภาค      ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โรงพยาบาลรามมาธิบัติ

Primary nursing care หรือ ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการมอบหมายงานในลักษณะของการกระจายอำนาจลงสู่พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เริ่มนำมาใช้ในหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ใช้นำร่องในระยะที่สองในโรงพยาบาลรามมาธิบัติ และยังคงดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน

การนำเอาระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะต้องเข้าใจหลักการและเห็นความสำคัญของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติให้เกิดความเข้าใจ เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับทั้งต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้ปฏิบัติงานเอง เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ให้การดูแลรักษาโดยไม่จำกัดประเภทผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความหลากหลายขององค์ความรู้ที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาพยาบาล ในการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มาใช้จะต้องมีเกณฑ์ในการจ้างงาน โดยคำนึงถึงสมรรถนะของพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการกำหนดประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 4 ปีและต้องมี incharge เป็น associate nurse เสมอเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และสามารถยืดหยุ่นได้ตามความต้องการของผู้ป่วยในขอบเขตของวิชาชีพ

ผลดีของการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ เกิดผลทั้งทางด้านสัมพันธภาพ การดูแลรักษา ความภาคภูมิใจและการเรียนรู้ของพยาบาลเจ้าของไข้เอง ได้แก่ 1) ผู้ป่วย และญาติมีความพึงพอใจ เนื่องจากได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และได้รับทราบข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดสัมพันธภาพอันดี กล่าวที่

จะระบายนโยบายต่างๆ เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้การรักษาพยาบาล 2) พยาบาลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลกับทีมสุขภาพอื่นๆ ทำให้เกิดการสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 3) พยาบาลมีความภาคภูมิใจที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มศักยภาพ มีอิสระในการตัดสินใจ 4) มีข้อมูลสามารถวางแผนการรักษาพยาบาล นำไปสู่การให้การพยาบาลแบบองค์รวมและสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ฯลฯ

## แก้วตา ดวงใจ

หทัยชนก ศรีสวัสดิ์

โรงพยาบาลปัตตานี

“ป้าคอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากเบาหวาน ทำผิดรูป มีแผลติดเชื้อ ตาขวามองไม่เห็น ตาซ้ายเห็นลางๆ ฟอกไตที่โรงพยาบาลปัตตานี เป็นประจำ เดินทางมาฟอกไตแต่ละครั้งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการเหมารถ ครั้งละ หลายร้อยบาท เดือนละ 8-9 ครั้ง และต้องจ่ายส่วนเกินค่าล้างไตครั้งละ 500 บาท ในเดือนๆ หนึ่งป้าคองต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากนอกจากจะเผชิญกับอาการต่างๆ ของโรคไตแล้ว” ป้าคองอาศัยอยู่กับลูกชายวัย แปดขวบ ที่เปรียบเสมือนเป็นแก้วตา ดวงใจ สามารถดูแลแม่ได้เป็นอย่างดี ทั้งฉีดยา ทั้งดูแลอาหารการกิน เนื่องจากสามี ป้าคอง วันๆ เอาแต่เมาสุราและไม่สนใจดูแลป้าเท่าที่ควร

การสามารถเข้าถึงความรู้สึกของคนไข้ของทีมหน่วยไตเทียม ที่คำนึงถึงความยากลำบาก ความทุกข์จากการเดินทาง การอยู่อาศัย จากโรคและสภาพความเป็นอยู่ที่ทีมสามารถประเมินค้นหาได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่ความช่วยเหลือโดยสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยมีทีมสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง ให้ความรู้และแนะนำอยู่เคียงข้างเสมอ

กระบวนการที่ปรับเปลี่ยนในการดูแลป้าคองโดยสหวิชาชีพ และได้รับการสนับสนุนค่าเดินทางรถประจำทาง การจัดคิวฟอกเลือดให้เกื้อกูลกับวิถีชีวิต ปัจจุบันป้าคองเป็นจิตอาสา เป็นวิทยากรให้คำปรึกษา ร่วมกิจกรรมการฟอกเลือดอย่างมีความสุข ด้วยความรักและความเอื้ออาทร จากครอบครัวที่เป็นแก้วตา ดวงใจของป้าและจากเจ้าหน้าที่ทำให้ป้าคอง ผู้ป่วยโรคไตที่เคยซึมเศร้า และบ่นกับโชคชะตาตลอดเวลา กลายมาเป็นวิทยากรสำหรับผู้ป่วยโรคไตในวันนี้ เพื่อสร้างกิจกรรมการฟอกไตอย่างมีความสุขต่อไป



## เยียวยาจากแม่สู่ลูก

ปานเนตร ศรีสุริยะธาดา โรงพยาบาลพิจิตร

พวกเราก็มีโอกาสดูแล “ฟ้าใส” ทารกน้ำหนักเพียง 650 กรัม อายุครรภ์เพียง 25 สัปดาห์ น้ำหนัก 650 กรัม เกิดจากแม่ซึ่งมีภาวะกลุ่มอาการ HELLP แพทย์บอกว่าทารกและแม่มีโอกาสรอดชีวิตมีน้อยมาก เราช่วยชีวิตหนูน้อย “ฟ้าใส” อย่างเต็มกำลัง เพราะเคยช่วยชีวิตลูกที่น้ำหนักตัวน้อยเพียง 800 กรัมมาแล้ว ทีมได้ค้นหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรค พุดคุยกับสูติแพทย์ ทำให้ทราบถึงเหตุผลที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง เกิดเลือดต่ำ และเลือดหยุดยาก เมื่อทำผ่าตัดคลอด แม่เสียเลือดมาก อากาการไม่ค่อยดี นอนอยู่ที่ ICU ได้ประสานว่าถ้าแม่เริ่มรู้สึกตัวขอให้เธอให้กำลังใจผู้ป่วยและบอกด้วยว่า ขณะนี้ลูกของเขายังมีชีวิตอยู่และน้ำหนักของแม่สำคัญที่สุด พวกเราต้องการนมแม่เพื่อให้แก่ลูกของเธอ เมื่อแม่เริ่มรู้สึกตัว แต่ยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ พยาบาลทารกแรกเกิด, พยาบาลคลินิกสายใยรักเข้าไปช่วยประคบเต้านมด้วยสมุนไพร และบีบเก็บน้ำนมนำไปให้ทารกกินอย่างต่อเนื่อง เมื่อแม่ออกจาก ICU มาหอบผู้ป่วยสูติกรรมแม่ได้บีบน้ำนมมาให้ และได้เดินมาเยี่ยมลูกที่หอบผู้ป่วยทารกทีมได้ดูแลประทับใจเป็นอย่างดี

เราได้คุยกับแม่ว่าแม่แข็งแรงแล้วแต่ลูกยังต้องการกำลังใจจากแม่ ขอให้แม่มานอนดูแลลูกที่หอบผู้ป่วยทารกแรกเกิด แม่เต็มใจที่จะมาดูแลลูกด้วยตนเอง เมื่อแม่เกิดความกังวล กุมารแพทย์จะให้ความรู้ข้อมูลในการรักษา พยาบาลจะให้ความรู้ ด้านการพยาบาลเช่นการขับถ่าย การล้างมือถูกวิธี เกสซอร์จะให้ความรู้เรื่องยา เพราะทีมของพวกเราคาดหวังว่า ถ้าแม่มีความรู้ มีความสบายใจ มีความรัก ลูกของเธอก็จะหายเร็วและไม่กลับมาป่วยอีก และสิ่งหนึ่งที่สร้างความรู้สึกภาคภูมิใจให้กับทีมของเรา ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครบทุกมิติ

วิธีการของเราคือมีการจัดพื้นที่ภายในหอบผู้ป่วยให้เหมือนห้องรับแขกที่ครอบครัวจะมานั่งเล่นนอนเล่น พุดคุยเยี่ยมเยียน เหมือนบ้านของพวกเขา ทำให้แม่ซึ่งอยู่กับพวกเรานานเป็นเดือน ทุกเวลาความเหงา คิดถึงบ้าน เศร้า ซึม มีความสุข สดชื่น ผ่อนคลาย ให้แม่เข้ากลุ่มพุดคุยกันเพื่อให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

น้องฟ้าใสจะหายกลับบ้าน น้ำหนักตัวอยู่ในระดับปกติ มีพัฒนาการสมวัย ขณะนี้อายุได้ 8 เดือนแล้ว แต่ความรู้สึกอึดอัดใจ ความปลื้มปิติยังตราตรึงอยู่ในใจพวกเราอยู่ตลอดเวลา การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นเพียงการดูแลด้านกายภาพ แต่แท้ที่จริงการดูแลกันภายในจิตใจที่สัมผัสถึงกันและกันระหว่างทีมดูแลกับแม่และลูก เป็นสุขของปรารถนาที่อยากเห็นมากที่สุด

ภญ.สีดีแอสေး ดือเร๊ะ

โรงพยาบาลหนองจิก

จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล

โรงพยาบาลยางตลาด

ตรีศักดิ์ รีละออง

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล

โรงพยาบาลยางตลาด

## เข้าใจ เข้าถึง จึงพัฒนา

ภญ.สีดีแอสေး ดือเร๊ะ      โรงพยาบาลหนองจิก

ประชาชนอำเภอหนองจิกเป็นอำเภอหนึ่งที่มีปัญหาในเรื่องความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ในอันดับต้น ๆ ของจังหวัดปัตตานี มีการดำรงชีวิตผสมผสานแบบพหุวัฒนธรรม ประชาชนนับถือศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 85 มีวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ชอบบริโภคอาหารพื้นเมืองโดยเฉพาะน้ำบูดู ชุมชนมีอาชีพเกษตรกรรม ทำประมง ทำปลาเค็มตากแห้ง กะปิ ข้าวเกรียบ

กระบวนการผลิตปลาเค็มนั้นชาวบ้านจะใส่ยาฆ่าหนอนแมลงวัน ถ้าเป็นปลาหางแข็งจะใส่ดินประสิว ปลาเค็มจะใส่เกลือในปริมาณสูง ผลิตบนพื้น ชาวบ้านต้องนั่งท่าก้มหลังงอ ปัญหาในการผลิตปลาเค็มตากแห้ง ไม่ว่าจะใส่ยาฆ่าหนอนแมลงวัน ดินประสิว ความเค็มในปริมาณที่สูง การผลิตบนพื้น ท่าก้มงอ ล้วนเป็นปัญหาสุขภาพทั้งของผู้ผลิตและผู้บริโภคโดยตรง

จากการสำรวจผู้ผลิตปลาเค็มตากแห้งอย่างจริงจัง ลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ ความจริงใจ ความเข้าใจ ในการที่จะพัฒนา ผู้ผลิตปลาเค็มจึงยอมรับ ให้ความรู้อันตรายจากการใช้สารเคมี กระบวนการผลิตที่ถูกสุขลักษณะ ขยายความคิดการส่งสินค้าไปขายต่างประเทศ การเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ แต่จะต้องผลิตตามมาตรฐาน GMP หรือGHP ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เช่น พัฒนากรอำเภอ เกษตรอำเภอ อุตสาหกรรมจังหวัด วิทยาลัยประมง ผ่านการพัฒนาได้ระดับ GHP (ผ่านความสะอาด เรียบร้อย) ประเด็นสำคัญ ผู้ผลิตเป็นมุสลิม 100% ซึ่งมีความเชื่อ ว่าการทำงานใด ๆ นั้น นอกจากหวังผลกำไรแล้ว สินค้าที่ผลิตหรือขายจะต้องฮาลาล (ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม) และตอยยีบัน (คือ สะอาดและปลอดภัย)

จึงขอความร่วมมือกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ให้ความรู้หลักศาสนาและ  
ลงตรวจเยี่ยม ทำให้ผู้ผลิตปลาเค็มตากแห้งมีความตระหนักรู้มากขึ้นไม่ใส่ยาฆ่าแมลง ในช่วง  
เวลาที่มีแดดจัด แต่ช่วงเวลาที่ไม่มีแดด ยังเป็นปัญหากับผู้ผลิตซึ่งโอกาสที่จะเกิด  
หนอนแมลงวันสูงจึงขอคำปรึกษาจาก คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาควิชาการอาหาร  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำการพัฒนาผลิตภัณฑ์ในช่วงหน้าฝนโดยการไม่ใส่ยาฆ่า  
แมลง (อยู่ในระหว่างการพัฒนา) นอกจากนี้กำลังวางแผนการของรับตู้อบมาใช้หน้าฝน และ  
ตู้พลังแสงอาทิตย์มาใช้ช่วงที่มีแดด ซึ่งสามารถป้องกันแมลงวันได้ ปัจจุบันปลาเค็มตากแห้ง  
มีราคาเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาผลิตภัณฑ์ สามารถส่งออกไปยังต่างประเทศ ชาวบ้านมีรายได้  
เพิ่มขึ้น ทำให้ชาวบ้านมีความสุขด้วย แผนการพัฒนาต่อไปคือ พัฒนาการผลิตข้าวเกรียบที่  
ปราศจากเชื้อรา การพัฒนาการผลิต กะปิ บูด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและเชื้อแบคทีเรีย  
บทรเย็น การทำงานใดๆ นั้น ถ้าเจ้าหน้าที่ใส่ใจวิญญานยอมที่จะเป็น มือบน (ผู้ให้)  
มากกว่าที่จะเป็น มือล่าง (ผู้รับ) ตามหลักคำสอนของศาสนา รู้จักบริบท ทิศทางสังคมของ  
พื้นที่จริง ๆ การแก้ปัญหาของพื้นที่ที่ยาก ๆ ก็จะง่ายขึ้น

## **การพัฒนาแนวทางการดูแลโรคไข้เลือดออกและไข้หวัด 2009 โดยชุมชนมีส่วนร่วม**

จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล      โรงพยาบาลยางตลาด

เดิมการป้องกันและควบคุมโรคเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร  
สาธารณสุขเท่านั้น ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการทำงาน ทำให้มีการระบาดของโรคไข้เลือด  
ออกทุกปี

ทีมงานได้ใช้แผนที่ผลลัพธ์เป็นเครื่องมือให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา  
โรคไข้เลือดออกและไข้หวัด 2009 ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้กระบวนการแก้ไขปัญหาด้วย  
ตนเอง ตลอดจนเกิดแนวทางการดูแลที่ชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้น และผ่านการประเมินโดย  
ชุมชนแล้วว่าสามารถปฏิบัติได้จริงภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม  
พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและไข้หวัด 2009 ของประชาชนบ้านหัวงัว  
จ.กาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ส.ค. 52 – ก.ค. 53 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโรคที่เป็นปัญหา 5  
อันดับแรกในพื้นที่ย้อนหลัง 3 ปี ค้นข้อมูลให้ชุมชนและใช้แผนที่ผลลัพธ์เป็นเครื่องมือในการ  
แก้ไขปัญหาพร้อมกับชุมชน

ทีมงานประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ direct partner จากเกณฑ์บ่งชี้ความ  
ก้าวหน้า ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต ควบคู่กับการประเมิน  
การใช้แนวทางการดูแลโรค เมื่อเดือน ธ.ค 52 พบว่า มีผู้ป่วยไข้เลือดออก 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยได้

รับการดูแลอย่างทันที่และปลอดภัยตามแนวทางการดูแล และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมโรคมากขึ้นแม้ว่ายังไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน ขณะเดียวกันกลับพบว่ามีความเข้าใจตลาดเคลื่อนในการประสานงานภายในโรงพยาบาลเพื่อการรายงานโรคทำให้พลังควบคุมโรคล่าช้ากว่าชุมชน

**บทเรียนที่ได้รับ** ควรมีการสื่อสารข้อมูลสำคัญลงสู่ผู้นำครัวเรือนให้ครบถ้วน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันอย่างทั่วถึงและควรมีการตรวจสอบแนวทางการดูแลของรพ. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลของชุมชน และสามารถควบคุมโรคได้ทันที่

### การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา

ตรีศักดิ์ วัลละออง    โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (ในนามของสถานีอนามัยตำบลบ้านใหม่)

จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของตำบลบ้านใหม่ พบว่ามีผู้ป่วย ทั้งหมดมากกว่า 300 คน ต้องไปรักษาที่รพ. และคลินิก สภาพการที่ไปรักษาต้องอาศัยญาติพาไปโดยบางคนกลางาน 1 วัน เพื่อรับ-ส่งญาติ บางคนเดินทางไปรักษาเองแต่มีปัญหาสุขภาพไม่ค่อยดีไม่สามารถดูแลตนเองได้เพราะต้องรอหมอตรวจเกือบทั้งวัน

ด้วยเหตุนี้ที่ทีมงานจึงได้นำกระบวนการ outcome mapping มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทคนบ้านใหม่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน และญาติที่เป็นเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จัดทำประชาคมเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีการสร้างฝันร่วมกันว่า “ผู้ป่วยเบาหวานที่ตำบลบ้านใหม่อำเภอพระนครศรีอยุธยาต้องได้รับการดูแลตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การรักษาพยาบาลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานะและบริบทจนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จนสามารถอยู่กับโรคและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข” มีการกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันของกลุ่มภาคี ซึ่งทำให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้นำท้องถิ่นได้ขยายความคิด ผ่านเวทีการประชุมของอบต. ที่จะช่วยเสริมให้ได้ผลงานโดยพัฒนาที่งานในการดูแลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การค้นหา การปรับเปลี่ยนกรณีพบกลุ่มเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ

ผลที่เกิดขึ้นพบว่า ประชาชนที่ป่วยด้วยเบาหวานของตำบลบ้านใหม่ได้รับการดูแลตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกัน ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการดูแลเกิดคลินิกเบาหวานที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลมีช่องทางการดูแลต่อกรณีที่มีปัญหา ส่งกลับและดูแลต่อจากโรงพยาบาลโดยญาติ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกิดเป็น “ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน” เพื่อการต่อ

รองของกลุ่มกับผู้ที่จะต้องดูแล และหาแนวทางในการดูแลกันเองของผู้ป่วยพร้อมให้การช่วยเหลือกันเมื่อสมาชิกมีปัญหาความเข้มแข็งของท้องถิ่นช่วยให้โครงการสำเร็จได้ มีเป้าหมายอันเดียวกันในการทำงานของเจ้าหน้าที่ กลุ่มพันธมิตรที่เหมาะสมจะช่วยทำให้งานสำเร็จได้ด้วยดี

นพ.ภักดี สืบบุญการณ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
นพ.พันธุ์เชษฐ บุญช่วย	โรงพยาบาลพะโต๊ะ
นพ.นิรันดร์ มณีกานนท์	โรงพยาบาลพระยืน
นพ.รอชาลี ปัตยะบุตร	โรงพยาบาลรามัน
	โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น
	โรงพยาบาลศรีนครินทร์
	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
นพ.ชาติรี เจริญศิริ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ดวงสมร บุญผดุง	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ดำเนินการมอบรางวัลเชิดชูเกียรติ Humanized Healthcare Award เป็นปีที่ 3 เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีที่มีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในระดับที่เป็นตัวอย่างให้แก่โรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยได้เชิญชวนโรงพยาบาล ส่งผลงานการดูแลด้วยหัวใจของความ เป็นมนุษย์ เพื่อนำเสนอในเวทีการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 11 และเข้ารับรางวัลเชิดชูเกียรติ Humanized Healthcare Award ซึ่งปรากฏว่ามีโรงพยาบาลที่สนใจส่งผลงานเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก

เรื่องเล่าต่างๆ เป็นบทเรียนจากชีวิตจริงของทั้งผู้ทุกข์ยาก และผู้ให้การเยียวยา เราได้เห็นการเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่ค่อยๆ เกิดขึ้นจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ป่วย ซึ่งแต่เดิมเราถูกฝึกให้ชินชาต่อเรื่องเหล่านี้ จากแนวคิดที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เราได้เห็นความเชื่อมโยงจากใจถึงใจระหว่างผู้เยียวยากับผู้ป่วยที่แม้ชีวิตก็อาจสละให้ได้ และกลับสะท้อนมาเป็นกำลังใจให้แก่กัน ช่างไว้ซึ่งพลังที่จะต่อสู้กับความเหนื่อยยาก ปลดปล่อยความท้อแท้ออกจากชีวิต เราได้เห็นการวางแผนและกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพราะการมองเห็นและตระหนักในความสำคัญของปัญหาตรงหน้าโดยไม่เพิกเฉย เราได้เห็นความเชื่อมั่นศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ ไม่ว่าเขาจะเป็นเด็กตัวเล็กๆ เป็นคนเจ็บ เป็นผู้ทุกข์ยาก ให้โอกาสพวกเขา ช่วยกันดึงศักยภาพของเขาออกมา และอื่น ๆ อีกมากมาย ที่เห็นได้จากเรื่องเล่าจากโรงพยาบาล

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาคัดเลือกโรงพยาบาลและหน่วยงานที่มีผลงานเด่น ที่ควรค่าต่อรางวัลเชิดชูเกียรติ Humanized Healthcare Award ทั้งสิ้น 8 รางวัล ใน session นี้ ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.ชาติรี เจริญศิริ หนึ่งในคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้สัมผัสกับเรื่องเล่าจากโรงพยาบาล นักร้อยเรื่องและลงเยี่ยมสถานที่จริงด้วยตัวเอง จะขอนำที่มโรงพยาบาลและหน่วยงานที่ได้รับรางวัลบอกเล่าถึงเบื้องหลังของความสำเร็จ วิธีคิด ที่มาของการใช้แนวคิดการบริการด้วยหัวใจกับความเป็นมนุษย์ผสมผสานกับการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลที่สนใจ ต่อไป

## Humanized Care in Raman Hospital

นพ.รชชาติ ปัตยะบุตร      โรงพยาบาลรามัน

โรงพยาบาลรามัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทวัฒนธรรมของชุมชน ประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีบริบทของวิถีชีวิตที่ค่อนข้างจะแตกต่างไปจากพื้นที่อื่นของประเทศไทย

“**ศาสนานำการสาธารณสุข**” เป็นนโยบายสำคัญที่ทีมผู้บริหารแนวคิดจะบูรณาการหลักการความเชื่อ และหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นจุดแข็งของชุมชนกับการสาธารณสุข การดูแลเอาใจใส่ด้วยหัวใจ ด้วยความรู้สึก ซึ่งหล่อหลอมองค์การตลอดมาควบคู่กับเส้นทางการพัฒนาคุณภาพขององค์กรมาตั้งแต่ปี 2535 โดยสรุปกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ด้วยหัวใจความเอื้ออาทรต่อกัน 3 ระบบ ดังนี้

**กลุ่มเจ้าหน้าที่** “คนคือทรัพยากรที่สำคัญที่สุด “

ดังนั้นการสร้างคน การเสริมสร้างขวัญกำลังใจของบุคลากร จึงเป็นภารกิจที่ยิ่งใหญ่ขององค์กร โดยได้มีการศึกษาและกำหนด 10 ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและมีการวางรูปแบบของกิจกรรมเพื่อสร้างคน สร้างงาน และเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน การเสริมสร้างปัจจัยที่ศึกษาทำให้เกิดผลงานต่างๆที่มาจากความร่วมมือร่วมใจของบุคลากร ทั้งในระดับบุคคลและในระดับทีมต่างๆเช่น ระดับบุคลากร เช่น รางวัลพยาบาลดีเด่น รางวัลผู้ปฏิบัติดีเด่นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค รางวัลดีเด่นด้านนวัตกรรมฯลฯ ระดับทีม เช่นรางวัลทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทีมดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทีมอนามัยแม่และเด็กฯลฯ

**ระบบงาน** การสร้างระบบงานหลายๆระบบขององค์กรที่เอื้อต่อการทำงานของบุคลากร และผู้มารับบริการ เป็นกระบวนการที่ทีมและบุคลากรทุกระดับให้ความสำคัญต่อการปรับปรุงกระบวนการในการทำงานถึงแม้เกิดปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ รพ.ก็ยังคง

คงมีการปรับปรุงระบบ เพื่อให้ผู้มารับบริการพึงพอใจตามบริบทซึ่งเป็นความต้องการของชุมชนและผู้รับบริการอย่างแท้จริง เช่น คลินิก ANC high risk เพื่อแก้ปัญหาแม่และเด็กในพื้นที่ ระบบ one stop service ในคลินิกเรื้อรัง/คลินิกโรคติดต่อ เพื่อแก้ปัญหาระยะเวลาในการรับบริการในหลายๆจุด สร้างจุดบริการเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน โครงการเยียวยาผู้ที่เกิดผลกระทบจากปัญหาสถานการณ์ การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยในการเดินทางจากสถานการณ์ในพื้นที่

**กลุ่มผู้ป่วย** การให้ความสำคัญกับวิถีการปฏิบัติตนของผู้รับบริการ โดยสอดคล้องกับวิถีชุมชนตั้งแต่การดูแลตั้งแต่ระยะเกิด ป่วย ตาย เป็นระบบที่นำมาบูรณาการในการดูแลผู้มารับบริการในทุกกลุ่มในทุกจุดบริการโดยเน้นการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น การจัดมุมอาชานสำหรับเด็กแรกคลอด การนำโตะบีแดด(หมอต้ม)มาดูแลหญิงหลังคลอด การปรับยาในเดือนรอมฎอน (ถือศีลอด) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง การสอนการเรียนรู้ด้วยเมนูอาหารที่เป็นเมนูในพื้นที่ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลด้วยหัวใจ ด้วยความรู้สึก ความเอื้ออาทร ที่มีต่อกัน ด้วยความเข้าใจบนพื้นฐานความต้องการ ความเป็นบริบทของมนุษย์ของสังคมพหุวัฒนธรรม เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่ดีตามบริบทที่ผู้มารับบริการต้องการ แม้มีสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ก็จะทำให้บุคลากร รพ.รามัน และผู้รับบริการ ได้รับบริการ...ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้บริบทของชุมชน



นพ.โตมร ทองศรี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
นพ.เจ็ดพันธ์ุ ภัทรพงศ์สินธุ์	โรงพยาบาลหนองบัวระเหว
นภางค์ดาว มาดั่ง	โรงพยาบาลหนองบัวระเหว
อรนุช ธรรมศร	โรงพยาบาลเชียงค้ำ
พญ.นันทา อ่วมกุล	

### การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เครือข่ายเขตภาคเหนือตอนล่าง

นพ.โตมร ทองศรี                      โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, ศูนย์โรคหัวใจ

จากการทบทวนผู้ป่วย STEMI ในปี 2548 พบว่ามีอัตราการตายสูงกว่าร้อยละ 40 สาเหตุสำคัญมาจากการวินิจฉัยล่าช้า การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด การรับส่งต่อล่าช้า ส่งผลให้การรักษาล่าช้า จึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นในรูปแบบสหวิชาชีพ จัดทำแนวทางการดูแล พัฒนาบุคลากร พัฒนาระบบการบริหารเตียงของ ICU (เตียงที่ 9 นาฬิกาของชีวิต) และขยายความครอบคลุมไปทั้งโรงพยาบาลให้หอผู้ป่วยในและงาน ER สามารถให้ยา thrombolytic agent หรือ Streptokinase ได้

เมื่อทบทวนการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่ายในเขต 17 (ภาคเหนือตอนล่าง) ก็พบปัญหาเดียวกัน จึงได้จัดระบบ fast track STEMI กับเครือข่ายในเดือน มีนาคม 2550 เป็นต้นมา ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด เพชรบูรณ์ ดาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ พิจิตร กำแพงเพชร นครสวรรค์ อุทัยธานี และชัยนาท

ระบบดังกล่าวประกอบด้วยการทำงานข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วย STEMI ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดใช้ CPG แนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย, จัดช่องทางด่วน (Fast Track) สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยหรือมีภาวะเจ็บหน้าอกในโรงพยาบาลและเครือข่าย, จัดส่งข้อมูล การสื่อสาร การติดตามผลตัวชี้วัดของระบบ Fast Track, บริหารจัดการเตียงรองรับผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพกับทีมสหวิชาชีพ, จัดระบบยาช่องทางด่วน (Fast Track Stat dose) ในยา Thrombolytic Agent หรือ Streptokinase, การตรวจชั้นสูตร Troponin – T และการรายงานผลที่รวดเร็ว, กำหนดเครือข่ายบริการและพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจระดับ 4 และโรงพยาบาลที่สามารถให้ยา SK ได้, สร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย (ร.พ พุทธชินราช และรพ.มหาวิทยาลัย

นเรศวร), กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันและการจัดเก็บข้อมูล ACS Registry ทั้งเครือข่ายและทั้งประเทศ โดยมีการพัฒนาบุคลากร การจัดหางบประมาณและเครื่องมืออุปกรณ์ความถูกต้องไปด้วย ผลการพัฒนาทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 21 ในปี 2551 เหลือร้อยละ 14 ในปี 2552

## Home Ward in Nongbuarawae

นพ.เจ็ดพันธุ ภัทรวงศ์สินธุ                   โรงพยาบาลหนองบัวระเหว  
นางวงศ์ดาว มาด้วง                               โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

โรงพยาบาลหนองบัวระเหวได้พัฒนา Home Ward ภายใต้แนวคิดเตียงนอนคือบ้านของผู้ป่วย โดยประยุกต์การดูแลต่อเนืองที่บ้านเหมือนกับการดูแลในหอผู้ป่วย มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนือง ทำหน้าที่เหมือนหอผู้ป่วยที่เชื่อมโยงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพต่อเนืองที่บ้านและชุมชน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเหมือน in-charge ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงแผนการจำหน่าย แผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และนำข้อมูลสะท้อนกลับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงต่อเนือง บุคลากรสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบเสมือนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประสาน In-charge กรณีที่มีปัญหาการดูแล โดยมีญาติผู้ป่วยหรืออาสาสมัครแกนนำในชุมชนทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำให้สามารถขยายเตียงนอน ขยายภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งบทบาทของทีมแพทย์หน่วยต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีการปรับปรุงเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยรับไว้ในศูนย์ดูแลต่อเนืองที่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจที่มีการดำเนินของโรคในระยะรุนแรงต้องพึ่งออกซิเจนในระยะยาว และผู้ป่วยไม่ต้องการนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิดไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยไตวายระดับรุนแรงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือต้องล้างไตต่อเนือง ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการนอนที่บ้าน ฯลฯ และเกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ

มีการทบทวนและจัดประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงเหมือนในหอผู้ป่วย และกำหนด ผู้ดูแลตามประเภทและความรุนแรงของผู้ป่วย กำหนดขั้นตอน กระบวนการติดตามเยี่ยม ระยะเวลา ความถี่ในการติดตามเยี่ยม ผู้ดูแลตามประเภทของผู้ป่วย การขอคำปรึกษากรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน การประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อ ปรับแผนการรักษา หรือจำหน่าย

พัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง เช่น การค้นหาและเตรียมความพร้อมของ ผู้ดูแลในชุมชน การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านร่วมกับญาติ ส่งเสริมการเรียนรู้ของ บุคลากรและทีมดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ทบทวนข้อมูลที่ต้องใช้ในการ ดูแลต่อเนื่อง ปรับปรุงช่องทางการสื่อสาร แนวทาง หลักเกณฑ์วิธีการส่งต่อข้อมูลเพื่อใช้ในการ ดูแลดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น การส่งต่อข้อมูลเมื่อรับผู้ป่วย Admit ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ แผน การดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลการประเมินปัญหาผู้ป่วยและการดูแล การขอคำปรึกษา กรณีที่มีปัญหาการดูแลหรือเกิดภาวะฉุกเฉินที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และผู้ป่วยแต่ละราย

**สรุปบทเรียนและการเรียนรู้** ทีมสุขภาพมีความเข้าใจผู้ป่วยเข้าใจวิถีชีวิตของคนใน ชุมชน ทำให้ทีมเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีความทุกข์ เกิดสัมพันธ ภาพที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข ทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องเรียนรู้ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม ต้นทุนทางสังคมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่คนในชุมชน ระบบการประสานงาน การขอคำปรึกษา การเชื่อมโยงข้อมูลที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เป็นการเปิดประตูหลังบ้านของโรงพยาบาลที่จะเชื่อมกับชุมชน เป็นช่องทางที่ทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าของโรงพยาบาล และหน่วยงานบริการสุขภาพในพื้นที่

ระบบสนับสนุนเป็นสิ่งที่ต้องนึกถึงในการวางระบบดูแลต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือ อุปกรณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมหรือเตียงที่บ้านผู้ป่วยและการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหาร นโยบาย การพัฒนาที่ชัดเจนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลได้เร็วขึ้น สามารถเอื้อต่อ การเข้าถึงบริการมากขึ้น

Care giver ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยคือ ญาติ และจำเป็นต้องมีแกนนำหรืออาสาสมัคร ในชุมชนเพื่อช่วยเหลือนำเอาความทุกข์ทำให้แกนนำ/อาสาสมัคร รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองที่ได้ ช่วยเหลือคนในชุมชน และทำให้สังคม ชุมชน มีสิ่งที่ดีงาม ซึ่งหาได้ยากในสังคมปัจจุบัน

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมตั้งแต่ในโรงพยาบาล จะช่วยลดอัตราการรับไว้ที่ Home Ward โดยไม่จำเป็น เพราะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของ บุคลากรตลอดเวลาและควรมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับบริการและชุมชนให้ มีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้

## การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเฉียบพลันโดยใช้ระบบเครือข่ายการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเชียงใหม่

อรนุช ธรรมศร

โรงพยาบาลเชียงใหม่

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีปัญหาซับซ้อน จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงใหม่จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้รูปแบบการดูแลสหสาขาวิชาชีพแบบเครือข่ายขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ดำเนินการระหว่าง เมษายน 2551– กันยายน 2552

โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาปัญหาโดยกระบวนการวิจัยแบบย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 30 ราย 2) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สื่อในการให้ข้อมูล ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยของเครือข่ายโรคหัวใจของโรงพยาบาล 3) นำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ 4) ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 34 ราย พบว่าได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติร้อยละ 88.20 และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 85.29) โดยมีระยะเวลา door to needle time โดยเฉลี่ย 39 นาที จากเดิมมากกว่า 96 นาที อัตราการตายลดลงจากร้อยละ 7.40 ลดลงเป็น ร้อยละ 3.60 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคภายหลังรับไว้ดูแล ได้แก่ CHF, cardiac arrhythmia, cardiogenic shock, stroke, และ major bleeding ลดลงเป็น ร้อยละ 2.98, 4.80, 2.90, 0 และ 0 ตามลำดับ

อัตราการกลับมารักษาซ้ำจากร้อยละ 6.57 ลดลงเป็นร้อยละ 3.40 ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลลดลงจากเดิม 7.50 วันลดลงเป็น 4.60 วัน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 98.5 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่ายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.13 มีการส่งนัด follow up ที่คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการจำหน่ายครบ 100% นอกจากนี้หลังการจำหน่ายมีการส่งต่อและติดตามการเยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายเชียงใหม่ - ภูเขาถึงร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพมีความรู้ในเรื่องโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.50 และพึงพอใจหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ร้อยละ 95.00 ระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเฉียบพลันแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้จริง

วิมลนันท์ ทรัพย์วราชัย      โรงพยาบาลน้ำพอง  
 ชญานิศ บุตรดี                      โรงพยาบาลอุบลรัตน์  
 พญ.นันทา อ่วมกุล

### “เศรษฐกิจพอเพียง” ทำได้ในโรงพยาบาลจริงหรือ ?

ชญานิศ บุตรดี                      โรงพยาบาลอุบลรัตน์

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นแนวคิดที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ในคนทุกชนชั้น ทุกครอบครัว ทุกองค์กร ทุกสาขาวิชาชีพ แต่ต้องมีความเข้าใจลึกซึ้งในแนวคิดและหลักการจึงจะสามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ถ้าแค่ท่องได้ว่า “เศรษฐกิจพอเพียง” คือ สามห่วง ได้แก่ พอประมาณ มีเหตุมีผล และ สร้างภูมิคุ้มกัน สองเงื่อนไข ได้แก่ มีความรู้ คู่คุณธรรม ซึ่งเป็นเพียงแค่รู้แต่แปลงสู่การปฏิบัติไม่ได้

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ได้นำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมานานนับกว่าสิบปี โดยเน้นการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร การมีส่วนร่วมของคนในองค์กรและชุมชน ในเบื้องต้นเริ่มจากการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ให้เกิดความสุขในการทำงาน และการดำเนินชีวิต โดยการสร้างหลักประกันของชีวิต ส่งเสริมให้คนในองค์กรรู้จักประหยัดอดออม มีการออมเงินร่วมกันทุกเดือน ภายใน 14 ปี มียอดเงินออมทั้งสิ้น 19 ล้านบาท การส่งเสริมให้ช่วยกันแยกขยะรีไซเคิล เพื่อจำหน่ายแล้ว นำรายได้มาจัดสวัสดิการของขวัญวันเกิดให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน เป็นต้น

การพัฒนาที่ปรับเปลี่ยน 1) การจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับวิถีของชุมชนโดยปรับเวลาให้บริการเช้าขึ้น ตามเที่ยวรถโดยสารที่ออกมาจากหมู่บ้านแต่เช้าตรู่ ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องรอนานและทันรถโดยสารที่กลับเข้าหมู่บ้าน 2) ปรับระบบการให้บริการผู้ป่วยคลินิก เฉพาะโรค โดยนัดผู้ป่วยหมู่บ้านเดียวกันมาในวันเดียวกันเพื่อจะได้มารถคันเดียวกันเป็นการประหยัด และผู้ป่วยไม่ลี้มวันนัด รวมถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่ม 3) การจัดบริการเชิงรุก โดยจัดให้มีหมอประจำหมู่บ้านออกให้บริการสุขภาพในชุมชน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง / หมู่บ้าน กิจกรรมเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ งานควบคุมโรคฯ งานสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง 4) จัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลให้สวยงามร่มรื่นและเป็นสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ โดยการจัดสวนให้เป็นอุทยานความรู้

การพัฒนาด้านวิชาการ เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนโดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการพึ่งเงินตลอดและวิ่งตามกระแสให้เป็นแนวคิดพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองสู่การมีสุขภาพที่ดี การดำเนินชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างครอบครัวอบอุ่น - ชุมชนเข้มแข็ง การบริหารกาย-ใจให้แข็งแรง การสร้างสิ่งแวดล้อมดี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลกับสุขภาพหรือภาพของความสุขทั้งสิ้น ทั้งปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นถ้ามีเป้าหมายให้ประชาชนในอำเภอมีสุขภาพที่ดี เมื่อเจ็บป่วยมีที่รักษาที่มีคุณภาพ ต้องทำงานให้ครอบคลุมทุกมิติที่มีผลต่อสุขภาพ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ได้ใช้หลักธรรมะในเรื่องดับทุกข์สร้างสุข ตามหลักอริยสัจสี่ คือการรู้ทุกข์ รู้เหตุแห่งทุกข์ รู้หนทางดับทุกข์ (ทางรอด/ทางออก) และรู้วิธีปฏิบัติให้หลุดพ้นทุกข์ มาเป็นกระบวนการแก้ปัญหาสู่การมีสร้างสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## พยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่ผลิบานแล้วที่โรงพยาบาลน้ำพอง

วิมลนันท์ ทวีทรัพย์วราชัย    โรงพยาบาลน้ำพอง

หลังจากฉันเริ่มปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่ที่โรงพยาบาลน้ำพองตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2551ตามนโยบายของผู้อำนวยการ นายแพทย์วิชัย อัครภาคย์ ที่มีเป้าหมายระยะไกลว่าในแต่ละหมู่บ้านที่อยู่ในอำเภอน้ำพองจะต้องมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลคนในชุมชนทุกหมู่บ้าน และการเป็นพยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่นั้น ต้องรับผิดชอบคนละ 1หมู่บ้าน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 3 วันขึ้นเวรเข้าป้ายดีก็ออกชุมชน 2 วันและพยาบาลก็มาจากทุกแผนกคือตึกผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน ตึกพิเศษสงฆ์ ฉันเป็นพยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่รุ่นแรกที่ออกชุมชนด้วยใจอาสา หลังจากนั้นเป็นนโยบายว่าพยาบาลทุกคนที่เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลจะต้องร่วมดูแลชุมชนด้วยกันตามนโยบายและทางโรงพยาบาลจะบอกกล่าวให้รับทราบก่อนที่จะเข้ามาทำงานขณะนี้เรามีพยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่ 3 รุ่น 24 คนแล้วและจะมีการขยายให้ครอบคลุมพื้นที่168 หมู่บ้านโดยมีการประสานงานดูแลร่วมกันกับพยาบาล PCU และเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัยทุกแห่งด้วย นอกจากเห็นผลประโยชน์ว่าคนในชุมชนจะได้รับการดูแลแล้ว ท่านผู้อำนวยการยังเล็งเห็นอีกว่าเมื่อพยาบาลออกชุมชนไปเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อกลับมาทำงานในโรงพยาบาลและจะเชื่อมโยงการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ต้องทำคือ สังคมไม่ทอดทิ้งกัน โรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การป้องกันโรคเศรษฐกิจพอเพียง และส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แล้วพยาบาลทุกคนยังต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตามนโยบายของโรงพยาบาลด้วย

“มาทำบุญแท้งนะลูกหล้า มาช่วยชีวิตคน มาช่วยเหลือคนทุกข์คนยาก”

“เห็นหน้าหมอที่ไร คิดถึงลูกชายทุกที คิดถึงที่หมอมาสวดมนต์ให้ แล้วเขาจากไปอย่างสงบ หมอช่างดีแท้ๆ”

เหล่านี้คือถ้อยคำบางส่วนที่ฉันได้รับสะท้อนกลับจากชุมชนและทำให้ฉันอึ้งอัมโมใจ ผู้ป่วยรายหนึ่ง อายุ 27 ปี เป็นโรคตับแข็งและติดเชื้อรา ฉันใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนที่เขาจะสิ้นใจ มีความกระวนกระวายมากและหวาดกลัว ฉันเข้าไปนั่งสวดมนต์และนำญาติสวดมนต์ตามเป็นเวลาเกือบ 3 ชั่วโมงจากที่ผู้ป่วยจิตใจสับสน พูดไม่รู้เรื่องจนมีสติและกล่าวลากับญาติได้ว่าตนจะสิ้นใจแล้วในเวลานี้ขอให้แม่เข้ามาอยู่ใกล้ๆ ก่อนสิ้นใจ

ยังมีอีกหลายเรื่องราวที่รอการเปิดเผยจากพยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่ และเชื่อมั่นว่า เรื่องราวความดีจะมีมาเล่าขานไม่รู้จบ เพราะขณะนี้ พยาบาลชุมชนพันธุ์ใหม่ได้เริ่มผลิงานและแผ่ใบเป็นร่มเงาร่มเย็นให้กับคนในชุมชนของ อ.น้ำพอง โดยมีรากแก้วที่ยึดแน่นและหล่อเลี้ยงให้กับดอกผลความดีเหล่านี้ที่ผลิงาน คือ นพ.วิชัย อัครภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง จากนี้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์จะแผ่ไปทุกพื้นที่ และประชาชนจะประจักษ์ว่า การเยี่ยมบ้าน มิใช่การเยี่ยมยาเพียงร่างกาย แต่เป็นการเยี่ยมใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง







## Oral Presentation

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A29	Oral: Spirituality
	13.00-14.30 น.	A39	Oral: Humanized Healthcare
	15.00-16.30 น.	A49	Oral: Humanized Healthcare
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B19	Oral: Humanized Healthcare
	10.30-12.00 น.	B29	Oral: Humanized Healthcare
	13.00-14.30 น.	B39	Workshop ระบบบริการสุขภาพระยะกึ่งเตียงพด้น: ระบบที่ขาดหายไป
	15.00-16.30 น.	B49	Oral: Outcome Mapping
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C19	Oral: Community
	10.30-12.00 น.	C29	Oral: HPH
	13.00-14.30 น.	C39	Oral: MCH



รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### อาสาสมัครพิทักษ์ดวงตาแนวเศรษฐกิจพอเพียง

นันทินี พิพิธฉนิษฐการ โรงพยาบาลราชบุรี

จากภาวะเครียดของทีมงานในห้องตรวจตาที่ต้องทำงานแข่งกับเวลาและให้มีคุณภาพ จึงเกิดความคิดที่จะค้นหาและสร้าง “ทีมอาสาสมัครพิทักษ์ดวงตา” แบบเชิงรุก ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีใจที่จะมุ่งมั่นทำความดีมาร่วมกันค้นหาดูแลคนที่เป็นโรคตาช่วยไม่ไห้คนตาบอดที่อาจกลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในอนาคต โดยการคัดสรรทีมอาสาสมัครจากชุมชนเพื่อเพาะบ่มและเพิ่มองค์ความรู้ โดยคาดหวังว่าจากเมล็ดพันธุ์จะเติบโตเป็นต้นกล้าแห่งความดีของชุมชน เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างแนวคิดจิตอาสาเพื่อให้เป็นเครือข่ายที่ยั่งยืนในอนาคต

ผลจากการดำเนินงาน ได้เกิดทีมชุมชนที่สามารถร่วมคิด ร่วมทุกข์ ร่วมสร้าง ร่วมดำเนินงาน “จักขุชุมชน” เกิดเป็นต้นแบบ “ชุมชนสุขภาพตาดี” ต่อเนื่อง จนเป็น “จังหวัดสุขภาพตาดี”ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณทั้งจากส่วนกลาง จังหวัด ภาคเอกชน สามารถขยายการให้บริการในชุมชนเกือบครบทุกพื้นที่ภายใต้ขอบเขตการดูแล

สิ่งที่ภาคภูมิใจนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของสังคมในอนาคตแล้ว ยังเป็นการเพิ่มคุณค่าของงานภายใต้บริบทแห่งความดี มีเมตตา เอื้ออาทร ตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ได้ทำบุญที่ยิ่งใหญ่เพราะช่วยเหลือคนก่อนที่จะตาบอด จากผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มารับการตรวจโรคตาไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องเสียค่ารถ ไม่ต้องหาคนพาไปโรงพยาบาล ทีมงานในโรงพยาบาลทำงานได้ดีขึ้น ความเครียดทุเลา บรรยากาศน่ารื่นรมย์ มีความสุขมากขึ้น

### เมื่อแพทย์ต้องเผชิญวาระสุดท้าย

ภรณ์ สีหิรา, จำเนียร เหนี่ยวผึ้ง โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

เมื่อแพทย์ผู้เป็นที่รักใน รพ. ต้องเผชิญกับมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ทำให้ได้เรียนรู้ว่ามีใช่เพียงการให้ความสำคัญเฉพาะการดูแลในระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญกับความตายเท่านั้น หากแต่ต้องมุ่งเน้นการดูแลรักษาคนมากกว่าการดูแลรักษาโรค เน้นส่งเสริมดูแลคุณภาพชีวิต

ที่เหลื่ออยู่ตามข้อจำกัดของผู้ป่วยมากกว่าการกำจัดโรคให้หมดไป เพื่อให้ได้มีชีวิตที่มีคุณภาพ และมีความสุขที่สุด

กระบวนการดูแล เน้นการรับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติบำบัด หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ ออกกำลังกายทุกวัน และปฏิบัติธรรม “พลังคอสมิค” คือ การใช้พลังจากธรรมชาติมาบำบัดรักษา การบูรณาการหลักกรรมทางศาสนากับการบริหารความเจ็บปวด และการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานเมื่อต้องเผชิญกับวาระสุดท้าย

การดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นองค์รวม ทำให้ค้นพบเป้าหมายของผู้ป่วยที่เข้าสู่วาระสุดท้าย แห่งชีวิต คือ ความสุข และความสงบ ทีมได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติได้ประกอบกิจกรรม หรือพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ที่ผู้ป่วยนับถือ เปิดโอกาสให้คนที่ผู้ป่วยรักหรือต้องการพบมาอยู่ใกล้ชิด มีการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลต่อเนือง ที่บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วย ถ้าพบปัญหาให้โทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ใน รายที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบประสานงานทีม home health care และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่บ้าน ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลในพื้นที่ของเขต

การที่ได้อยู่ดูแลคุณหมอร่วมกันในระยะสุดท้ายด้วยหัวใจที่ทุ่มเทของผู้ปฏิบัติงาน เป็น กรณีศึกษาที่เตือนสติ เตือนใจ ในหลายสิ่งหลายอย่าง หากเราไม่ได้มีการฝึกฝนจิตมาอย่าง ดีในคราวที่ร่างกายเราป่วยแพ้อโรคภัย จิตก็ไม่สามารถนำกายได้ ทีมได้เรียนรู้ในการเคารพ ผู้ป่วย ให้ในสิ่งที่ดี ที่ผู้ป่วยชอบและคุ้นเคย ซึ่งมีความหมายต่อผู้ป่วยมากกว่าหรือดีกว่าสิ่งที่ เราคิดว่าเป็นของใหม่ เป็นของดีแต่ไกลตัวคนไข้ ซึ่งที่ผ่านมาเรามักจะให้ในสิ่งที่เราคิดว่า ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายมากกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ จากการร่วมกันดูแลดังกล่าว ก่อเกิดความรู้สึกที่ดีงามระหว่างครอบครัวของแพทย์กับทีมงานโรงพยาบาล

## ระบบที่ทรงพลัง

นวพร ตริโษษฐ์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นำบทเรียนของทีมงานที่ขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งต้องเผชิญกับความ ยุ่งยากในการประสานงาน การแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ไม่ง่ายสำหรับคนตัวเล็ก ๆ มาถ่ายทอด ด้วยมุ่งหวังให้การทำงานคุณภาพเป็นระบบงานที่ทรงพลัง ทีมงานได้รับโอกาสดีที่มีคนรับฟัง ปัญหา ช่วยหาทางออก ช่วยคิดวิเคราะห์และสอนให้วางแผนอย่างเป็นระบบ ทีมงานได้พบกับ วันแห่งความทรงจำที่งดงามเมื่อพบกับกระบวนการเยี่ยมที่เปี่ยมไปด้วยพลังของความรักความ เมตตา มีการเรียนรู้ร่วมกันตามบริบทของโรงพยาบาล รับฟังเรื่องราวด้วยความใส่ใจชี้แนะ และต่อยอดการพัฒนาคุณภาพขององค์กรได้อย่างแบบคาย พร้อมการให้เกียรติคนทำงาน

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมิใช่เพียง รพ. ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA เท่านั้น หากแต่เป็นความสำเร็จของครูผู้ปั้นระบบคุณภาพของเราทุกๆ ท่าน และครูผู้ทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ เป็นความสำเร็จร่วมกันจากทุกคน ที่ได้ช่วยเติมเต็มและหล่อเลี้ยงหัวใจคนทำงานให้เกิดความสุข ความปิติ และสัมผัสได้ถึงความรักอันยิ่งใหญ่ในฐานะผู้ให้... ให้โดยไม่หวังผลตอบแทนใดใด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น องค์กรได้รับการพัฒนาคุณภาพไปในทิศทางที่ถูกต้องโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบการทำงานที่มีมาตรฐาน และคนทำงานมีความสุข เกิดปิติจากการทำงาน บทเรียนที่ได้รับความรักที่เกิดจากการให้โดยไม่หวังผลตอบแทน ระบบการทำงานที่เกิดจากความรัก เป็นพลังอันยิ่งใหญ่ เป็นระบบที่ทรงพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพและทุกๆ สิ่งในโลกใบนี้

## Clinical Round as a Sustainable Healthcare

ทีมงานพัฒนาคุณภาพ      โรงพยาบาลนครชน

โรงพยาบาลนครชนเคยประสบปัญหาเกี่ยวกับการทำ grand round โดยเฉพาะในเรื่องของการนัดหมายทีมสหวิชาชีพให้มาพร้อมเพียงกัน และการทำ grand round แต่ละครั้งใช้เวลาทบทวนนาน ทำให้แพทย์มาเข้าร่วมได้น้อย หรือมาได้แค่ช่วง 15 นาทีแรก ส่งผลให้การทำ grand round ขาดความต่อเนื่อง เห็นโอกาสในการพัฒนาน้อย การเรียนรู้เฉพาะโรค และการค้นหา specific clinical risk รายโรคก็มีน้อย

ทีมงานพัฒนาคุณภาพจึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาทบทวน กำหนดเป้าหมายใหม่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ได้รับการวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และเอื้อให้ทีมงานมีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาป้องกันความเสี่ยงเชิงรุก รวมทั้งทำให้กิจกรรมดังกล่าวเกิดความยั่งยืน

ทีมงานพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการที่นำคุณภาพ จึงได้ร่วมกันวางแผนกลยุทธ์ กระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยนำ “self enquiry” มาใช้ในการเรียบเรียง นำหลักการของบัตรคำ การปฏิบัติที่เป็น “บวก” และ “ลบ” มาประยุกต์ใช้ในแบบบันทึกการทำ “clinic round” จัดตารางเวลา และสื่อสารแนวทางในการปฏิบัติใหม่จากการติดตามผลโดยทีมงานพัฒนาคุณภาพ พบว่า กระบวนการทำ clinic round ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมทำกิจกรรมมากขึ้น ระยะเวลาในการทำกิจกรรมลดลง ได้เรียนรู้การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญมากขึ้น และได้้นำการสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) มาเป็นส่วนหนึ่งในการทำ clinic round อีกด้วย

พญ.วรรณา ศุภศิริลักษณ์ โรงพยาบาลศิริรินทร์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## Humanized Healthcare ในผู้ป่วยโรคกระดูกไขสันหลัง

นพ.ศิริพงษ์ เชี่ยวชาญธนกิจ, พายูรี ชมภูแก้ว

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่

ความผิดหวัง ความกลัว ความไม่เข้าใจ ความเครียดที่เกิดจากความกดดัน รวมทั้งความโกรธที่ญาติผู้ป่วยและครอบครัว มีต่อผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุไขสันหลังและเกิดอัมพาต ก่อให้เกิดพฤติกรรมกรการปฏิเสธ ไม่ยอมรับ ไม่ให้ความร่วมมือกับทีมดูแล บางรายถึงกับละทิ้งผู้ป่วย การให้ข้อมูล การให้ความมั่นใจถึงแนวทางการรักษา การเสริมพลังให้ญาติผู้ป่วย ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเข้าใจ ทศนคติ คลีคลายอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ ความวิตกกังวลที่รุมเร้าในการช่วยดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บไขสันหลังเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ซึ่งไม่ได้มีการวางแผนในการเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความตื่นตระหนกและสับสนในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว บางครั้งทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาเช่น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจแผนการรักษาพยาบาลและไม่ทราบพยาธิสภาพของโรค การถูกละทิ้งจากญาติ ทำให้ผลของการรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวทางที่คาดหวัง นอกจากนี้จิตใจของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ยังไม่พร้อมจะยอมรับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ด้วยยังมีความหวังว่าจะสามารถเดินและทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม

ทีมจึงร่วมมือกันศึกษาสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะคำนึงถึงปัญหาด้านจิตใจให้มากขึ้น ทีมงานทุกคนให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยและให้บ่อยๆ ครั้งโดยไม่มีอาการเบื่อ ทำด้วยใจรัก ให้ความมั่นใจถึงแนวทางการรักษา การเสริมพลังให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจเปลี่ยนแปลงความคิด มีความเข้าใจ ปรับทัศนคติ คลีคลายอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์และความวิตกกังวล สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กำหนดแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำ family support เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพครอบครัว โดยทีมแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล ญาติสายตรงหรือผู้ดูแล นักกายภาพบำบัด

ผลการประเมินพฤติกรรมกรการดูแลของญาติที่เข้าร่วมโครงการ 60 ราย พบว่าญาติเกิดความเข้าใจ คลีคลายอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ ความวิตกกังวลและเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมใน

การช่วยดูแลผู้ป่วย ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยทุกราย ได้เรียนรู้ว่าการที่ญาติได้สัมผัสถึงความจริงใจของทีมนุ้ดูแลผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงทางความคิด คลี่คลายความรู้สึกทุกข์ ความกังวล มีความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

## แรงบันดาลใจกับขอเพียงแค่เข้าใจ ผู้พิการทางการได้ยิน

จินตนา สະคราญ

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

เรื่องเล่าที่เกิดขึ้นจากการทำงานดูแลผู้พิการทางการได้ยิน การพัฒนาการปฏิบัติงานจากการสัมผัสผู้พิการที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้ค้นพบว่าการทำงานแบบปกตินั้นไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการของผู้พิการให้มีคุณภาพและประสบความสำเร็จและทันเวลาได้ งานตรวจการได้ยินของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ได้ตระหนักถึงปัญหาสาเหตุข้อขัดแย้งของปัญหาครอบครัวจนนำไปสู่ปัญหาทางสังคม ตลอดจนจนถึงผู้ประสบปัญหาเกิดความท้อแท้ พยายามแยกตัวจากสังคม ขาดรายได้ไม่ได้รับการจ้างงาน ถูกให้ออกจากงานซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อทางปัญหาเศรษฐกิจ

ผู้เข้ารับบริการจำนวนมากที่ไม่สามารถใส่เครื่องช่วยฟังได้อย่างมีคุณภาพ สาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจ เครื่องช่วยฟังไม่เหมาะสม ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว ถ้าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข สมรรถภาพการได้ยินจะเสื่อมลงในอัตราที่เร็วกว่ากลุ่มที่ใส่เครื่องช่วยฟัง สุดท้ายผู้ป่วยจะเกิดภาวะเครียด เกิดการขัดแย้งเนื่องมาจากการสื่อสาร สูญเสียภาพลักษณ์ อาจจะกลายเป็นบุคคลที่เป็นปัญหาของสังคมในที่สุด

จากปัญหาดังกล่าวจึงเกิดแรงบันดาลใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน คิดแก้ปัญหาหอบด้าน มุ่งหวังให้รูปแบบการทำงานเกิดการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานและบริการแบบครอบคลุม เพื่อคืนชีวิตใหม่ให้กับผู้ป่วย โดยการจัดบริการใส่เครื่องช่วยฟัง จัดกิจกรรมต่างๆ ที่เชื่อมต่อสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัว การส่งเสริมอาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตผู้พิการ และความสัมพันธ์ที่ดี ทั้งกับทีมงาน ผู้ป่วยและครอบครัว

ทีมได้จัดตั้งศูนย์เครื่องช่วยฟังทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จัดโครงการเพื่อเปิดช่องทางช่วยเหลือคนพิการ และกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมให้ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูตามแผนการดูแล ได้แก่

1. โครงการติดตามการได้ยินประจำปี
2. โครงการ สู่เสียงสวรรค์ สายสัมพันธ์ ABC

3. โครงการรับบริจาคสิ่งของและจำหน่ายเพื่อช่วยเหลือ ผู้พิการที่ยากไร้
4. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้พิการทางหู/ผู้สูญเสียการได้ยิน
5. โครงการ ABC แนวคิดใหม่ อาชีพเสริมหารายได้สำหรับผู้พิการ รวมทั้งจัดกิจกรรม  
กลุ่มส่งเสริมสายสัมพันธ์ และสร้างคุณค่าในกลุ่มผู้พิการ ครอบครัว ชุมชน

ผลจากการดำเนินงานทำให้เกิด “วิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่าง” รูปแบบกลุ่มการเรียนรู้โดยการใช้ การเสริมคุณค่าในกลุ่มผู้พิการ (empowerment) และพบว่าการพัฒนางานโดยความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติ ที่ใส่การทำงานด้วยใจกับผู้มารับบริการ เพียงเพื่อคาดหวังให้งานในหน้าที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มารับบริการ ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและยั่งยืน

## เรื่องเล่าที่ดี จบแบบ Happy Ending

โสภา ตั้งที่สมกุล                      โรงพยาบาลอุ้มทอง

เรื่องราวของคุณลุงผู้เป็นเบาหวานและมีแผลที่ใต้ฝ่าเท้า เป็นเรื้อรังมานาน ต้องทำแผลที่อนามัยบ้าง และทำเองบ้าง แผลก็ไม่หายจนทำให้มีการติดเชื้อและต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาเรื่องการติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและค่าใช้จ่าย จากเหตุการณ์ดังกล่าว ซึ่งถือเป็นแรงบันดาลใจ จุดเริ่มต้นของทีมงานที่ให้การดูแลจนแผลหายในเวลา 28 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดจำนวนการเกิดแผล และค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาลลดลง

จากจุดเริ่มต้นของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้ารายนี้ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีการรวมทีมทำงานชัดเจนขึ้น โดยมีผู้รับผิดชอบหลักเป็นผู้ประสานงาน และใช้การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในทีม มาให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกวันอังคาร ทำให้ผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าและผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลได้รับการดูแลอย่างมีระบบมากขึ้น นอกจากนี้ทีมยังมีการเปิดโอกาสทางสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น มีการศึกษาหาความรู้ หาข้อมูล และแนวทางการดูแลจากที่อื่นๆ ที่มีความเชี่ยวชาญแล้วนำความรู้เหล่านั้นมาปรับใช้ให้เหมาะสม สามารถนำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายๆ กันได้

ด้วยวิธีคิดและรูปแบบการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นด้วย “ใจ” ความเป็นกัลยาณมิตรของคนในทีม มีแรงบันดาลใจและเรื่องราวต่างๆ เป็นตัวกระตุ้น ทำให้เกิดงานและความคิดในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้อยู่เสมอ

## รอยยิ้มของหลวงตา

ทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

เรื่องเล่าจากกลุ่มคนเล็กๆ ของทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน ไปเยี่ยมหลวงตาที่วัดซึ่งมีประวัติโรคประจำตัวทั้งโรคความดันโลหิตสูง ลมชัก จิตเภท พบมีอาการทรุดลง ทีมจึงพาหลวงตาส่งโรงพยาบาล หลังจากอาการดีขึ้นพยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ดูแลร่วมกันวางแผนจำหน่าย ทีมจึงต้องเตรียมความพร้อมครอบครัว วัดและชุมชนก่อนจะมารับท่านกลับวัด หลวงตาไม่ถูกกับญาติ จึงไม่มีการติดต่อกันมานาน มีแต่พระพี่เลี้ยงคอยดูแล ทีมจึงประสานกับญาติให้เห็นถึงความสำคัญ ทั้งกำลังใจและการดูแลจากญาติพี่น้องเป็นยารักษาที่ดีที่สุดที่จะเยียวยาให้อาการของหลวงตาดีขึ้น และขอความร่วมมือจากชุมชน ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สื่อสารให้ทุกคนเข้าใจ ร่วมแรงร่วมใจแบ่งปันความสุขคนละเล็กละน้อยช่วยเหลือหลวงตาซึ่งเป็นคนในชุมชน

วันที่เราพาหลวงตาคลับวัด เมื่อรถพยาบาลไปถึง ภาพที่ไม่คาดคิดก็เกิดขึ้น ท่านเจ้าอาวาส พระพี่เลี้ยง ญาติและ อสม. หลายคนอยู่รอรับหลวงตากันพร้อมหน้า ทุกคนรีบเข้ามาช่วยเหลือคนละไม้คนละมือ เกิดความรู้สึกตื่นตันใจแทนหลวงตาและเชื่อว่าหลวงตาต้องรู้สึกเช่นเดียวกัน ทีมแนะนำการดูแลพร้อมทั้งสาริถการทำแผลให้ อสม. และญาติ ทุกวันนี้เราได้เห็นรอยยิ้มของหลวงตา เพราะมีญาติและพี่น้องชาว อสม. ในชุมชนมาคอยดูแล มีทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลติดตามเยี่ยม มีกองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองตาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับชุมชน เข้ามาเยี่ยมเยียนมอบของให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ

จากเรื่องราวของหลวงตา ทีมคิดว่าการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้นำชุมชน พระ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้าน รวมทั้งคนในอาชีพอื่นๆ อีกมากมายในชุมชน หากเราสามารถดึงศักยภาพของคนในชุมชนให้เข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา เรื่องที่เราคิดว่าเป็นปัญหาใหญ่ก็ไม่ได้ใหญ่อย่างที่คิดถ้าทุกคนช่วยกัน บทบาทของพยาบาลชุมชนแม้บางครั้งเราเห็นเหนื่อยในการทำงาน แต่นำแปลกที่เรากลับรู้สึกเบิกบานในจิตใจทุกครั้งที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น นั่นคือ “ความสุขในงาน เบิกบานในจิตใจ”



นท.หญิง ภัคกร โลจนะวงศกร โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

## มุมมองชีวิต...สู่แนวคิด.....ความเป็นจริง

พรชูลี จันทร์แก้ว

โรงพยาบาลละงู

ว่ากันว่า “ใครที่มีชีวิตเพื่อตัวเอง คือ คนเห็นแก่ตัวที่สุด” ความเห็นนอกเหนือใจในเพื่อนมนุษย์จะช่วยเปิดหัวใจของเราจะช่วยให้เราตอบสนองต่อสถานการณ์รอบตัวอย่างมีไมตรีมากขึ้น ไม่เคยมีใครประสบความสำเร็จโดยปราศจากความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

จากการออกเยี่ยมผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ได้พบกับความทุกข์ ความลำบากของผู้อื่น ทำให้เห็นใจผู้อื่นและเข้าใจสัจธรรมของชีวิตมากขึ้น ดังคำสอนที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ตรัสสอนไว้ว่า “ความจริงของชีวิตคือทุกข์” โลกนี้มีคำสอนดีๆ ที่มีคุณค่ามากมายที่เราสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ชีวิตคนอื่น แต่ถ้ามีปัญหา ก็สามารถหาทางออกได้ทุกสถานการณ์

ภาพหนึ่งที่สะท้อนแนวคิด แห่งความเป็นจริงของชีวิตมนุษย์ได้อย่างแท้จริง คือ เรื่องของหญิงไทยวัย 38 ปี หน้าตามอมแมม ผมไม่ได้รับการสระมาหลายวัน อาศัยอยู่ในบ้านเก่าทรุดโทรม เมื่อ 3 ปีก่อนเธอได้รับอุบัติเหตุรถชน ทำให้เดินไม่ได้ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง สามีเสียชีวิต ลูกสาวแต่งงานแยกครอบครัวและไม่กลับมาดูแลแม่เลย ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยเงินผู้พิการที่ได้จากรัฐในการยังชีพ แต่จากการประเมินสภาพผู้ป่วยแล้วเห็นว่าน่าจะกลับมาเดินได้ถ้าได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทีมจึงได้วางแผนในการทำกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ฝึกให้ยืนและเดินด้วย walker อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งกระตุ้นญาติช่วยฝึกเดิน และประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและค่าครองชีพ มีการติดตามประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ จนผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วย walker มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ได้อาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดและมีกำลังใจมากขึ้น

คำถามท้าทายที่รออยู่ คือ ยังมีผู้ป่วยอีกกี่คน ที่รอความช่วยเหลือที่ยังไปไม่ถึงเช่นนี้ ปัญหาที่ยังคงค้างอยู่ในใจ ที่เราต้องพยายามแก้ไขต่อไปให้ดีที่สุด

**บทเรียน** เราต้องการความเมตตาปรานีจากคนอื่นฉันใด บุคคลทั้งหลายก็ต้องการความเมตตาปรานีจากเราเหมือนกัน

## เรื่องราวของฉัน...ผ่านวันเวลา

---

มูหะหมัด วันสุไลมาน      โรงพยาบาลหนองจิก

แบมะ นักวิชาการสาธารณสุขหนุ่มอารมณ์ดี ที่เรียกรอยยิ้มให้กับผู้พบเห็นเสมอ ทั้งที่ชีวิตถูกทำร้ายทั้งกับตัวเองและกับครอบครัวอันเป็นที่รัก จากปัญหาความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ด้วยหัวใจแห่งการเป็นผู้ให้อย่างแท้จริงให้กับทุกคน แม้คนที่เคยทำร้ายครอบครัวอย่างแสนสาหัส การก้าวผ่านหรือวิธีคิดที่ทำให้ยอมรับและการจัดการกับความแค้น และดำรงชีวิตภายใต้ความขัดแย้งและการถูกกระทำได้นั้น นับเป็นเรื่องราวที่น่าสนใจอย่างยิ่งของชายหนุ่มอารมณ์ดีผู้นี้ “มูหะหมัด วันสุไลมาน”

การพัฒนาตนเองที่นำไปสู่การพัฒนางานให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของมูหะหมัด เริ่มต้นจากนำประสบการณ์ของตัวมาทบทวน วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้กำลังใจตัวเองด้วยความภาคภูมิใจ ร่วมกับโอกาสที่ได้รับ และการมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ปัจจัยต่างๆ ประกอบกันจนทำให้เกิดการพัฒนาเป็นลำดับขั้น คือ

1. ถอดบทเรียนชีวิตจากประสบการณ์ เป็นการทบทวนการปฏิบัติตัวต่อผู้อื่น การปรับเปลี่ยนทั้งวิธีคิดและวิธีปฏิบัติของตนภายใต้บริบทของการเป็นผู้ให้บริการที่มีความเป็นกันเองทั้งกับผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน
2. สร้างความภาคภูมิใจแก่ตนเอง การให้กำลังใจตนเองเป็นสิ่งสำคัญ นำความภาคภูมิใจมาเสริมสร้างกำลังใจแก่ตนเอง
3. โอกาสที่ได้รับจากผู้บริหาร ความไว้วางใจและให้โอกาสมอบหมายงานให้ทำโดยไม่มีภารกิจกัฏการทำงานและการตัดสินใจ
4. ศาสนาและสมาธิ การดูแลจิตใจของตนในยามประสบเหตุหรือเหนื่อยล้ากับการทำงาน มีศาสนาเป็นที่พึ่ง โดยการสร้างสมาธิเพื่อพิจารณาเหตุแห่งปัญหาด้วยเหตุและผล

มูหะหมัด เริ่มต้นจากการสร้างกำลังใจให้ตนเอง เพื่อนำไปสู่การมอบความรักให้แก่ผู้อื่นผ่านการให้บริการที่เป็นกันเอง และจริงใจด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

## ให้ไป แต่กลับได้มา

---

รุสลีนา สามาะ      โรงพยาบาลหนองจิก

เหตุการณ์นี้...เป็นจุดเปลี่ยนเล็กๆ ที่ทำให้เกิดแรงบันดาลใจดีๆ ในการทำงานของนักโภชนาการ ที่เลือกกลับมาเป็น “นักโภชนาการในโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆ” สิ่งที่ได้รับเป็นกำไร

ชีวิต ที่ได้เริ่มต้นทำประโยชน์ให้กับชุมชน ให้พี่น้องมุสลิมในพื้นที่ได้เริ่มเรียนรู้ความรู้ด้าน โภชนาการมากขึ้น

สิ่งที่ได้ทำไปอาจจะยังมองไม่เห็นเป็นรูปธรรม แต่อย่างน้อยที่สุดเป็นจุดเริ่มต้นของระบบงานคุณภาพที่ยั่งยืน ความคิดที่เริ่มจากจุดเล็กๆ ที่หัวใจของคนทำงาน เริ่มต้นที่แรงบันดาลใจดี ๆ ซึ่งจะสามารถสานต่อเป็นความรัก ความเอื้ออาทร ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ จนกลายเป็นความร่วมมือกับชุมชนอย่างได้ผลต่อไป เป็นส่วนช่วยที่ทำให้มองเห็นเป้าหมายและความตั้งใจของตัวเองชัดเจนขึ้น

ภาษามลายูและการเกิดเป็นมุสลิมที่โตมาในพื้นที่ 3 จังหวัด จะไม่เปล่าประโยชน์เพราะทั้งหมดจะเป็นต้นทุนที่ทำให้ ดิฉันเริ่มต้งงานบริการด้านโภชนาการได้อย่างเข้าใจถึงความต้องการของพี่น้องในพื้นที่ได้ลึกซึ้งขึ้น ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ดิฉันคงจะสามารถใช้ความเป็นนักโภชนาการ อาชีพเล็กๆ ตรงนี้ในการสร้างประโยชน์ให้กับสังคมและชุมชนได้ต่อไป

## รอยยิ้มบนคราบน้ำตาล

ที่มงานโรงพยาบาลกะพ้อ

จากการทำงานของพยาบาลที่มีภาระงานมาก ต้องปฏิบัติงานมากเกินกำลัง จำเจ เห็นภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดา มุ่งเน้นการให้การพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย ไม่มีเวลาใส่ใจในรายละเอียดที่สำคัญ ทำให้การประเมินผู้ป่วยเป็นไปในด้านการเจ็บป่วยทางกายเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ประเมินถึงอารมณ์ จิตใจ และสังคม เช่นในผู้ป่วยรายนี้ ที่ติดโรคร้ายจากสามี เมื่อป่วยถึงแม้จะมีสามีมานอนเฝ้า แต่ก็ไม่ได้สนใจหาข้าวปลาอาหารมาให้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาหารรับประทานก็ปวดท้อง พยาบาลก็มุ่งเน้นอาการปวดท้องมากกว่าจะถามถึงทุกข์สุข แต่เมื่อถูกคิดและได้ให้เวลาพูดคุย ทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาอย่างตรงจุด โดยเฉพาะผู้ป่วยรายนี้ ได้รับประทานอาหารหลังจากที่ไม่ทราบ ว่า ได้รับประทานครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ ท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยรายนี้ก็ได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรีในที่สุด

“เราไม่เคยใส่ใจชีวิตความเป็นอยู่ของคนไข้เลย เราให้การพยาบาลแต่ทางร่างกายให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ให้คนไข้กลับบ้านได้ แต่ถ้าเราหันมาให้การพยาบาลคนไข้ ดูแลคนไข้ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความเข้าใจและใส่ใจคนไข้มากกว่านี้ คนไข้บางคนหรือโรคบางโรคอาจจะหายได้โดยไม่ต้องพึ่งยา”

## โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

พญ.สุจรี กุหลาบเพชร

โรงพยาบาลวังทอง

เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน สังคมและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการจัดบริการ/กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ ผสานผสานและบูรณาการอย่างต่อเนื่องด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเริ่มมีความตระหนักและส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานให้น้อยลงได้ ผู้บริหารได้อนุมัติบุคลากรเข้ารับการอบรมและจัดซื้อเครื่องตรวจจอประสาทตา (fundus camera) เพื่อวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนทางตาที่เกิดจากโรคเบาหวานแบบเชิงรุก

บทเรียนที่ได้รับ ต้องเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพราะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่มีแนวทางเฉพาะที่เหมาะสมกับทุกคน ต่างแปรผันตามสภาพของผู้ป่วย สังคม ครอบครัว ชุมชน

พญ.ณัฐกร ประกอบ

โรงพยาบาลลพบุรี

## ทำไม ญาติไม่พากลับบ้าน

ทีมงานโรงพยาบาลพะโต๊ะ

“พี่อ่อนช่วยคุยกับคนไข้และญาติเตียง 9 ให้หน่อยสิ ไม่รู้ทำไม ญาติไม่ยอมพาคคนไข้กลับบ้านทั้งๆ ที่ไม่มีอาการอะไรแล้ว รอฟื้นฟูสภาพอย่างเดียว” ฉันท่อนกลับเข้ามาในห้องทำงานพยาบาลก่อน เพื่อจะทำความรู้จักกับผู้ป่วยเตียง 9 อย่างคร่าวๆ

ชายชราอายุราว 70 ปี ร่างกายผ่ายผอม แก้มตอบจนเห็นโหนกแก้มยกสูงชัดเจน นอนนิ่ง หลับตาพร้อมอยู่บนเตียง สวมเพียงผ้าอ้อมกันเปื้อนสีขาว คลุมทับอีกชั้นด้วยผ้าสีเขียวบางๆ พิมพ์ชื่อโรงพยาบาล แขนและขาทั้งสองข้าง วางทอดหนึ่งอยู่กับที่ บางจังหวะ มีการระริกไหวของขนตา ข้างเตียงมีผู้หญิงคนหนึ่งอายุรุ่นราวเดียวกัน รูปร่างผอม ผิวดำ ผมหงอกขาวแซมด้วยผมสีดำซึ่งมีอยู่น้อยเส้น สวมเสื้อและผ้าถุงที่ชราภาพไม่ต่างจากเจ้าของ ริมฝีปากแดง เพราะถูกเคลือบด้วยน้ำหมาก “ป้านิม” เธอเป็นภรรยาของลุงเหลือ

“สวัสดิ์ค่ะ ลุงเหลือ เป็นอย่างไรบ้างคะ” ไม่มีปฏิกิริยาใดๆ ตอบสนอง มีเพียงแรงกดบีบอย่างพยายาม ส่งมาที่มือฉันท

ฉันทเชิญป้านิมมานั่งคุยกันในห้อง “ป้านิม เสาให้หนูฟังได้นะคะว่า ทำไมถึงไม่ยอมกลับบ้าน” เรื่องราวพรู้งออกมามากมาย เหมือนจะระบายความอัดอั้นมากกว่าตอบ “เดิมป่ากับลุงเป็นคนภาคกลาง บ้านเดิมอยู่ จังหวัดสุพรรณบุรี มาทำงานรับจ้างเฝ้าสวนอยู่ที่นี้หลายสิบปี มีลูกด้วยกัน 4 คน ลูกคนโตและคนที่สองแยกย้ายไปทำงานรับจ้างที่อื่น ลูกสาวคนที่ 3 เสียชีวิตแล้วด้วยโรคร้ายและทิ้งลูกชายไว้ให้พ่อแม่ดูแลตั้งแต่เล็ก ๆ 1 คน ลูกชายคนสุดท้ายต้องบวชเป็นพระอยู่ที่วัดใกล้ๆ ปัจจุบันสมาชิกครอบครัวมีกัน 3 คน คือ ลุงเหลือ ป้านิม และอ้อย หลานชายวัย 14 ขน้าเล็ก ๆ ในสวน คือบ้านที่พักอาศัยไกลจากชุมชน ก่อนหน้าที่ลุงเหลือจะไม่สบายด้วยภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ลุงเหลือเป็นหัวหน้าครอบครัว ทุกคนในบ้านต้องพึ่งพาลุงเหลือทั้งสิ้น”

ลุงเหลือไม่มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง อาชีพเสริมคือ เฝ้าถ่านขาย ยามว่างจากเฝ้าสวนก็ชวนป่าและหลานไปตัดไม้ในสวน ส่วนป้านิมก็รับจ้างเล็กๆ น้อยๆ พอจะได้เงินมาเจือจุนครอบครัวแม้กระทั่งทุกเดือนลุงเหลือจะต้องพาอ้อยมารักษาที่โรงพยาบาล ทุกวันนี้การ

ที่อยู่ได้ไปเรียนหนังสือเกิดจากความพยายามของลุงเหลือที่ยังไงก็อยากให้หลานอ่านออกเขียนได้ อยู่ซ้ำชั้นอยู่ประถม 2 มาหลายปี

ป้านี้มเล่าด้วยเสียงสั้นเครือ ดวงตาเศร้าหมอง ชีวิตสิ้นหวังอย่างคนท้อแท้ถึงที่สุด น้ำตาที่ไหลอาบแก้มร่วงพรูลง เมื่อป้านี้มเงยหน้าขึ้น มองฉันคล้ายขอความเห็นใจ “ป้าไม่อยากพาลุงกลับบ้านเพราะป้าอยากให้ลุงหาย พุดได้ เดินได้ ช่วยตัวเองได้แล้วค่อยกลับบ้าน” ฉันจึงอธิบายถึงเหตุผลต่างๆ ว่าเราประเมินแล้วว่าลุงเหลือสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

รถวิ่งผ่านสองข้างทางที่มีต้นไม้ใหญ่น้อยยกรกรึมคูบอบอุ้ม มีบ้านเรือนน้อยหลังลงเรื่อยๆ จนถึงบ้านหลังหนึ่งดูเล็กกว่าบ้านหลังอื่น ยกพื้นสูง ฝาบ้านขัดไว้ด้วยไม้ไผ่สาน หลังคาสังกะสี มีคราบสนิมเกาะเป็นหย่อมกว้างเหมือนบ้านร้าง ป้านี้มนิ่งนิ่ง สีหน้าหม่นหมอง และแล้วบ้านร้างในความคิดของฉันเมื่อครู่ก็คือนบ้านที่เราต้องมาเตรียมความพร้อมก่อนให้ลุงเหลือกลับมา ไม่ใช่เพียงป้านี้มหรือที่ไม่อยากพาลุงเหลือกลับบ้าน ถ้าเป็นฉันกับสภาพบ้านที่ดูสุดแสนจะลำบากยิ่งนักในการดูแลคนป่วยเช่นนี้ ฉันก็ไม่อยากพากลับบ้านเหมือนกัน เร็วเท่าความคิด เพียงครู่เดียวหลังจากที่ฉันสำรวจรอบบ้านอย่างคร่าวๆ ฉันชวนป้านี้มไปบ้านผู้ใหญ่บ้านทันที เพื่อขอความช่วยเหลือและร่วมกันวางแผนว่าจะหาบ้านหลังใหม่ในชุมชนที่เหมาะสมกับสภาพคนไข้ สรุปกันว่าจะใช้บ้านเก่าๆ ของเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่มีคนอยู่เป็นบ้านใหม่ของลุงเหลือ และผู้ใหญ่บ้านก็รับหาทีมงานช่วยกันปรับปรุงตกแต่งบ้านเพื่อเตรียมรับลุงกลับจากโรงพยาบาลในทันทีเช่นกัน

ทีมงานทุกคนมานั่งวางแผนใหม่ โดยคิดจะปรับปรุงร้านค้าเก่าๆ ของเพื่อนบ้านให้แทนภาพที่ทุกคนกระวีกระวาด ทั้งเดินสายไฟ ซ่อมประตู ตอกไม้ทำเตียง วนวายกันน่าดู สักครู่ใหญ่เราก็สามารถเนรมิตบ้านใหม่ให้ลุงเหลือและครอบครัวได้ “ลุงเหลือสู้นะ” ฉันจับมือลุงเหลือ บีบลงไปแรงๆ อย่างตั้งใจ ลุงเหลือจับมือฉันไว้ น้ำตาไหลอาบแก้มทั้ง 2 ข้าง แล้วทีมงานก็แยกย้ายกันเดินทางกลับ

วันหนึ่งขณะนั่งทำงานอยู่ในห้อง ป้านี้มกับหลานเดินมาหาฉันที่ห้องให้คำปรึกษา ฉันตกใจมากในใจคิดไปถึงลุงเหลือทันที ป้าบอกว่าลุงอยากเดินมาหาฉันที่ห้องแต่เดินไม่ไหว ฉันรีบลุกเดินมาหา ภาพลุงเหลือนั่งอยู่บนเก้าอี้ สีหน้าแสดงความรู้สึกดีใจเมื่อเห็นฉัน ลุงเล่าให้ฉันฟังอย่างตื่นเต้นว่า ลุงเริ่มเดินได้และทำอะไรได้เองบ้างแล้ว แต่ยังทำงานหนักไม่ได้มาก แต่ที่สำคัญลุงไม่เป็นภาระหนักของคนในบ้านแล้ว

ภาพลุงเหลือที่อยู่ในความทรงจำวันก่อน ผู้ชายแก่ๆ ร่างกายผ่ายผอม มีแต่ความท้อแท้สิ้นหวังรอคอยแค่เพียงลมหายใจสุดท้ายของชีวิตกับภาพของผู้ชายที่นั่นอยู่ตรงหน้ากำลังพูดคุยกับดิฉันอยู่ในขณะนี้ ช่างแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ลุงเหลือได้รับการช่วยเหลือจากหลาย

องค์กร เช่น อบต. เดือนละ 500 บาท มูลนิธิฯ ให้ค่าเดินทางมาโรงพยาบาลเดือนละ 300 บาท ฉันทายามติดต่อสังคมสงเคราะห์ และได้รับการช่วยเหลือเป็นงวด ๆ วันไหนลืงเหลือยาหมด ไม่มีรถมารับยาที่โรงพยาบาล ป่านี้อาจโทรมาบอกที่งานของเราจะจัดการให้

“คนเราทุกคนมีเหตุผลเป็นของตนเอง” ซึ่งบางครั้งความต้องการของคนไข้ก็ไม่ตรงกับความคิดของผู้ให้บริการ ซึ่งในระบบบริการสุขภาพนั้น นอกเหนือสิ่งอื่นใด สิ่งที่ทำให้บริการจะสามารถมอบให้กับคนไข้ทุกคนได้ก็คือ การบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การเอาใจใส่ด้วยความรัก เมื่อใดที่เราได้ค้นพบเรื่องราวความจริงของชีวิต เราก็จะพบคำตอบ

## คำมั่นสัญญา

ทีมงานโรงพยาบาลรามัน

แซหะดี คนไข้วัณโรค ที่ต้องไปดูแลให้ทานยาทุกวัน (DOTS) และเคยล้มเหลวจากการรักษามาแล้ว 2 ครั้ง เป็นคนไข้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของผมหลังจากที่รับงานวัณโรคอย่างเป็นรูปธรรม

วันแรกไปบ้านผู้ป่วย สภาพทั่วไปรอบบ้านๆ เห็นได้ชัดว่ามีร่องรอยของน้ำท่วม ต้นไม้พุ่มไม้ ยังมีคราบโคลนสีขาวขุ่นติดอยู่ พื้นดินรอบๆ บ้านและใต้ถุนบ้านยังแฉะ เป็นเลน มีน้ำขัง เมื่อเดินถึงบ้าน ผมเริ่มด้วยการให้สลาม เสียงตอบสลามดังขึ้นมาทันที พร้อมกับคำเชิญขึ้นบ้าน โดยที่ไม่ว่าแขกที่มาเป็นใคร มาจากไหน ผมแทบจะลืงกับสภาพของแซหะดี ที่นั่งพิงเสาอยู่กลางบ้านด้วยสภาพที่อืดโรย หายใจเหนื่อยหอบ ช่างๆ มีกระเป๋ายาวัณโรค ขวดน้ำและแก้วน้ำไว้สำหรับรับประทานยา และที่สำคัญที่สุดหน้ากากถูกแขวนอยู่ที่เสาเหนือหัวของแซหะ พร้อมกับหน้าต่างที่ถูกรัด ปิด แสงแดดส่องไม่ถึง อากาศไม่ถ่ายเท

ผมเข้าไปนั่งโดยรักษาระยะห่างไว้ พร้อมถามแซหะว่า “ทำไมไม่ใส่หน้ากาก”

“อยู่คนเดียว ไม่มีใครอยู่บ้าน น้องชายออกไปทำงาน” แซหะตอบ ผมไม่กล้าบอกแซหะให้ใส่หน้ากาก เพราะกลัวแซหะจะคิดว่ารังเกียจแก็ก เดี่ยวพาลไม่ยอมให้ความร่วมมือ ผมจึงลุกขึ้นเดินเพื่อสำรวจสภาพภายในบ้านแทน ระหว่างสำรวจก็ซักถามเกี่ยวกับชีวิตของแซหะไปเรื่อยๆ แต่แซหะยังไม่ยอมให้ข้อมูลตามที่เราร้องการ ระหว่างที่เดินสำรวจอยู่ ก็แนะนำให้แซหะเปลี่ยนที่นอน โดยจัดที่นอนให้บริเวณที่แสงแดดส่องถึง พร้อมทั้งเปิดหน้าต่างให้มากที่สุดเท่าที่จะเปิดได้จากนั้นผมจึงให้รับประทานยา พร้อมทั้งบอกแซหะว่าพรงี้จะมาใหม่

รุ่งขึ้น เห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด แซหะนำที่นอนมาปูไว้บริเวณที่ผมแนะนำ ช่างๆ เป็นพรมสำหรับละหมาดพร้อมหมวกกะปิเยาะห้วงอยู่บนพรม คราวนี้ได้

โอกาส ผมจึงชวนคุยอธิบายที่ต้องมาทุกวัน แชนได้เล่าว่า แกไฉเป็นเลือด ออกมาเป็นก้อนๆ พยายามรักษากับหมอฟันบ้านก็ไม่หาย แชนทำงานเป็นช่างทาสีที่มาเลเซีย โดยที่ไม่ได้นึกถึงโรคฟันโรคที่เป็นก่อนหน้า เพราะคิดว่าหายแล้ว จนในที่สุดก็ตัดสินใจกลับมาที่คลินิกฟันโรค เป็นครั้งที่ 3 พร้อมกับให้คำมั่นสัญญาว่าจะกินให้ครบ 6 เดือน และจะมาพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้ง เช็ดหลาบกับอาการที่เกิดขึ้น มันทรมาณมาก “แซ่ไม่เอาแล้ว แซ่เซ็ดแล้ว” แซ่แกย้าคำพูด เดิมหลายรอบ ผมจึงย้ำว่าแซ่ต้องรับประทานยาให้ตามครบ 6 เดือน ห้ามขาดยา ห้ามหยุด ยาเองเด็ดขาด

1 สัปดาห์ต่อมา ผมไปดูแลให้ทานยาตามปกติ แซ่ก็เอ่ยคำถามขึ้นมาทันที “แซ่ขออะไร หน้อยได้ไหม แซ่อยากขอกลับไปทำงานทาสีตามเดิมที่มาเลเซีย เนื่องจากอยู่ที่นี้ไม่มีงานอะไร ทำ ทรัพย์สินสักอย่าง ยางสักตันก็ไม่มี นาก็ไม่มี มีแต่ที่ดินที่บ้านตั้งอยู่นี้เป็นสมบัติชิ้นเดียวที่เหลือ อยู่ที่นี้ต้องพึ่งน้องชายที่ทำงานรับจ้างไปวันๆ รายได้ก็ไม่กี่บาท แซ่เองก็ไม่ได้ทำอะไร ได้แต่อยู่เฉยๆ แซ่รู้สึกเหมือนกับว่าไม่มีคุณค่าในตัวเอง เป็นภาระของคนอื่น” ผมนั่งนิ่ง พัง แซ่เล่าด้วยอารมณ์ที่หดหู่ ไร้คุณค่าในตัวเอง พร้อมด้วยสีหน้าและแววตาที่น่าเวทนา

สุดท้ายผมจึงตัดสินใจอนุญาตให้แซ่ไปได้ โดยเชื่อมั่นกับคำสัญญาของแซ่ที่จะ รับประทานยาให้ครบ แต่ทั้งนี้ต้องมีข้อเสนอแลกเปลี่ยนด้วยว่าแซ่ต้องรับประทานยาให้ครบ ทุกวัน และต้องกลับมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง สีหน้าและแววตาของแซ่เปลี่ยนไปอย่างเห็น ได้ชัด จากที่หดหู่ น่าเวทนา กลัปกลายเป็นสีหน้าและแววตาที่มีความหวังขึ้นมา พร้อมกับ กล่าวขอขอบคุณหลายรอบ

วันต่อมา ผมพบเพียงแต่น้องชายแซ่เท่านั้น น้องบอกว่า แซ่ไปมาเลเซียแล้ว ผมไม่คิดว่า แกจะรีบไปถึงขนาดนี้ เพราะเมื่อวาน จากการสอบถาม แซ่บอกว่า อีก 2-3 วันถึงจะไป ผมตั้งความหวังว่า แซ่แกคงรักษาสัญญาที่ได้ให้กับผม และแซ่คงมีความสุขหลังจากที่ได้ทำใน สิ่งที่ตัวเองต้องการ

1 เดือนต่อมา วันที่คลินิกฟันโรคเปิดบริการ ผมเดินไปที่คลินิก พลังได้ยินเสียงให้ สลาม ผมรีบหันไปทันทีพร้อมกับรับสลาม โดยที่ยังไม่ทราบว่าเป็นเสียงของใคร “วะอะลัยกุ มุสลาม” ผมตอบสลาม ทันทีที่หันไป เห็นแซ่คนหนึ่งสวมหน้ากาก พร้อมกับพูดว่า “แซมมา แล้วบอมอ แซ่มาตามสัญญาแล้ว” หลังจากนั้นทุกเดือน ผมจะเจอแซ่ทุกครั้งที่มีแพทย์นัด และ แซ่จะย้ำเสมอว่า “แซ่จะทานยาให้ครบ จะมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง” ผมรู้สึกดีใจอย่างมาก ที่แซ่รักษาสัญญาที่ให้ไว้มาตลอด และผมมั่นใจว่าแซ่จะรักษาคำมั่นสัญญาตลอดไป จนกว่า จะรักษาครบตามตามเกณฑ์



## โรงพยาบาลชุมชน...มหาวิทยาลัยไร่ปรัชญา

นพ.อนุชิต วังทอง

โรงพยาบาลหนองจิก

เป็นเรื่องเล่าจากประสบการณ์ ตั้งแต่วันที่จับฉลากเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน วันที่จะต้องมาปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนที่ จ.ปัตตานี ซึ่งเป็น รพ.ชุมชนเล็กๆ ได้เรียนรู้วัฒนธรรมสองศาสนาที่อยู่กันอย่างลงตัว แต่เมื่อเวลาผ่านไป การเปลี่ยนแปลงก็เกิดขึ้นเรื่อยๆ ตามกาลเวลา โรงพยาบาลขยายขนาดใหญ่ขึ้น จำนวนบุคลากรเพิ่มมากขึ้น และงานของโรงพยาบาลชุมชนก็ซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งสถานการณ์ความขัดแย้งทางสังคมภายในพื้นที่ที่ก่อตัวขึ้น มีประสบการณ์หลากหลายที่ได้เรียนรู้

ตัวอย่างประสบการณ์ที่ล้ำค่าที่ได้รับจากการอยู่ที่ รพ.หนองจิก คือภาวะอุทกภัย เนื่องจาก รพ. ตั้งอยู่ริมคลองตุง ซึ่งเป็นคลองที่รับน้ำจากพื้นที่และน้ำที่ระบายมาจากเขื่อนปัตตานี ก่อนที่จะไหลลงสู่ทะเล รวมทั้งจุดที่ตั้งโรงพยาบาลเป็นที่ต่ำทำให้เกิดน้ำท่วมอย่างหนักในคราวที่เกิดอุทกภัยทางภาคใต้ เป็นสภาวะฉุกเฉินที่บั่นทอนกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างมาก และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่มากที่สุดในการทำงานคือการลอบวางระเบิดสถานีอนามัยดอนรักในอำเภอหนองจิก สถานีอนามัยแห่งนี้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU หนึ่งของ รพ.หนองจิก

อย่างไรก็ตามต้องขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และทีมงานทุกคนที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการทำงาน ซึ่งไม่สามารถทำงานได้ด้วยตัวคนเดียว ถ้าปราศจากบุคคลเหล่านี้โรงพยาบาลคงพัฒนามาไม่ได้จนถึงวันนี้ ขอขอบคุณครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้สั่งสอนให้ความรู้ ขอขอบคุณครอบครัวทุกคนที่มอบความรักและเป็นกำลังใจในการทำงาน ขอขอบคุณบิดามารดาที่ได้มอบชีวิตและทุกสิ่งทุกอย่าง ท้ายที่สุดขออุทิศรางวัลนี้ให้แก่บิดาผู้ล่วงลับ ผู้ซึ่งชี้นำมาสู่เส้นทางสายนี้... โรงพยาบาลชุมชน...มหาวิทยาลัยไร่ปรัชญา

## การออกกำลังกายพลังลมปราณในผู้ป่วยหอบหืด

ทีมงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรคหอบหืด (asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาของ รพ. ร้อยเอ็ด จึงมีการศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างจำนวน 36 ราย ประเมินโดยใช้ภาวะสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คือ หายใจไม่อิ่มในช่วงกลางวัน (day symptoms) ผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมาไอในช่วงกลางคืน (night symptoms) ผู้ป่วยใช้ยาบรรเทาอาการหอบ ผู้ป่วยหอบมากจนต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) และผู้ป่วยหอบมากจนต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล (admission) โดยใช้กิจกรรม

การออกกำลังกาย “พลังลมปราณ” ที่ปรับปรุงให้เหมาะสม ตามคำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญมาสร้างโปรแกรมการฝึกการออกกำลังกาย “พลังลมปราณ” แล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อ 1 ปี

ผลการดำเนินการ พบว่าการออกกำลังกายพลังลมปราณทำให้ผู้ป่วยหอบหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการหอบ และไม่ต้องหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือนอนรักษาที่โรงพยาบาล

## “ลุงอ๊ด” งานประจำที่ทำแล้วชื่นใจ

ปาริชาติ รัตนานันท์      โรงพยาบาลน้ำปาด

เมื่อก่อนโรงพยาบาลน้ำปาด มีการ re-admit ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สูงมาก เหตุเกิดจากการพ่นยาไม่ถูกวิธี ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้รักษา มีอาการกำเริบจึงมารับยา ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพผู้ป่วย COPD และญาติ ให้สามารถดูแลตนเองได้ ลดการ re-admit และลดภาวะ exacerbation จึงมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกลุ่ม COPD และวิเคราะห์หาสาเหตุ ทีมเริ่มดำเนินการโดยเก็บรวบรวมเวชระเบียน และรายชื่อผู้ป่วยเพื่อขึ้นทะเบียน และชักชวนผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มเพื่อให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยขาดความรู้ แต่พบว่ายังคงมีอัตราการ admit และ re-admit สูงอยู่ ทางกลุ่มจึงได้นำข้อมูลหลังทำกลุ่มมาวิเคราะห์ พบว่ากลุ่ม COPD ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เวลาที่ให้คำแนะนำไป มีการหลงลืม ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง

ทีมจึงเริ่มดำเนินการกลุ่มใหม่โดยใช้สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จัดคลินิกในรูปแบบ one stop service เริ่มจากแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคเป็น สีแดง รุนแรงมาก สีเหลือง รุนแรงปานกลาง และ สีเขียว รุนแรงน้อย เพื่อให้สามารถออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามความเหมาะสมของโรค และให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค และการทำกลุ่ม “เน้นเรื่องพูดให้บ่อย และให้หัดทำจริงทั้งการออกกำลังกาย และการพ่นยา” แต่ยังมีปัญหาว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อายุไม่ค่อยกล้าแสดงออก บางทีพูดและลองทำแค่ครั้งเดียวทำให้จำไม่ค่อยได้ ทำให้ไม่เป็น อายุเวลาที่ให้ออกกำลังกาย ทีมให้กำลังใจ ค้นหาผู้กล้าให้เป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งพูดและทำกิจกรรมทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม และสร้างกลุ่มผู้ป่วยให้เข้มแข็ง....นั่นคือ “ลุงอ๊ด”

“ลุงอ๊ด” ผู้ป่วย COPD ที่มีความดันโลหิตสูงด้วย เป็นหนึ่งในผู้ป่วยที่มักมีอาการหอบกำเริบบ่อยมากเกือบเดือนละครั้ง แต่บางเดือนมา 2-3 ครั้งโดยเฉพาะหน้าหนาวมีการ admit และ readmit บ่อย เลยถูกโอนให้มาเข้ากลุ่ม COPD ลุงอ๊ดได้อยู่ในโซนสีแดง สิ่งแรกที่เรา

เห็นได้คือลุงอัดเวลาเข้ากลุ่มจะเป็นคนที่สนใจฟัง และปฏิบัติตามเมื่อถึงเวลาที่ต้องออกกำลัง ภาย หรือการพ่นยาให้ดูเราเลยให้ลุงอัดเป็นตัวอย่างกับเพื่อนๆ คนอื่นอยู่บ่อยๆ

ลุงอัดบอกเพื่อนๆ ในกลุ่มว่าลุงอัดเอาสิ่งที่เราพูดให้ฟัง ทั้งเรื่องการดูแลตัวเอง การออก กำลังกายที่ลุงอัดทำทุกวันตอนเย็นหลังจากทำงาน ทำติดต่อกันเกือบ 3 ปี ทำจริง ๆ ไม่ใช่ แค่มาฟังเฉยๆ พอกลับบ้านก็ไม่ได้ทำ ลุงอัดก็เลยดีขึ้นมาก ไม่ค่อยหอบแล้ว เมื่อก่อนต้อง เทียวมานอนโรงพยาบาลเพราะอาการหอบกำเริบรุนแรง ตอนนี้หอบก็เบาขึ้นยังมีอยู่บ้างแต่ ไม่ถึงจนต้องมาพ่นยาที่โรงพยาบาลเหมือนก่อน ปีนี้เพิ่งมานอนโรงพยาบาลแค่ครั้งเดียว สบายขึ้นไม่ต้องเหมารถมาโรงพยาบาลตอนดึก ทำให้เรารู้สึกว่าสิ่งที่เราทำ ได้เห็นผลจริง

ลุงอัดเป็นตัวอย่างที่ดี เวลาที่ทีมพูดคุยกันในกลุ่มก็จะนำมายกตัวอย่าง ทำให้ผู้ป่วยบาง คนที่ไม่ค่อยเห็นความสำคัญเริ่มกลับมารับฟังมากขึ้น และนำกลับไปทำจริง ๆ สถิติการ admit และ readmit ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจน ทีมงานรู้สึกว่าการที่ทำการก่อให้เกิดผลที่ดีกับ คนไข้ น่าชื่นใจ ทั้งเราและผู้ป่วยชื่นใจและได้ประโยชน์ เห็นผู้ป่วยดีขึ้น admit และ readmit น้อยลง งานก็น้อยลง ผู้ป่วยก็ไม่ค่อยหอบ ไม่ต้องมาโรงพยาบาลดึก ๆ ตื่น ๆ คุณภาพ ชีวิตก็ดีขึ้น ถึงจะเหนื่อยบ้าง ท้อบ้าง แต่ผลลัพธ์ออกมาดีอย่างนี้น่าชื่นใจ และมีกำลังใจที่จะทำ งานประจำให้ดีขึ้น

หลังจากการทำกลุ่มต่อเนื่องมา 3 ปี ผลที่ได้รับเราพบว่า อัตราการ admit และ การ readmit ด้วย COPD exacerbation ลดลงมาก และที่สำคัญการรับรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยก็ดีขึ้น สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ ในทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวเจ้าหน้าที่มากขึ้น การ empowerment คนไข้ และการทำกลุ่มในคนไข้ลักษณะเดียวกัน ก็ทำให้กลุ่มเกิดจากแลกเปลี่ยนข้อมูล แต่ต้องคอยควบคุมไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ผิดๆ ซึ่งบางคนชอบเอายา สมุนไพรที่โฆษณาผ่านคลื่นวิทยุชุมชน ซึ่งเราก็ต้องให้ข้อมูลเพื่อให้เข้าใจถูกต้อง แต่การ ทำงานก็มีทั้งอุปสรรคและความสนุกสนานและทั้งตัวคนไข้เอง การพูดคุยกันในทีมซึ่งทำให้เกิด การแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งทางด้านวิชาการและ ปัญหาที่พบหลังทำกลุ่ม จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละสภาวะการดำเนินของโรค

ทีมงานได้บทเรียน ในการทำงานเป็นทีมสุขภาพจะทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และเป็นองค์รวมการบริการด้วยใจต้องเกิดขึ้นจากความเต็มใจของเจ้าหน้าที่แต่ละคน จึงจะทำ ให้งานประสบความสำเร็จและการทำกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังต้อง อาศัยการพูดบ่อยๆ การลงปฏิบัติจริง รวมทั้งความจริงใจในการดูแลผู้ป่วย จึงจะได้รับความ ไว้วางใจและสามารถโน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคได้

พญ.ณัฐกร ประกอบ โรงพยาบาลลพบุรี

### การดูแลสุขภาพใจวัยรุ่น

ปวีณรัตน์ พิมล

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

“เด็กคนนี้มีปัญหาครอบครัวมาก เคยคิดฆ่าตัวตาย” “หนูเกลียดป่า” จากการทบทวนปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่น (อายุ 12-20 ปี) อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2549-52 พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จพบปีละ 1 ราย ในจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จดังกล่าวเป็นผู้ป่วยอายุ 14 ปี 18 ปี และ 20 ปี ตามลำดับ จากการทบทวนรายกรณีพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตจาก 2 ใน 3 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัย depression นั้นขาดการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ขาดการประเมินผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการรักษาล่าช้า

ทีมจึงได้ดำเนินการทบทวนระบบดูแลสุขภาพใจวัยรุ่น จัดทำแนวทางในการประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline, CPG) เป้าหมายเพื่อศึกษาและหาทางแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การปฏิบัติตาม CPG มีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 43 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2552 จำนวนการเสียชีวิตของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าและฆ่าตัวตายสำเร็จ ของผู้ป่วยยังพบปีละ 1 ราย ในปัจจุบัน แต่ทีมนำทางคลินิกได้ดำเนินการทบทวนทุกราย

กิจกรรมนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากสถาบันการศึกษา ในการให้ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่องขณะศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา ทางทีมงานได้พบว่าความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตบางครั้งกว่าจะรู้ผลต้องรอเวลาหลายปี การทบทวนการเสียชีวิตของวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย และวัยรุ่นที่มาด้วยอาการ hyperventilation เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์มากสำหรับค้นหาโอกาสพัฒนา ผู้ป่วยแต่ละรายมีสาเหตุของปัญหาที่สะท้อนจุดอ่อนของระบบที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนในทุกกรณี

แผนในการดำเนินงานต่อเนื่อง คือ การพัฒนาระบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนโดยอสม. การติดตามประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การทบทวนประสิทธิภาพการให้คำปรึกษา และการทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาต่อไป

## การสร้างองค์ความรู้ของการแพทย์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

ทีมงานโรงพยาบาลลำปาง

โรงพยาบาลลำปางได้เข้าร่วมโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors : CPIRD) แต่เดิมหลักสูตรการสอนกระบวนวิชาเวชศาสตร์ชุมชนของสถาบันแพทยศาสตร์จะเน้นทางด้านทฤษฎีเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาชุมชนก็เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้หลักการของชีวะการแพทย์ ซึ่งเป็นการศึกษามิติด้านร่างกาย ทำให้นักศึกษาแพทย์ขาดการเรียนรู้ในมิติด้านอื่น ๆ ของความเป็นมนุษย์ อันได้แก่ มิติด้านจิตใจหรืออารมณ์ความรู้สึก ด้านสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนด้านปัญญา (จิตวิญญาณและศาสนธรรม) มองไม่เห็นถึงสภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อมโยงในทุกมิติของชีวิต (holistic) และความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

ดังนั้นเพื่อให้นักศึกษาแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ และมองเห็นความเป็นองค์รวมของมนุษย์อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล ครอบครัวและสังคม และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้ด้วยความรู้และความเข้าใจในชุมชนอย่างแท้จริง จึงปรับเนื้อหาของการศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือศึกษาวิถีชุมชน 7 ชั้น ของ น.พ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้

ในปีการศึกษา 2551 กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลลำปาง จึงได้พัฒนาการเรียนการสอนในกระบวนวิชากิจกรรมสำรวจชุมชนใหม่ โดยเน้นให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติตนเหมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชนที่เพิ่งเข้ามาอาศัย และให้นักศึกษาใช้ศักยภาพของตนเองในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและเรียนรู้ชุมชนไปพร้อมกัน โดยใช้เครื่องมือศึกษาวิถีชุมชน 7 ชั้นของ น.พ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นกรอบแนวทางในการศึกษา

### ตั้งสติก่อนสตาร์ท

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

สองปีที่ผ่านมาอัตราการครองเตียงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 สูงขึ้นเรื่อยๆ แต่อัตรากำลังกลับไม่เพิ่มตามจำนวนผู้ป่วย ทำให้ต้องขึ้นเวรนอกเวลา (OT) เสริม เป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้า การทำงานเกิดการผิดพลาด เกิดข้อร้องเรียน ในเรื่องพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง

หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงได้เสนอโครงการ “ตั้งสติก่อนสตาร์ท” ขึ้นเพื่อเป็นการปลูกจิตสำนึกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติ และเพื่อเป็นการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้นก่อน

ทำงานให้ตรงกัน ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเห็นพ้องต้องกัน โดยมีกิจกรรมหลังจากการส่ง-รับเวร การทบทวนเรื่องเล่าเช้านี้ ซึ่งจะมีการพูดเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน จากนั้นจัดให้มีการปฏิญาณตนร่วมกันทุกวัน ระหว่างเจ้าหน้าที่แพทย์ นักศึกษาที่มาฝึกงานที่หอผู้ป่วย ว่า “เราจะมีสติและจิตสำนึกของผู้ให้บริการที่ดี ทั้งกาย วาจา ใจ ยินดีและเต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์” ระเบียบทุกคนเขินอาย ดูเป็นเรื่องน่าขำขัน

หลังจากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 1 ปี ที่ผ่านมา ทุกคนถือเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำถึงแม้หัวหน้าไม่อยู่ ยังมีนักศึกษาพยาบาลอยู่ร่วม ทีมจะยิ่งภูมิใจทำเพื่อให้ห้อง ๆ ทำตาม ผลจากการทำโครงการนี้ทำให้เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นมากขึ้น และเมื่อเราจะให้บริการอะไรแก่ผู้ป่วยหรือญาติ จะนึกถึงคำปฏิญาณนี้ทุกครั้ง แล้วทำให้เราเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีการมาถ่ายทำการปฏิญาณตนของเราซึ่งทาง TV ได้ดำเนินการออกอากาศไปแล้ว

## ปลดสภาพที่ไร้อำนาจต่อรอง

งานสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงพยาบาลกบกรลาศ

เรื่องเล่าของพยาบาลจิตเวช ที่มุ่งมั่นตั้งใจช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปลดปล่อยจากสภาพที่ไร้อำนาจต่อรอง เธอเล่าว่า “ฉันไปพบชายคนหนึ่งผิวดำแดง เนื้อตัวขรุขระด้วยซีไคล หนองเคราผมยาวรุงรัง ไม่ใส่เสื้อผ้า ที่เท้ามีโซ่เส้นขนาดสองนิ้ว ยาวพอสมควรล่ามกับเสาที่เรียกว่าเพิง เพราะมีแค่หลังคาเก่าๆ มีรอยรั่วเห็นแสงสว่าง ด้านข้าง 4 ด้านโล่งไม่มีผนัง ผู้ป่วยรายนี้ไม่แสดงสีหน้าอะไรเลย แววตาแห้งผาก ไม่พูด ถามอะไรไม่ตอบ ออกเสียงมาแต่ไม่รู้พูดอะไร” เขาถูกล่ามโซ่เพียงเพราะถูกมองว่า “เขาคือคนบ้าหรือคนวิกลจริต”

จากการพูดคุยทำให้ทราบว่าญาติได้พยายามแล้ว ทั้งพาไปหาหมอรักษา หาหมอน้ำมนต์แต่ก็ไม่ดีขึ้น ฉันถามครอบครัวชายคนนั้นว่า “ถามตรงๆ แล้วอยากให้เขาอยู่อย่างนี้หรือ” ทุกคนเงิบ แล้วแม่ชายคนนั้นก็พูดออกมาว่า “รักษาก็ไม่หาย ไม่มีเงินทอง รถก็ไม่มีที่จะพาไป” จากการพูดคุยทำให้ฉันรู้ว่าเพราะไม่มีเงิน ไม่รู้จะต้องขอความช่วยเหลือจากใคร จึงต้องล่ามโซ่ลูกชายไว้ ฉันได้ให้คำแนะนำวิธีการเข้าไปขอความช่วยเหลือกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง

แต่เมื่อ 5 เดือนผ่านไป ชายคนนั้นก็ยังคงอยู่สภาพเดิม เขาได้พยายามติดต่อไปหน่วยงานต่างๆ แล้วแต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ฉันจึงไปขอความช่วยเหลือจากทีมผู้บริหารโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับคำแนะนำว่า “ทำให้ชุมชนเขาเห็นความสำคัญของปัญหา” จะทำให้การแก้ไขนั้นประสบความสำเร็จ ฉันจึงไปที่องค์การบริหารส่วนตำบล แม้ขั้นตอนจะยุ่งยาก แต่ก็ได้พบนายก อบต. และได้รับความช่วยเหลือทำให้ชายคนที่ถูกล่ามโซ่มีโอกาสไปรักษา

แต่งงานฉันไม่จบแค่การนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ฉันคอยดูแล เผื่อระวัง ติดตามไม่ให้ผู้ป่วย  
รายนี้กลับเป็นซ้ำ การช่วยให้เขากลับมาอยู่บ้านอย่างได้รับการยอมรับจากครอบครัวและ  
ชุมชน

นพ.ชานี จิตตรีประเสริฐ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ฉลวย หาลือ, พัชรภรณ์ ทะเกียง โรงพยาบาลพะเยา

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพะเยา ได้เปิดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมี “หมอน้อย” หรือ “หมออนามัย” อยู่ร่วมกับชาวบ้าน จากสถิติการส่งตรวจและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในปี 2549-2551 พบความผิดปกติทุกระบบ ร้อยละ 45.33, 23.33 และ 87.19 ตามลำดับ ในระหว่างการติดตามดูแลได้พบปัญหาผู้ป่วยบางกลุ่มไม่ตระหนักว่าตนเองมีภาวะแทรกซ้อน เพิกเฉยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่อยากมาโรงพยาบาลเนื่องจากเสียเวลา เสียงาน ไปลำบาก และมีอีกกลุ่มหนึ่งไม่สามารถมาพบแพทย์ได้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีคนดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เข้าถึงระบบบริการ และได้รับการดูแลที่ไม่ดีเท่าที่ควร

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพะเยา จึงมีการวางแผนพัฒนาระบบบริการ โดยประสานความร่วมมือกับแพทย์อายุรกรรม หรือ “คุณหมอ” ที่มีความตั้งใจเสียสละ แม้ว่า “คุณหมอ” จะมีงานล้นมือ แต่สองคำนี้ “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” เป็นหลักสำคัญที่คุณหมอนำมาใช้เสมอ รวมทั้งได้เสียสละในร่วมการออกทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยในชุมชน โดย “หมอน้อย” เป็นผู้จัดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลให้พบคุณหมอ ชุมชนของผู้ป่วยเอง ร่วมกับการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคุณหมอ / ผู้ป่วย และ “หมอน้อย” ในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม หลังจากนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิ จะติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินผล ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ไม่ต้องลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล มีความพอใจต่อการบริการ และ “หมอน้อย” บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากได้เรียนรู้จาก case ที่ตนเองเป็นผู้ดูแลโดยมีคุณหมอเป็นผู้ชี้แนะแนวทางให้และนำมาวางแผนการดูแลร่วมกัน

บทเรียนที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เป็นความรู้ฝังแน่นและติดตัวคนๆ นั้นไปอย่างยาวนาน และหากบุคลากร มีหลักคิดบนหลักของ



การเอาใจใส่ในการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ดี มีบริการเชิงรุกถึงในชุมชน จะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีและยั่งยืนต่อไป

## การพัฒนาเครือข่าย

โรงพยาบาลวารินชำราบ

ในอดีตที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาครัฐ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสั่งการให้ อสม. ผู้นำ ทำตามนโยบายและวิธีการที่ถูกกำหนดมา เช่น การป้องกันไข้เลือดออก การตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง แต่ขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ชาวบ้านร่วมทำ แต่ไม่ได้ร่วมคิด ไม่ได้ร่วมตัดสินใจ ก่อเกิดความรู้สึกว่าเป็นงานของหมอ เมื่อเจ้าหน้าที่กลับไป กิจกรรมก็หยุด ชาวบ้านไม่มีความสุขที่ได้ทำ เจ้าหน้าที่ก็ลำบากใจที่ต้องลงชุมชน กลัวผลงานไม่ออก ทำไปก็เป็นทุกข์ ทั้งชุมชนและเจ้าหน้าที่

ทีม CUP โรงพยาบาลวารินชำราบ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพเพื่อการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเองในการจัดการสุขภาพ โดยเน้นการเปลี่ยนแนวคิดคนทำงานจากการใช้นโยบายสั่งการเป็นการอ่อนน้อมที่จะเรียนรู้ใช้หลักการให้คำปรึกษา โดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการวิเคราะห์ปัญหา สร้างความตระหนัก กำหนดกิจกรรม ร่วมรับผิดชอบและใช้ทุนทางสังคมในการจัดการปัญหา ร่วมกับการเสริมพลัง (empowerment) ในทุกระดับ

ส่งผลให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ เกิดจิตอาสาที่มาจากใจ เกิดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ผู้ป่วยและทีมดูแลมีความสุข คุณค่าของชุมชนถูกเปิดเผย ที่สำคัญคนทำงานเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชน ลดความเป็นตัวตน ไม่สั่งการ แต่อ่อนน้อมเป็นทีมเดียวกันกับชุมชน จากคำถามที่ว่า “คุณหมอจะให้ทำอะไร” กลายเป็น “เรา (ชุมชน) จะทำอะไรร่วมกัน” เกิดความรู้สึกเป็นทีมเดียวกัน (คนบ้านเดียวกัน) เกิดแหล่งเรียนรู้ในชุมชนที่หลากหลาย ใช้เครือข่ายในพื้นที่กระจายข่าวสารเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ ส่งผลให้หมู่บ้านที่ยังมองว่าตนทำไม่ได้ เริ่มเห็นตัวอย่างในบริบทที่ใกล้เคียง เกิดแรงบันดาลใจที่จะเรียนรู้ร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง

## ชุมชนเข้มแข็ง ร่วมแรงร่วมใจ บ้านสวยน้ำใส ปลอดภัยปลอดอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สร้างนำซ่อม ป้องกันดีกว่าแก้ และการเป็น excellence center ทำให้ผู้ศึกษาเกิดแนวคิดการทำงานรูปแบบใหม่ ในสไตล์พยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน คือ การสร้างเครือข่ายนอกโรงพยาบาล เน้นการมีส่วนร่วมและการบูรณาการกับเครือข่ายทุกภาคส่วน อย่างไร้รอยต่อ ไร้รูปแบบ ไร้ตัวตน ประสานความแตกต่าง นำองค์ความรู้ที่มีอยู่อย่างมหาศาล มากระตุ้นชุมชนและนำวิถีชุมชนมาเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความเข้มแข็งให้กับคนในชุมชนในอันที่จะตระหนักรู้ เข้าใจ สภาพปัญหาของชุมชน

เป้าหมายคือ ส่งเสริมพัฒนา เสริมสร้างความปลอดภัย แบบมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในชุมชน โดย นำกลยุทธ์ 6 มาผสมผสานกับยุทธศาสตร์ 6 E เน้นการมีส่วนร่วมและการทำกิจกรรมกลุ่มโดยคน 3 วัย ภายใต้หลักการ 2ส. 2ป. จนได้รับรางวัลให้เป็นชุมชนต้นแบบบ้านป่าก่อดำ และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชุมชนอื่นๆ ในการนำแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการร่วมกับวิถีชุมชน

บทเรียนที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิด วิธีการทำงานร่วมกับชุมชน เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทจาก พยาบาลผู้คอยตั้งรับสถานการณ์ คิดและสั่งการ เป็นพยาบาลที่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือ กระตุ้น เป็นที่ปรึกษา เป็นครู เป็น facilitator ให้กับทุกคน และปรับบทบาทเป็นพยาบาลผู้ประสานงาน พยาบาลด้าน prevention ร่วมกับเครือข่าย เกิดชุมชนต้นแบบ เกิดศูนย์การเรียนรู้ ภายใต้อุดมการณ์พึ่งตนเอง ผู้ทำกินไม่อันตราย สิ่งแวดล้อมไม่เสียหาย เป็นชุมชนเข้มแข็ง ปลอดภัย ปลอดอุบัติเหตุ

## ขยายเครือข่ายสายใยรักโดยแนวคิด OM

โรงพยาบาลหนองวัวซอ

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลา 6 เดือน และการพัฒนาโรงพยาบาลสู่สายใยรักแห่งครอบครัว ประกอบกับโรงพยาบาลหนองวัวซอ ได้รับการคัดเลือกจากจังหวัดในปี 2550 ให้ดำเนินงานสายใยรักแห่งครอบครัว ทางทีมงานได้ตั้งเป้าหมายในการดำเนินการว่า จะต้องสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการผลักดันสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

เริ่มดำเนินการโดยการคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินงาน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ค้นหาปัญหา และทำการแก้ปัญหา โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องที่มารดาขาดความรู้ และ

คัดเลือก model เด็กแรกเกิด พร้อมทั้งเชิญ “ปราชญ์ชาวบ้าน” มาสร้างอุปกรณ์ หรือของเล่น ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

ในปี 2551 ได้ขยายเครือข่ายจาก 1 หมู่บ้าน ไปเป็น 4 หมู่บ้าน มีการจัดตั้งแกนนำของแต่ละหมู่บ้าน และขยายการบูรณาการงานสู่หน่วยงานอื่นๆ จัดทำอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ให้กับสมาชิกในโครงการ นอกจากนี้ทีมงานได้นำรูปแบบการวิเคราะห์ชุมชน (AIC) และ outcome mapping มาใช้ ส่งผลให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดความตื่นตัวในการเลี้ยงดูบุตร และเกิดการดำเนินงานร่วมกันจนเป็นภาคีเครือข่าย



นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### ลุงตา กลับบ้าน

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้รับการผ่าตัด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุความพิการที่สำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตมักมีความพิการเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพหรือการดูแลต่อเนื่อง จึงควรมีระบบการดูแลที่เหมาะสม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมนำทางคลินิกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จึงได้ร่วมกันจัดบริการเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยร่วมกับทีมนำคลินิกอายุกรรม พัฒนา CPG stroke, CPG Head Injury ให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สอนสาธิตการดูแลผู้ป่วย ประเมินข้ออย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาปัญหาการดูแลอื่นๆ มีระบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีระบบการดูแลต่อเนื่องจนถึงชุมชน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น ลูกโป่งสายรุ้ง ผ้าห่มกันแผลกดทับ คุณการุณช่วยฝึกดูดเสมหะ เครื่องเตือนน้ำล้นป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น จากกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และญาติมีความมั่นใจในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

### พัฒนางานเยี่ยมบ้าน...สืบสานแนวพระราชดำริ 3 มิติสู่ชุมชน

บังอร หนูจง

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

จากสถิติโรคเบาหวานของจังหวัดชุมพร พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีจำนวนสูงเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยนอก และเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 6.9 เท่านั้น ผลการเยี่ยมบ้านในปี 2551 พบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวหลายชนิด มีข้อจำกัดด้านร่างกาย การดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ขาดความเอาใจใส่ รวมถึงภาระที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และพบว่าการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้

ผู้ป่วยนำความรู้กลับไปปฏิบัติได้จริง เนื่องจากให้ความรู้ไม่ตรงบริบท ไม่เข้าใจความเป็นอยู่ เมื่ออยู่บ้านขาดการดูแลเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

งานเยี่ยมบ้านจึงได้จัดรูปแบบการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์แนวทาง “การเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา” เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป การเข้าใจ คือ การเข้าใจผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลในมิติต่างๆของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัย ค้นหาปัญหา รากของผู้ป่วย การเข้าถึง คือ การสื่อสาร สร้างการมีส่วนร่วม สร้างความเข้าใจ ช่วยกัน วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด การพัฒนา คือ การเรียนรู้เพื่อพัฒนา ศักยภาพทีมเยี่ยมบ้าน เครือข่ายการดูแลในชุมชน ครอบครัวผู้ป่วย จัดกระบวนการเรียนรู้และ ฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ตั้งศูนย์เตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยมีกิจกรรมจัดให้พักผ่อน สอนสุขศึกษา ให้ความรู้สาริตและฝึกปฏิบัติ สร้างการมีส่วนร่วม ห้องสาริตอาหารเฉพาะโรค คำนวณค่าพลังงาน เมนูอาหารท้องถิ่น ให้คำปรึกษา กรณีที่ได้คะแนนความเครียดสูง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายในชุมชน ให้ความรู้ แนะนำตามบริบท สร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อช่วยดูแล คนไข้เบาหวานต่อเนื่องที่บ้าน คัดข้อมูลสู่ชุมชน จัดเวทีคั้นข้อมูลที่ทีมเยี่ยมบ้านได้พบและจัด กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างเครือข่าย เยี่ยมบ้านในชุมชน ปีละ 2 ครั้ง

ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด 60-200 mg% เพิ่มจากร้อยละ 35.94 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 71.79 ในปี 2552 ระดับน้ำตาลมากกว่า 200 mg% ลดลงจากร้อยละ 59.3 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 25.65 ในปี 2552

## การขยายผลชุมชนต้นแบบในพื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ปี 2551 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้สำรวจภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่หมู่ 2 แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ ซึ่งประกอบด้วยชุมชนทั้งหมด 20 ชุมชน มีประชากรประมาณ 15,265 คน (ชาย 7,442 คน หญิง 8,121 คน) พบว่า กลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติมีจำนวน 10,923 คน อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 1,645 คน และกลุ่มที่เจ็บป่วยมีจำนวน 2,974 คน ส่วนการพัฒนาชุมชนพบว่า มีเพียง 4 ชุมชน (ร้อยละ 19.04) ที่มีการรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในการพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพ

ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โรงพยาบาลภูมิพลฯ จึงได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนได้ โดยการสร้างเครือข่ายให้ชุมชนที่มีศักยภาพแล้วได้มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างให้แก่ชุมชนใกล้เคียง ส่งเสริมให้ประชาชนเรียนรู้จากการมีส่วนร่วม โดยจัดให้มีการเสวนาหรือประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จัดชุมชนสัญจร เยี่ยมพื้นที่ 20 ชุมชน และนำความรู้ที่ได้จากกิจกรรมข้างต้นมา “ถอดบทเรียน”

ผลการดำเนินการพบว่า 1) ชุมชนที่มีความเข้มแข็งในระดับ 3 และ 4 มีอยู่ 6 และ 1 ชุมชนตามลำดับ มีชุมชนที่มีระดับความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นหลังทำโครงการ 8 ชุมชน 2) ชุมชนส่วนใหญ่มีการรวมตัวกันเป็นคณะกรรมการชุมชน หมู่บ้าน หรือชมรมต่างๆ ทั้งแบบที่จดทะเบียน และไม่จดทะเบียน 3) มีการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้ในชุมชน มีวิทยากรในชุมชนที่สามารถเป็นครูฝึกในบางกิจกรรมได้ เช่น การออกกำลังกาย 4) ชุมชนมีการจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขได้ในบางชุมชน ปัญหาในการบริหารจัดการส่วนใหญ่ที่พบคือเรื่องเวลาของแกนนำและสมาชิกในชุมชน และ 5) ทุกชุมชนมีความเห็นตรงกันในเรื่องของทุนว่า การจะพัฒนาชุมชนให้ต่อเนื่องและยั่งยืนได้จำเป็นต้องมีงบประมาณมาสนับสนุน และชุมชนส่วนใหญ่มีเรื่องที่ต้องการพัฒนามากกว่าทุนที่มีอยู่ แต่ละชุมชนได้นำข้อที่ได้คะแนนน้อยไปปรับปรุงเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

## ภาวะชืดของผู้สูงอายุในชนบท ปัญหาที่ซ่อนเร้น

งามเนตร ทองฉิมและคณะ                      โรงพยาบาลควนขนุน

ภาวะชืดในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่โดยผู้สูงอายุไม่ทราบ อีกทั้งการจัดบริการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจะมีการเข้าถึงบริการได้น้อย ซึ่งภาวะชืดจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำงานและการดูแลตนเองลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งภาวะสมองเสื่อม

ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในระดับชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลควนขนุนจึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการคัดกรอง วินิจฉัย และจัดการบำบัดรักษาภาวะชืดของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จากการใช้ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพ ตามแนวทางการบำบัดภาวะชืดในผู้สูงอายุสมัยใหม่ พบว่า การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะชืดให้ยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งควบคู่กับวิตามินซีและวิตามินรวม

สามารถบำบัดรักษาภาวะซีดวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาแบบเดิม ผลการพัฒนานี้พบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะซีดทุกรายได้รับการบำบัดตามแนวทางปฏิบัติจนครบ 6 สัปดาห์ รวมทั้ง ผู้สูงอายุและครอบครัวยังได้เรียนรู้การปรับเลือกรับประทานอาหารที่ควรบริโภคเพื่อเสริมธาตุเหล็กอีกด้วย

นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

### เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลน้ำพอง

จากการดำเนินงานเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมืองน้ำพองมานาน 7 ปี พบว่ามีเพียง 1 กลุ่มหรือร้อยละ 1.82 เท่านั้นที่จัดอยู่ในกลุ่มหรือชมรมระดับ 3 และมีกลุ่มที่ต้องหยุดดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้พบว่ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 90.91 ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงแกนนำ และทีมงานของโรงพยาบาล อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มได้ เช่น มีภาระต้องเลี้ยงหลานหรืออยู่เฝ้าบ้าน ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ป่วยพิการหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และยังคงทำงานอยู่ ที่งานส่งเสริมสุขภาพจึงได้พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการ

- ขยายกลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบล และพัฒนาแกนนำกลุ่มๆ ในตำบล
- ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบล และส่งเสริมเวทีการเรียนรู้ของเครือข่าย หมุนเวียนไปจัดกิจกรรมหรือประชุมตามหมู่บ้านต่างๆ ทุกเดือน
- มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านสม่ำเสมอทุกเดือน
- ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ได้แก่ ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผลจากการพัฒนาพบว่า เกิดกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในชุมชนนำร่องได้รับการดูแลจากชุมชนร้อยละ 100

มีการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เดือดร้อนด้านการเงิน 66 คน ผู้สูงอายุพิการได้รับการฟื้นฟูสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 60 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 60.04 มีผู้สูงอายุสุขภาพดี (ไม่มีโรคประจำตัว / ช่วยเหลือตนเองได้) ร้อยละ 73 ผู้สูงอายุป่วยและ/หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ 23



## Role Model ด้านสร้างเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลพนมสารคาม

โรงพยาบาลเข้าถึงชุมชนด้วยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย รมรงค์การออกกำลังกาย ในตลาด แหล่งชุมชน และโรงเรียน มีการเดินแอโรบิค การขี่จักรยาน และเล่นกีฬา วอลเลย์บอล ฟุตบอล บาสเก็ตบอล เพื่อเป็น model ให้ประชาชนในพื้นที่ได้เห็นและมีการ ปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยสร้างเสริม กระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนโรงเรียนทุกสังกัดดำเนินตามกระบวนการโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 100 และ ประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไปสามารถออกกำลังกายวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งปฏิบัติได้ร้อยละ 60 มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนถึง 6 ชมรม โดย 1 ใน 6 ชมรม เป็นชมรมออกกำลังกาย ซึ่งสมาชิกทุกชมรมมาร่วมในการออกกำลังกาย ได้แก่ แอโรบิค เดินเร็ว ซี่ง และไทเก๊ก มีการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี

จากการดำเนินงานพบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกัน เป็นอย่างดี เกิดวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องของการออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่มีความสุขและผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน รวมทั้งมีการแข่งขันกีฬาประจำปี สามารถเป็นแบบอย่าง ให้โรงพยาบาลใกล้เคียงนำไปปฏิบัติตามในเรื่องการออกกำลังกายทุกวัน

โอกาสพัฒนาควรมีการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การฝึกคำนวณ พลังงานที่ต้องรับประทานในแต่ละมื้อของเจ้าหน้าที่ เพื่อควบคุมตัวเอง และให้ความรู้ด้าน โภชนาการแก่ประชาชนในชุมชน

## เยี่ยมบ้าน 3 ประสาน “บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาล”

รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์      โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ตอนเช้าที่แตกต่าง...วันครบอายุ 14 ปีของน้องแอม น้องแอมตื่นมาในที่ที่ไม่คุ้นเคย พร้อมสายระโยงระยางเต็มไปหมด วันนี้น้องแอมไม่ได้กลับบ้าน แต่อยู่ที่ห้อง ICU ชีวิตที่ไม่คุ้นเคย ท่ามกลางความกลัว น้อง แอมถูกเจาะเลือดครั้งแล้วครั้งเล่า ตลอด 2 สัปดาห์ที่ รพ. และแล้วน้องแอมก็ได้กลับบ้านพร้อมกับชีวิตที่เปลี่ยนไป น้องแอมเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ต้อง ฉีดยาและเจาะเลือด วันละหลายครั้ง

ชีวิตที่เปลี่ยนไป ชีวิตน้องแอมต้องอยู่อย่างมีแบบแผน มีอาหาร เวลาตรวจเลือด และ ฉีดยา การทานอาหารให้พอและเหมาะสม คนรอบข้างทั้ง แม่ ป้า เพื่อน ครู ต่างต้องมีหน้าที่

ในการดูแล ที่ต้องรู้และเข้าใจและเพื่อให้ห้องแอมสามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขและปลอดภัยจึงต้องมีการเตรียมการดูแล ที่ รพ.ห้องแอมรับการดูแลอย่างปลอดภัย แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่บ้านและโรงเรียน เพราะชีวิตส่วนใหญ่ของห้องอยู่ที่นั่น ทุกคนเข้าใจการดูแล แม้รู้สึกอึดใจมากขึ้นที่คุณครู และทีมจาก รพ. ไทรศัพท์ ประสานกันอยู่ตลอด

เดิมห้องแอมเป็นนักกรีฑามือหนึ่งของโรงเรียน การป่วยก็เลยทำให้ครูถอดใจกลัวความไม่ปลอดภัย การพูดคุยประสานกันเป็นอย่างดีนี้ทำให้ชีวิตห้องแอมไม่เปลี่ยน ยังคงความภาคภูมิใจในการเป็นนักกรีฑามือหนึ่งของโรงเรียน เพื่อนสนิท ตอนแรกกงๆ และเปลี่ยนเป็นสนุกสนาน อยากเป็นฮีโร่ที่จะได้ดูแลเพื่อนในยามฉุกเฉินที่เด็กๆ เรียกว่า อาการน้ำตาลตกที่รุนแรง ห้องแอมมีสมุดบันทึกการฉีดยา รายการอาหาร ระดับน้ำตาล ที่ทำให้ห้องแอมเกิดการเรียนรู้และมั่นใจ ถือเป็นแบบบันทึกผลลัพธ์ของห้องแอมที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ นำสู่การเรียนรู้ปรับพฤติกรรมที่เราไม่สามารถคาดการณ์ได้ เกิดบทเรียนในการใช้ชีวิตกับเบาหวานที่ไม่มีสูตรตายตัว เหมาะสม มั่นใจและนำสู่การอยู่ร่วมกับเบาหวานอย่างมีความสุข ภายใต้การสนับสนุน ดูแลจากทุกฝ่าย อย่างพอเหมาะ พอเพียง

สรุปเราได้ความภาคภูมิใจ ความสุขใจในการทำงานถวนหน้า “วันนี้ของห้องแอม มีแม่ครู เพื่อน โรงเรียน ที่รู้หน้าที่การดูแลและทำได้ดีในระดับหนึ่ง เรามั่นใจว่าห้องแอม เมื่ออยู่ที่บ้านและที่โรงเรียนมีความสุข”

### การสืบสานวัฒนธรรมหุ่นนำสุขภาพบุคคล 3 วัย

สมศรี นวรัตน์                      โรงพยาบาลบ้านลาด

จากการเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดที่มงานได้พบเห็น “การเลี้ยงดูบุตรหลาน” ด้วยการไกวเปลร้องเพลงพื้นบ้านกล่อมเห่ ทำให้ทีมรู้สึกอบอุ่น ความสบายใจ “ชวนในห้วงนอน” เห็นเด็กนอนหลับในเปลหลับยาวนาน กลับจากเยี่ยมบ้านจึงทำโครงการ “สืบสานวัฒนธรรมหุ่นนำบุคคล 3 วัยสดใสด้วยสุขภาพดี” ซึ่งดำเนินการโดยการประสานชมรม “ผู้ร้องเพลงกล่อมเด็ก” ร่วมกับ อบต. สืบค้นผู้ที่เป็นปราชญ์พื้นบ้านด้านการร้องเพลงกล่อมเด็ก ทำงานร่วมกับ “ชมรมผู้สูงอายุ” โรงพยาบาลบ้านลาดและชมรมผู้สูงอายุ ต.ไรโคก พื้นวัฒนธรรมทำพิธีรับขวัญขึ้น จัดกิจกรรม “ร้องเพลงกล่อมเด็กนอนเปล” และค้นหาปราชญ์พื้นบ้านมาจัดกิจกรรมสอน สาธิตการร้องเพลงกล่อมลูกให้กับหญิงฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาล จัดพิธี “โกนผมไฟ” ให้กับเด็กอ่อน จัดประกวดแต่งทรงผมของเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ขวบ

บทเรียนสำคัญของทีมคือการได้เห็นถึงศักยภาพในตัวบุคคล ชุมชน ในลักษณะพิธีกรรมต่างๆ มีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ การใช้

“ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (local wisdom)” ที่ควรแก่การอนุรักษ์ไว้เป็นอย่างยิ่ง การทำให้เด็กทารกได้รับแต่สิ่งดี ๆ ในการ “โอบ...กอด...สัมผัส” เป็นการสัมผัสที่รับรู้ด้วยความรู้สึก “จากใจถึงใจ” เป็นความรักจากภายในจิตใจ (love & passion) ที่เด็กได้รับตั้งแต่แรกเกิด “เป็นความอบอุ่นที่สามารถสร้างเสริมได้จริง”

นพ.ชานี จิตตรีประเสริฐ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

## อ้อมอกแม่

เสาวคนธ์ ทัดเที่ยง

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

“ไอ้ย! เสียงร้องดังแบบนี้ของลูกฉันแน่เลย มันคงเจ็บมาก สงสารลูกจังเลย”

“ทำไมเจาะไม่เสร็จสักที เจาะกันกี่ทีก็ไม่รู้เดียงตัวเล็กอยู่ด้วย”

ความเจ็บปวดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและมีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมและอาจกระทบต่อโครงการสร้างความจำระยะยาว ซึ่งในระยะ 1 เดือนแรกเป็นระยะของการพัฒนาระบบประสาทส่วนกลาง การเจาะเลือดที่สั้นทำทารกแรกเกิดทำให้เกิดความเจ็บปวดชนิดฉับพลัน ทารกแรกเกิดจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยการดิ้น ร้องไห้ ขมวดคิ้ว หลับตาแน่นและหายใจปึกจุ่มกบาน เป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานและไม่สุขสบาย นอกจากนี้ยังสร้างความวิตกกังวลให้แก่มารดาและญาติ

ดังนั้นการดูแลทารกเกี่ยวกับการเจ็บปวด โรงพยาบาลควรสอดแทรกกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดและสร้างความสุขสบาย เพื่อเกิดแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการเจาะเลือดทารกแรกเกิดในอ้อมอกแม่ โดยทารกจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การอุ้มสัมผัสกอดรัดอย่างนุ่มนวลและโยกตัวซึ่งจะทำให้ทารกรู้สึกอบอุ่น สบาย มีความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจจากการที่ดูคนมารดาและฟังเพลงกล่อมเด็กในขณะที่เจาะเลือด

เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจสามารถช่วยให้เด็กเผชิญกับความเจ็บปวดระยะสั้นๆ ได้ สัมผัสจากมารดาทำให้ทารกรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใยจากอ้อมอกของแม่ เป็นสัมผัสเพื่อการรักษา เป็นวิธีระงับปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดวิธีหนึ่ง ส่งเสริมสัมพันธภาพ ความผูกพัน และสามารถเป็นแรงบันดาลใจให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อไป มารดารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจ ฟังพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล

ภาพของทารกที่ดูคนในอ้อมอกแม่ นอนหลับตาปริ้มอย่างสบายใจและดูผ่อนคลายปราศจากเสียงร้อง ในขณะที่เจาะเลือดมีสายใยแห่งความผูกพันระหว่างแม่ลูกก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสุข นอกจากนั้นสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในใจเพิ่มขึ้นก็คือสามารถเปลี่ยนความคิดของแม่วัยรุ่นที่เดิมที่ตั้งใจจะไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เกิดความรักลูก

ให้ลูกดูนมจากเต้าและตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เอง จากการเจาะเลือดลูกในครั้งนี้ได้ด้วยความสุขใจนี้สามารถหล่อเลี้ยงชีวิตพยาบาลให้มีพลัง ที่จะยืนหยัดต่อสู้กับความเหน็ดเหนื่อยในวันต่อไปได้ และพร้อมที่จะพัฒนางานพยาบาลที่รักต่อไป สะท้อนให้เห็นอย่างเด่นชัดว่าการมีจิตใจที่อ่อนโยน เอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ เอาใจใส่ประจักษ์จตุตมิตรนั้นคือการเริ่มต้นของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ยังพิสูจน์ว่าอ้อมอกแม่อบอุ่นและปลอดภัยสำหรับทารกเสมอ

## Healing Environment กับงานบริการสูติกรรม

พัชรินทร์ เวียงทอง

โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

เดิมระบบงานบริการของ ANC งานห้องคลอด หลังคลอด อนามัยแม่และเด็กเป็นระบบงานบริการที่แยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้มารับบริการระดับอำเภอใน case ที่มีปัญหา ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องและขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนการดูแลเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ สถานที่ให้บริการคับแคบไม่ปลอดภัยและไม่เอื้อต่อการเรียนรู้แก่ผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการและการรับผิดชอบงาน ANC มีเพียง 1 คน ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่งผลให้เกิดความล่าช้า มีข้อร้องเรียน ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการเสมอ

ระบบงานบางอย่าง เช่น การส่งตรวจ U/S ต้องส่งไปที่ OPD ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการมาก หญิงตั้งครรภ์รอนานไม่สะดวก แพทย์มีไม่เพียงพอ และจากการสำรวจข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ยังมีทัศนคติความเชื่อที่ต้องการอยู่ไฟสูงถึงร้อยละ 90 ซึ่งเป็นวิถีชาวบ้านในการดูแลหญิงหลังคลอด

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด รวมถึงทารก 0-5 ปี มีการทบทวนข้อร้องเรียนและกระบวนการให้บริการนำเสนอต่อที่มำทางคลินิก ที่มำโรงพยาบาล มีการปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่ให้บริการที่เหมาะสมและเอื้อต่อการสร้างการเรียนรู้ของผู้มารับบริการ จัดโซนการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน รวมงานบริการทั้งหมดที่แยกส่วนให้เป็นทีมเดียวกัน ภายใต้ชื่อใหม่ “หน่วยงานบริการสูติกรรม” พัฒนาศักยภาพ ปรับปรุงระบบงาน กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จัดทำ CPG ในการดูแลเฉพาะร่วมกับที่มำทางคลินิก ปรับระบบการส่งตรวจ U/S โดยให้มีการตรวจ U/S ที่หน่วยงาน มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ผลลัพธ์ที่ได้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดลดลงจากร้อยละ 5.89 เป็นร้อยละ 1.18 ผู้มารับบริการมีความมั่นใจและไว้วางใจทีมมากขึ้น มีอัตราความพึงพอใจร้อยละ 90 ผู้ให้บริการมีการเตรียมความพร้อมวางแผนในการดูแลแก้ไขปัญหาเฉพาะรายได้เหมาะสม

และรวดเร็ว

บทเรียนที่ได้รับ การดูแลผู้มาคลอดที่มีผู้ให้บริการเป็นทีมเดี่ยวตั้งแต่ ANC จนถึงคลอด จะส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น การใช้วิถีชาวบ้านและผสมผสานแพทย์ทางเลือก/แพทย์แผนไทยที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดมีสุขภาพที่ดีมีคุณค่าสูงทั้งทางด้านการรักษาและด้านจิตใจของผู้รับบริการ

## ยึดหยุ่นผสมผสานเกื้อกูล เพิ่มพูนความยั่งยืนของโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

พญ.ลาวัลย์ ปัจฉิขภติ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดสุราษฎร์ธานีตามแนวมาตรฐานสายใยรักแห่งครอบครัว มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพครบทุกมิติ ผสมผสานการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เพื่อบรรลุผลลัพธ์การมีสุขภาพดีของมารดา-ทารก และส่งเสริมสัมพันธภาพที่อบอุ่นของครอบครัว

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นแม่ข่ายและเป็นพี่เลี้ยงแก่สถานบริการต่างๆ ในจังหวัด มีเคล็ดลึกลับการบริหารจัดการโครงการฯ โดยนำความยืดหยุ่น ความเกื้อกูลต่อกันมาใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทของภาคีเครือข่าย สู่การพัฒนาคุณภาพเชิงสร้างสรรค์ที่ยั่งยืนตามกรอบแนวคิด ADLI (Approach, Deployment, Learning, Integration) และ 3C (Core values, Concepts, Context)

ซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืนประกอบด้วยการทำงานเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีความยืดหยุ่น ยอมรับและเปิดกว้างสำหรับความคิดเห็นที่หลากหลาย ลดความเป็นปัจเจก เน้นการเสียสละเพื่อส่วนรวม และมีความเกื้อกูลต่อกัน มุ่งเน้นการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้ผ่านการประเมินคุณภาพสายใยรักระดับทองภายในปี พ.ศ. 2552 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นองค์กรและสังคมแห่งการเรียนรู้ ศึกษาจากปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางสู่การปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นเชิงสร้างสรรค์ เสริมพลัง เพิ่มขวัญและกำลังใจแก่ทีมงาน มุ่งเน้นผู้ให้และผู้รับผลงานมีความสุขร่วมกัน

## นมแม่มหัศจรรย์แห่งสายใยของเจ้าตัวจิ๋ว

รพ.มหาธาชนครเชียงใหม่

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง โภชนาการที่ดีจะทำให้ทารกฟื้นตัวและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง นมแม่ถือว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกที่เกิดก่อนกำหนดเนื่องจากสารอาหารในน้ำนมของแม่สามารถหยุดสารละลายทางเส้นเลือดของทารกได้เร็ว และยังมีภูมิคุ้มกันและสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยป้องกันไม่ให้ทารกเกิดโรคแทรกซ้อน หากทารกได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ หรือสารอาหารในนมแม่มีไม่พอเพียงสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม จะส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ทางทีมงานมีการเพิ่มสารอาหารในนมแม่ในระยะที่ทารกมีการเจริญเติบโตรวดเร็ว และจัดทำโครงการ “นมแม่มหัศจรรย์แห่งสายใย” ขึ้นเพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ป่วยหนักและมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้แม่มีส่วนร่วมในการรักษา มีการบริหารจัดการในระยะแรกเกิด เพื่อให้แม่มีการผลิตน้ำนม มีการเก็บและถนอมการใช้นมแม่อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ที่ได้คือทำให้การติดเชื้อในกระแสโลหิตและลำไส้เน่าเปื่อยลดลง ส่งผลให้อัตราตายลดลง เกิดความผูกพันระหว่างแม่ลูก ลดการทิ้งทารกในโรงพยาบาล เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งในระหว่างกลุ่มแม่ที่มารับบริการและบุคลากร และเกิดความพึงพอใจต่อทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ โครงการนมแม่มหัศจรรย์แห่งสายใยเป็นแนวทางที่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล เนื่องจากใช้งบประมาณไม่มากและน่าจะเป็นทางออกที่ดีของการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย







## Oral Presentation

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A2X	Oral: Quality Management & KM
	13.00-14.30 น.	A3X	Oral: Psychiatry
	15.00-16.30 น.	A4X	Oral: Information Management
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B1X	Oral: Nursing
	10.30-12.00 น.	B2X	Oral: Malignancy
	13.00-14.30 น.	B3X	Oral: Pharmacy
	15.00-16.30 น.	B4X	Oral: Pharmacy
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1X	Oral: Pediatric
	10.30-12.00 น.	C2X	Oral: Cardiology
	13.00-14.30 น.	C3X	Oral: Anesthesia & Surgery

นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

## สุนทรียสนทนา...เครื่องมือบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

คณะกรรมการที่นำคุณภาพโรงพยาบาลนครพนม

บางครั้ง การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติ อาจตึงเครียด ไม่สามารถทำความเข้าใจกันได้ เป็นผลให้เกิดความขัดแย้งและส่งผลทำให้เกิดข้อร้องเรียนได้ การเข้าสู่กระบวนการสุนทรียสนทนาจะสามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งในระดับบุคคล ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันภายในหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การนำ dialogue มาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนา (คุณภาพ) ในบริบทของนครพนม คือ การฟังอย่างเอื้ออาทร (ตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล) เกิดความเอื้ออาทรทั้งต่อผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานอย่างต่อเนื่อง เกิดความเข้มแข็งในองค์กรและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นบูรณาการแนวคิดของ SHA ซึ่งเป็นการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อความยั่งยืนโดยอาศัยมิติด้านจิตวิญญาณ แต่ไม่ทอดทิ้งหัวใจสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ผู้ใช้บริการมีความอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

พบว่าทีมนำองค์กร (กลุ่ม guiding team) เกิดความรู้อิสระ เปิดใจรับฟังกันมากขึ้น พนักงานสามารถเขียน IR อย่างมีประสิทธิภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อการเขียนเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบงานของโรงพยาบาลให้ยั่งยืน และประยุกต์ self enquiry มาเป็นส่วนหนึ่งในการรายงานอุบัติการณ์ อัตราการเขียน IR ที่ก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานลดน้อยลง ได้มีการพัฒนารูปแบบในการประชุมให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม และเกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

บทเรียนที่ได้รับ บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการได้ฝึกปฏิบัติจริงในการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) มีสติ ฟังแบบองค์รวม ไม่มีอคติ ไม่รีบร้อนด่วนสรุป ทำให้เกิดเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น เกิดความชื่นชมและการยอมรับร่วมกัน ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ คำพูดของเพื่อนในวง dialogue อุปมาเหมือนเป็นลูกธนู บักใจ เมื่อเวลาผ่านไปจะ “ตกผลึก” เป็นปัญญา ระดับบริหารที่อยู่ในกลุ่มทีมนำองค์กร (guiding team) เกิดความสมานฉันท์ ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความสุข สร้างเสริมบรรยากาศอันดีในการปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดความชื่นชมและการยอมรับร่วมกัน รักองค์กรมากขึ้น

## Impressive Stories, Love Diary Episode II

---

นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร

โรงพยาบาลนครพน

ทีมผู้บริหารให้การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ และฝึกฝนการใช้แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจและเอื้ออาทร ช่วยให้ได้เรียนรู้ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ สามารถถ่ายทอดออกมาในหลากหลายรูปแบบ เนื่องด้วยกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ของแต่ละสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ผู้ป่วยปลอดภัย และหายจากโรค สามารถตอบสนองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ด้วยเช่นกันตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

ความพยายามที่ต้องการสร้างแนวคิดในเชิงบวกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ จนเกิดวัฒนธรรมแห่งความใส่ใจและเอื้ออาทร ทำความดีมีกำลังใจและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ รู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่ทำและเน้นการทำงานให้มีคุณภาพโดยไม่ต้องบังคับ เกิดวัฒนธรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ กลุ่มชุมชน กลุ่มบุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพะสุขภาพที่ดีขึ้น ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ผ่านการเขียนบอกเล่าเรื่องราวใน diary และรวบรวมเรื่องราวทั้งหมดจัดทำเป็นรูปเล่ม เพื่อเป็น knowledge sharing เติมเต็มของการทำงานด้วยความใส่ใจและเอื้ออาทรที่มีต่อกัน สิ่งที่ได้มีลงนี้เรียกว่า **ประสบการณ์ที่ทำงานด้วยความรัก “love experience”**

สิ่งที่ท้าทายคือการนำสิ่งดีๆ จากด้านหนึ่งของเจ้าหน้าที่บางคนมาสร้างให้เกิดความรู้ในองค์กร เป็นคลังความรู้ของนครพน (knowledge asset) ที่เหมาะกับคนและบริบทขององค์กร โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้เห็นผลงานของเพื่อนและทีมงานผ่านการนำเสนอรูปแบบคลิปวิดีโอ สมุดบันทึก และการแสดงละครประกอบการเล่าเรื่อง ซึ่งค่อยๆ ปรับแนวคิด การเอาใจใส่เพื่อนมนุษย์มากขึ้น การเข้าถึง humanized healthcare มากขึ้น อาจวัดเป็นตัวเลขไม่ได้ แต่ผู้รับบริการส่วนใหญ่สัมผัสได้

## ทางสองแพร่ง สองทิศทาง ที่ก้าวเดินของพุทธชินราช

---

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทยและสภาวะของโรคต่างๆ ในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งต้องหาแนวทางพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นพ.นิพัทธ์ กิตติมานนท์ ได้ใช้เรื่องเล่าจากประสบการณ์ของตนเอง

ในการชี้ให้เห็นถึงแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลว่าจะไปในทิศทางใดที่จะทำให้โรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งเรียกหนทางดังกล่าวว่า “ทางสองแพร่ง” เป็นเส้นทางที่ผู้บริหารต้องเลือก เส้นทางหนึ่งเป็นการทำงานในรูปแบบเดิมที่เน้นเรื่องของการพัฒนาทางการแพทย์ เกษะติติวิทยาการอย่างทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเก่งๆ รักษาโรคยากๆ ให้หายได้ มีเครื่องมือ เครื่องมือพร้อม หากในบางขณะมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก หรือ ขาดคนทำงาน ก็อาจเกิดความเปลืองเปล่าได้ ส่วนอีกเส้นทางหนึ่งเป็นการทำงานแบบสามประสานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน ทำให้มีเพื่อนร่วมทางเข้ามาช่วยมากขึ้น ความเปล่าเปลี่ยวเหินห่างหายไป เกิดความอบอุ่นใจมาแทนที่ หากทางสองแพร่งมาบรรจบกันเป็นสายใหญ่สายเดียว เชื่อได้ว่าจะเกิดการพัฒนาคคุณภาพที่เหมาะสม ประชาชนจะสามารถลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้งกายและใจ

## การศึกษาเรื่องการวินิจฉัยองค์กร

จินต์ศุจี กอบกุลธร

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

การพัฒนาองค์กรให้สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคโลกาภิวัตน์จนสามารถบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร ผู้บริหารจำเป็นต้องเข้าใจสภาพที่แท้จริงขององค์กรรวมทั้งเข้าใจปัญหาขององค์กร เพื่อการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม การมองปัญหาโดยใช้มุมมองของผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียวอาจไม่ได้ปัญหาที่แท้จริงทั้งหมดขององค์กร การค้นหาปัญหาอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการวินิจฉัยองค์กร (organization diagnosis) จะทำให้ผู้บริหารสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงและครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสอดแทรกการพัฒนาองค์กรในขั้นตอนต่อไปของการพัฒนาองค์กร (organization development) ได้อย่างถูกต้องทิศทาง

ดังนั้นการศึกษาเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์กร : กรณีศึกษา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จึงเกิดขึ้นเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและค้นหาปัญหาหลักต่างๆ รวมถึงการสร้างตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นให้กับบุคลากรทุกระดับ

ผลการศึกษา จากการสัมภาษณ์พบว่า มีประเด็นปัญหาด้านการสื่อสาร ค่าตอบแทน การควบคุมกำกับดูแล วัฒนธรรมองค์กร โครงสร้างองค์กรและการบริหารงาน

ผลจากการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิด Nine Performance Variables พบว่า

- ระดับองค์กร พบปัญหาที่เกี่ยวกับการสื่อสาร ระบบการประเมินผลปฏิบัติการ ระบบการประสานงาน การบริหารจัดการของระดับผู้บริหาร การจัดสรรทรัพยากร

- ระดับกระบวนการ พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน และการจัดลำดับความสำคัญของงาน
- ระดับบุคคล/งาน พบปัญหาในเรื่องระบบการติดตามการทำงาน และบุคลากรขาดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

ผลจากการตอบแบบสอบถามพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ ไม่แน่ใจในแผนกลยุทธ์และเป้าหมายขององค์กร โครงสร้างองค์กร การบริการจัดการในระดับองค์กร การออกแบบ และการบริหารจัดการกระบวนการทำงาน

นพ.สมจิตต์ ชีเจริญ

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## ปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

จากการสำรวจผู้รับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าในปี พ.ศ. 2547-2549 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราก่อนมาโรงพยาบาลแต่ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 49 วัน และผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 66.66 แสดงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์กำหนดให้การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ทีมงานจึงสนใจศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุและธรรมชาติของปัญหาและหาแนวทางป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก

ผลการวิจัยพบว่า เหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดสุรามี 4 ประการ ได้แก่ (1) รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า และหมดหนทาง (2) รู้สึกน้อยใจ เสียใจ คิดว่ามารดาหรือคนอื่น ๆ ไม่ยุติธรรม (3) มีประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน และ (4) ประชดมารดา ด้านการให้ความหมายการฆ่าตัวตายมี 3 ประการ ได้แก่ (1) การหลุดพ้นจากปัญหาต่างๆ และการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานใจ (2) การไปเพื่อไม่ต้องการให้ใครเดือดร้อน และ (3) เป็นการไถ่บาป ส่วนความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ติดสุราที่พยายามฆ่าตัวตายจากทีมสุขภาพมี 4 ประการ ได้แก่ (1) ช่วยเหลือให้หายจากโรค ช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง (2) ช่วยหาวิธีการให้เลิกเหล้าได้ (3) ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจ และ (4) ช่วยให้การปรึกษาหลังออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดสุราที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยคุณภาพสูงสุด

## ความปิติที่ได้เข้าไปห้องอยู่ในหัวใจของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

โรงพยาบาลห้วยยอด

ทีมงานจิตเวชโรงพยาบาลห้วยยอด ได้นำสู่ฐานคิดของทฤษฎีทางการแพทย์ (ความต้องการของมนุษย์, กระบวนการปฏิสัมพันธ์, เป้าหมายของการพยาบาล, ความเอื้ออาทร) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พกอาวุธมีดและปืนอยู่กับตัวตลอดเวลา ให้ความร่วมมือยอมรับการรักษาจนอาการดีขึ้น ปรับตัวเข้ากับครอบครัว ชุมชน สามารถประกอบอาชีพได้

ทีมแก้ไขปัญหาโดยวางแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติเหตุรุนแรง จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จัดสถานที่บริการและสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย จัดทีมเฝ้าระวังความปลอดภัยขณะให้บริการ ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางจิต เสริมทักษะการสื่อสารและศิลปะการป้องกันตัว รวมทั้งเฝ้าระวังสถานการณ์ขณะให้บริการ เล่าเรื่องความดีผ่านเวทีคุณภาพ สร้างนิสัยการให้บริการที่แสดงถึงการเอื้ออาทร ประสานงานโดยตรงกับทีมสุขภาพในพื้นที่เครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยได้ทันสถานการณ์ สร้างความเข้มแข็งของทีมงานทั้งเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และร่วมจัดทำโครงการโปรแกรมจำแนกเมตตาทางจิตเวช (drug identify program) ระหว่างหน่วยงานจิตเวชกับฝ่ายเภสัชกรรม

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ยอมรับการรักษาจนอาการดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ และสถานที่ให้บริการและสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย

## บูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชครบวงจร

ทีมสุขภาพจิต                      โรงพยาบาลสามชุก

จากการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชพบ สถานการณ์ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีการกลับสู่ชุมชนของผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชจากหน่วยบริการ ทูตियภูมิและตติภูมิ

ทีมเห็นความสำคัญของการขยายในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพใจในชุมชนทุกตำบลในรูปของ “จิตอาสา” มีระบบการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ที่ต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยใช้มาตรฐานงานสุขภาพจิต

ผลที่ได้รับจากการดำเนินการคือมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรต่างๆ ในชุมชน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลดีขึ้นและพึงพอใจในบริการ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

บทเรียนที่ได้รับคือการสร้างทีมให้เข้มแข็งเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนให้สามารถดูแลตัวเองได้และยั่งยืน โดยทางโรงพยาบาล มีการสนับสนุนด้านวิชาการและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมผสมผสานงานด้านสุขภาพจิตในงานประจำให้ต่อเนื่องและยั่งยืน

## การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในเครือข่ายอำเภอวาริน

สุภีราพร สังข์สฤกุล

โรงพยาบาลวารินชำราบ

จากการคัดกรองค้นหาโรคซึมเศร้าในพื้นที่เครือข่ายอำเภอวารินชำราบยังขาดความครอบคลุมในการคัดกรองทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป, กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งอัตราความครอบคลุมในการคัดกรองซึมเศร้าในพื้นที่ยังน้อยกว่าร้อยละ 80 และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนทั้งในคลินิกบริการและในชุมชนทำให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำมีมากขึ้น อัตราการหายขาดของโรคน้อยลง จึงทำให้มีการพัฒนา ระบบคัดกรอง ค้นหาโรคซึมเศร้า และมีนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในคลินิกบริการและในชุมชนขึ้นอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ทั้งนี้จึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบระบบการเฝ้าระวัง และช่วยเหลือป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และผู้ที่มีแนวโน้ม หรือมีความเสี่ยง รวมถึงเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่อาการสงบแล้วในพื้นที่นำร่อง ผลการวิจัยครั้งแรกพบว่า ควรเพิ่มเติมในการเตรียมพร้อมในการอบรมให้ความรู้ให้แก่แพทย์ที่ตรวจรักษาเรื่องวินิจฉัยโรค การให้ยาต้านเศร้าจนครบ 6 เดือน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและลดการกลับเป็นซ้ำ การเน้นย้ำเรื่องการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเชื่อมสู่ชุมชนที่ดีขึ้น

ผลจากการทำ R2R คัดกรองซึมเศร้าในคลินิกและเครือข่ายรอบที่ 2 พบว่ามีนวัตกรรมที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นและมีชมรมด้านภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้าน มีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังมีปัญหาว่าแพทย์บางท่านยังไม่ผ่านการ training ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามที่ต้องการจะเป็นหรือบางรายได้รับยาแล้วแต่ไม่เปลี่ยนการวินิจฉัย การปรับลด-เพิ่มยาตามผลประเมิน 9Q ยังเป็นปัญหาและทักษะการใช้คำถามยังไม่ถูกต้อง



สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ในพื้นที่ ได้แก่ การให้  
สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้การรักษาต่อเนื่องได้ค่อนข้างดี อัตราการป่วยโรค  
ซึมเศร้าพบในทุกกลุ่ม: anxiety จำนวนมาก การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีระดับน้อยๆ  
สามารถทำได้ง่ายและได้ผล การทำงานกับเครือข่ายและสหวิชาชีพต้องอาศัยหลักปิยวาจา  
และกัลยาณมิตร การเสียสละเวลาคัดกรอง 2Q สักนิดจะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้...เป็นบุญกุศลที่  
ยิ่งใหญ่...ที่ทำให้ปลื้มมีรู้สึก

นพ.มนตรี ลักษณะสุวรรณ, นพ.พงษ์ธร เกียรติดำรงวงศ์ (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเครื่องมือผ่าตัด

เดชา ใจระห้อย

โรงพยาบาลปทุมธานี

การผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ปราศจากเชื้อ ดังนั้นการตรวจสอบวันหมดอายุของเครื่องมือผ่าตัดจึงมีความสำคัญ เครื่องมือผ่าตัดปราศจากเชื้อมีจำนวนมากทำให้การตรวจสอบมีโอกาสผิดพลาดสูงและการสัมผัสกับทึบห่อเครื่องมือทำให้อายุความปราศจากเชื้อลดลง ความผิดพลาดในการตรวจสอบอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เสี่ยงต่อการใช้เครื่องมือผ่าตัดที่ไม่ปราศจากเชื้อหรือไม่มีเครื่องมือใช้เนื่องจากเครื่องมือหมดอายุแต่ไม่สามารถตรวจพบได้ก่อน การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการกับเครื่องมือผ่าตัดและปรับปรุงระบบรับส่งและตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ทำให้สามารถช่วยลดระยะเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัดจาก 1 ชั่วโมงต่อวันเป็น 5 นาทีต่อวัน ไม่พบความผิดพลาดจากการตรวจสอบเครื่องมือปราศจากเชื้อหมดอายุ บทเรียนจากความสำเร็จนี้เกิดขึ้นได้จากที่บุคลากรในหน่วยงานร่วมแรง ร่วมใจ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงานทำให้ลดขั้นตอนและระยะเวลา งานมีคุณภาพมากขึ้นก่อประโยชน์ให้กับผู้รับบริการ

## ซอฟต์แวร์สนับสนุนการจ้ดระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลควนโดน

โรงพยาบาลควนโดนเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้สนับสนุนระบบบริการทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกในโปรแกรมที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จำเป็นต้องใช้บุคลากรในการทำงานหลายคนทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้องสมบูรณ์ ใช้เวลาจัดทำรายงานมาก ส่งข้อมูลล่าช้ากว่ากำหนด

โรงพยาบาลเห็นว่าการประยุกต์ใช้ซอฟต์แวร์ จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อจัดเก็บการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการออกรายงาน 12 และ 18 แฟ้มไฟล์ชุดข้อมูลสำหรับใช้ในการบริการ บริหาร ระบาดวิทยาและวิชาการ บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบจากทุกสถานบริการในเครือ

ช่วยตามความต้องการของโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน การลดภาระงานของบุคลากร จึงพัฒนาซอฟต์แวร์ขึ้นเองโดยอาศัยโปรแกรม NetBeans IDE Open source Software for Java เพื่อความสะดวกในการรับข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์และส่งออกข้อมูล เชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน การเชื่อมโยงและรวมฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพ

ผลลัพธ์คือสามารถลดภาระการจัดการระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านลดกำลังคน เวลาและเอกสาร เพิ่มความถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา สามารถเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน นำซอฟต์แวร์ที่พัฒนาไปใช้ในโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสม ในอนาคตจะพัฒนาเพื่อนำไปสู่การบริหารยาและเวชภัณฑ์ ของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ควบคู่กับการให้บริการ

โรงพยาบาลควนโดนยินดีสนับสนุนซอฟต์แวร์ การจัดการระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชน แก่องค์กรที่สนใจโดยไม่คิดมูลค่าใด ๆ (จิตอาสา)

## HOS - XP กับ LA

---

โรงพยาบาลแม่ทะ

โรงพยาบาลแม่ทะนำโปรแกรม HOS-xP มาใช้พัฒนาประสิทธิภาพการทำงานในห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 51 จนสามารถผ่านการรับรองระบบคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) และสอดคล้องกับความต้องการ ส่งผลให้ระบบงานโดยรวมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้แก่ สามารถบันทึกการรับตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์ ลดความผิดพลาดในการเก็บและนำส่งส่งตรวจจาก 22 ครั้ง เหลือ 9 ครั้ง มีการแสดงค่าปกติให้ผู้ให้บริการรับทราบ ทำให้ไม่ต้องคอยตอบคำถามเรื่องค่าปกติ มีความมั่นใจในการรายงานผลเนื่องจากมีผลตรวจครั้งหลังสุดให้เปรียบเทียบ มีแบบฟอร์มการรายงานผลที่เป็นมาตรฐาน แสดงรายละเอียดของข้อมูลที่เพียงพอต่อผู้ใช้บริการ แพทย์และพยาบาลสามารถดูผลค่าวิกฤติหรือผลที่เป็นความลับได้ทาง online สามารถรักษาความลับผู้ป่วยได้ อุบัติการณ์การบันทึกผล/รายงานผลผิดพลาดลดลงจาก 91 ครั้ง ในปี 2550 เป็น 37 ครั้ง ในปี 2551 และเท่ากับ 18 ครั้ง ในปี 2552 (ข้อมูลถึงเดือน ก.ค.52) สามารถเก็บสำรองข้อมูลผลตรวจของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและนานกว่า 5 ปี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและง่ายในการเก็บสถิติ เพื่อนำมาวิเคราะห์ สรุปผลนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อสนับสนุนทรัพยากร

หรือปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการ และเจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีความสุขเห็นได้จากการสำรวจความเครียดในการทำงานของบุคลากรลดลงจากร้อยละ 35 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 20 ในปี 2551

บทเรียนที่ได้รับ การนำระบบสารสนเทศมาใช้แก้ปัญหาในการทำงานทำให้เกิดประโยชน์ต่อหลายฝ่าย ผู้ปฏิบัติงานทำงานง่ายขึ้นช่วยลดข้อผิดพลาดและผู้รับผลงานได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว การแก้ปัญหาโดยการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพทำให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น

## **Achieving Excellence in Patient Care with Limited Resources in Thailand**

---

Janet M. Farrell

Janet ได้รับหมายจาก สรพ.ให้ไปศึกษาดูว่าโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งล้วนอยู่ในสภาวะที่ค่อนข้างขาดแคลนทรัพยากรนั้น สามารถที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ เพียงใด

Through the ten years of the existence on the Thai accreditation System it was noted that some hospitals have been able to achieve high level of quality and sustain their accreditation status. On the other hand there are other hospitals that have attempted to improve the quality of their functioning and achieve the goal of complying with accreditation standards but they have not been successful. Often the reason for failure is voiced as lack of resources. Through the process of hospital improving the quality of care and services, it was realized that many of the successful hospitals have also a lack of resources.

Others felt that they had worked hard toward this goal and were still unable to meet the standards. They often said that they could not be successful because they did not have enough resources.

The intent of the research is to identify the key success factors, the innovations and strategies that the hospitals have successfully implemented to ensure the abilities and motivation of staff to overcome limited resources and achieve accreditation.

The presentation will cover the following issues:

1. Strategies to overcome limitations (financial, human resource, building and equipment)

2. Difficulties experienced in achieving accreditation strategies to overcome these Barriers
3. Effective education and communications, involving physicians, incentives and rewards
4. Organizational culture, changing behavioral patterns
5. Sustaining accreditation, the strongest key success factor



นท.หญิง ภัคกร โลจนะวงศกร      โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพ

พรลัดดา บุญจันทร์      สถาบันบำราศนราดูร

การพัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจผู้รับบริการควบคู่ไปกับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ผลสำเร็จคือความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ที่สำคัญคือพยาบาลมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

จากรูปแบบการทำงานเดิมคือพยาบาลใช้หนังสือแสดงเจตนาขอรับวัคซีน เป็นแนวทางในการให้บริการฉีดวัคซีน ส่วนการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและวัคซีนยังไม่มีแนวทางปฏิบัติและพบว่ามักจะเป็นการตอบคำถามของผู้รับบริการ มากกว่าการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ได้ทำกิจกรรมการพัฒนา รูปแบบใหม่ คือการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีปฏิบัติ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการหรือปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล เน้นการให้ข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรค

การวัดผลจากวิธีปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่า ใช้กระบวนการพยาบาลได้เป็นอย่างดีกับการบริการวัคซีนต่างประเทศและผู้มารับบริการพึงพอใจในการบริการ นอกจากนี้ผลของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน พบว่ามีความหมายอย่างยิ่งต่อความภาคภูมิใจในการได้นำความรู้ความสามารถมาพัฒนางาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลในงานวัคซีนป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ

### การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Impact evaluation of evidence base clinical practice guideline for elderly falling prevention in Ranote hospital)

เสาวลักษณ์ เมธาวิสกุล      โรงพยาบาลระนอง

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และเป็น Patient Safety Goals ในการบริหารความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล จากหลักฐานวิชาการพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปและครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มอย่างน้อยปีละครั้ง โดยการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะ ผู้ป่วยลุกจากเตียง

กำลังเดิน หรือปีนข้างเตียง และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การบาดเจ็บ โรคที่ทำให้อ่อนแรง สภาพแวดล้อมที่กีดขวางเป็นอันตราย อายุ สภาพจิตใจ ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและเพศ

เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยพลัดตกหกล้มที่เป็นระบบที่ชัดเจนทั้งโรงพยาบาล ไม่เกิดปัญหาผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้มภายในปี 2552 จึงมีการจัดรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีมาตรฐานการป้องกันชัดเจน การทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานสะดวกและง่ายขึ้นในการปฏิบัติตาม มีแนวปฏิบัติที่สามารถเป็นตัวเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในบุคลากรในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพงาน และพัฒนาทักษะพื้นฐานในการทำงาน ส่งเสริมให้มีการนำงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานอย่างเป็นระบบ

ผลการดำเนินการพบว่า อัตราผู้ป่วยลื่น/ตก/หกล้ม เท่ากับ 0 ไม่พบข้อร้องเรียนและความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 และช่วยให้พยาบาลได้แสดงความรู้ ความสามารถของตนได้เต็มศักยภาพ เกิดผลลัพธ์ชัดเจน ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นที่ต้องการของหน่วยงาน ทำให้วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการปฏิบัติงานบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มากขึ้น

## ทางเลือกของลูกบอ เชื่อมบนเส้นทางวิถีชุมชน

โรงพยาบาลหนองจิก

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันในผู้ป่วย ความหวังเหมือนเดินอยู่บนเส้นด้าย จะยื้อชีวิตได้นานแค่ไหนไม่มีใครบอกได้ ความทุกข์ทรมานและความกลัวจากเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และการดูแลหลังการรักษาอย่างใกล้ชิดทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด สามารถมองเห็นคุณภาพชีวิตจากนี้ไปโดยไม่ต้องสงสัยเลยว่าจะเป็นอย่างไรรวมทั้งหลักอิสลามการที่ลูกหลานได้มีโอกาสดูแลบุพการีโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สามารถนำชีวิตที่เหลืออยู่สู่การตายในรูปแบบที่อิสลามกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการตายและจากไปอย่างสงบซึ่งการตายในลักษณะดังกล่าวเป็นความใฝ่ฝันของมุสลิมทุกคน และเป็นหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยบทอาฮ์ดของลูกที่พึงปฏิบัติต่อบุพการี และก็เป็นหน้าที่ของแพทย์พร้อมทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกัน การตัดสินใจของลูกๆ ที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถมองเห็นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างสวยงาม

## การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้พิการจากโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลหนองจิก

ผู้พิการที่มีอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือด อุบัติเหตุ และพิการแต่กำเนิด บุคคลเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จากภาวะเศรษฐกิจ ความรู้ ความสามารถของครอบครัวอันส่งผลให้ผู้พิการเกิดภาวะเครียด ท้อแท้ หมดกำลังใจ และข้อจำกัดอีกด้านหนึ่งของการให้บริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ที่สำคัญคือสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ทำให้การให้บริการขาดความต่อเนื่อง

ความไม่ครอบคลุมของการให้บริการกับผู้พิการ ทำให้ทีมงานจัดทำโครงการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้พิการจากโรคเรื้อรังขึ้นโดย การจัดอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้พิการ จากโรคเรื้อรัง ติดตามประเมินผลการดูแลผู้พิการอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายเพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการที่บ้าน

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้พิการจากโรคเรื้อรัง (ทั้งผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและ อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้พิการ) ด้วยการพัฒนาให้อาสาสมัครที่เดิมเป็นผู้ช่วยเจ้า หน้าที่ให้เป็นผู้ที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย สามารถทำงานกับผู้ดูแลผู้พิการ ทำให้ หน่วยงานมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้พิการครอบคลุมในพื้นที่ เกิดความพร้อมในการทำงานเป็นทีม มีแนวทางการดูแลผู้พิการได้ชัดเจนครอบคลุม และมีการพัฒนาทีมการดูแลผู้พิการที่บ้าน บูรณาการกับการดูแลแบบพื้นบ้าน



รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภีรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### คุณค่าของสมาธิบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็ง

กัลณิศา สังข์แก้ว, ดารณีย์ ศรีบริบาล จิตอาสาพลังศรัทธา โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

จากประวัติของสววย (นามสมมุติ) หญิงวัย 40 ปี ที่ต้องเผชิญกับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยแผนปัจจุบัน สววยได้เข้ารับการผ่าตัดถึง 3 ครั้ง และได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับความกลัวซ้ำแล้วซ้ำเล่า แต่สิ่งหนึ่งที่ต้องทำ คือ การแสวงหาการเยียวยาด้วยตนเอง หากการเยียวยาทางใจ สววยพยายามปรับระดับพระองค์ตนเอง ให้ความสนใจ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก เธอไม่คิดที่จะรอคอยหมอแต่เพียงอย่างเดียว เริ่มหันมาให้ความสนใจในเรื่องจิตใจของตนเองมากขึ้น สวดมนต์และเจริญสติทำสมาธิภาวนา ทำให้จิตใจของสววยเริ่มเข้มแข็งขึ้น สร้างความรู้สึกให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ความกลัวในใจของเธอเริ่มลดลงทีละน้อย

เป็นที่มาให้สววยได้ศึกษาวิจัยเสนอให้เห็นคุณค่าของสมาธิที่เป็นมากกว่าเทคนิควิธีบำบัดและเยียวยารักษาโรค โดยผ่านประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง วัดอุปสงค์เพื่อการศึกษา การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาสมาธิภาวนา ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงศึกษาบทบาทของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มสมาธิบำบัด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้ข้อมูลจากการศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

การจุดประกายคำว่า “คุณค่าสมาธิบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง” สววยเริ่มต้นที่จะสลัดความกลัวที่เป็นปัญหาใหญ่ในใจของตนเองโดยการแสวงหาการเยียวยาทางใจ เพียงแต่ว่า เมื่อกำลังใจเข้มแข็ง พลังของความกลัวจะอ่อนแรงไปเท่านั้น เมื่อใดที่หัวใจอ่อนแอ พลังความกลัวจะกลับเข้ามาโจมตีอีกครั้ง โดยการปฏิบัติธรรมอย่างต่อเนื่อง และทำหน้าที่เป็นกัลยาณมิตรกับผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ เกิดกลุ่มสมาธิบำบัด

กลุ่มสมาธิบำบัดที่มีผู้ป่วยมะเร็งมารวมตัวกันเพื่อสร้างคุณค่า ความหมายให้กลุ่ม โดยใช้สมาธิภาวนา เป็นสื่อกลางระหว่างกลุ่มนั้น มีคุณค่ามากกว่า เทคนิควิธีที่ใช้ในการบำบัดโรคเพียงอย่างเดียว แต่คุณค่าของสมาธิภาวนาทำให้ผู้ป่วยทุกคนตระหนักรู้ว่า “ชีวิตมีคุณค่า” ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการปรับตัวและปรับใจ ที่จะใช้ชีวิตที่เหลือให้เกิดประโยชน์ เกิดความสัมพันธ

ที่ดีในครอบครัวและชุมชน และภายหลังการเยียวยาสวยและที่มงานจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้กำลังใจแต่ผู้ป่วยให้ต่อสู้และยอมรับปรับใจตนเองให้ได้

## Successful Sepsis Guideline in Children with Cancer (Emergency Setting)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

จากการติดตามข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งเด็กที่มาห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาไม้ไขร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ในปี 2548 พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 48 รายที่เข้ามาผ่านห้องฉุกเฉินรวมทั้งหมด 69 ครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย ซึ่งทั้งหมดมาจากการให้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่ล่าช้าและบางรายถึงแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง จากตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งพบว่าการเข้าอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติเพียง 6 วันแต่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติสูงถึง 600,000บาท แต่เนื่องจากการจัดการการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเด็กที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง (dynamic process) การให้ยาต้านจุลชีพในกรณีนี้ต้องพึ่งพาศาสตร์ที่มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีประสบการณ์สูง แต่ในขณะที่ห้องฉุกเฉินมีบุคลากรอยู่หลากหลายระดับ โดยที่แพทย์กลุ่มนี้จะมีการสลับสับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการให้ยาต้านจุลชีพล่าช้า (มากกว่า 2 ชั่วโมง) ที่ห้องฉุกเฉินให้เหลือ 0 %

ทีมงานได้สร้างมาตรฐานวิธีการทำงานใหม่ใช้เทคนิค ECRS โดยจัดงานที่ไม่จำเป็นลำดับขั้นการทำงานใหม่โดยพยาบาล APN และอาจารย์แพทย์ในหน่วยโรคมะเร็งเด็กร่วมพัฒนา guideline ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเด็กที่มีไข้และมาที่ห้องฉุกเฉิน และมีอาจารย์แพทย์ในภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินเข้าร่วม เป็นที่ปรึกษาสร้างแผ่นตรวจสอบ (check sheet) เพื่อใช้สำหรับติดตามและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีการออกแบบการเก็บข้อมูลที่สอดคล้องกับแผนการปรับปรุง

ผลการดำเนินการพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการให้ยาต้านจุลชีพล่าช้า (มากกว่า 2 ชั่วโมง) ที่ห้องฉุกเฉินลดลงเหลือร้อยละ 0 และพบว่าภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หลังใช้ guideline มีเปอร์เซ็นต์ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ guideline เนื่องจากหัวใจสำคัญที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้มากที่สุดก็คือ “การให้ยาต้านจุลชีพโดยเร็ว”

บทเรียนที่ได้รับ คือการสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน รวบรวมเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข และการทำสิ่งใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคยรวมถึงการทำงานสหสาขาวิชาชีพทุกคนมีความหลากหลายต้องใช้เวลาในการยอมรับและเรียนรู้ เมื่อบุคลากรมีความรู้ และเข้าใจการใช้ guideline การปรับเวลาการให้ยาต้านจุลชีพให้เร็วขึ้นกว่าเดิมคือโอกาสพัฒนาต่อไป

## การดูแลด้วยจิตวิญญาณคือยาอายุวัฒนะจริงหรือ

อาลี แซ่เจียว

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เป็นเรื่องเล่าจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา และการกลับเป็นซ้ำจากภาวะของโรค มาจนถึงระยะสุดท้าย ผลจากความทุกข์ทรมานจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับลูกและญาติที่อยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวจึงพยายามด้วยการรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบัน ภาพ 2 ภาพในเวลาไล่เลี่ยกัน คือ ภาพของลูกที่ต้องการให้แม่มีชีวิตอยู่ที่ยาวนาน และภาพของแม่ที่เป็นโรคร้ายต้องการจากโลกนี้ไปเพื่อให้ลูกๆ สบาย สิ่งที่ทำคือการ support จิตใจของผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลด้านจิตใจ และการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เข้าใจ เข้าถึงการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณอย่างถ่องแท้และตระหนักว่าคือยาอายุวัฒนะตัวหนึ่งอย่างแน่นอนและได้ใช้การดูแลแบบจิตวิญญาณกับผู้ป่วยรายอื่นก็ได้ผลที่เป็นความสุข ความอึดอเมใจ อยากให้ทีมบุคลากรดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลกลาง

จากข้อมูลทางด้านสาธารณสุขไทยในปี 2548 - 2550 พบว่าอัตราการเพิ่มของมะเร็งเต้านมมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น จากการคาดการณ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้คาดการณ์ว่าปี 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 12,000 ราย ในขณะที่การรับรู้ของผู้ป่วยต่อคำว่า “มะเร็ง” ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ รักษาไม่หาย ทำให้เสียชีวิตและมีความรู้สึกเป็นลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะสตรีที่มีคู่สมรสยอมมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้รับรู้ประเด็นปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินโครงการ”การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ” ขึ้น โดยจัดทำเป็นตัวชี้วัด CA breast score ทบทวนและกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จัดระบบ fast track จัดระบบการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูล/โอกาสพัฒนาเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแล โดยการสื่อสารผ่านเวชระเบียนและการรายงาน จัดระบบการเสริมพลังผู้ป่วย ด้วยกระบวนการ self help group โดยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษา และทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการดำเนินการสามารถลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ การเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับฟังปัญหาและประสบการณ์การรักษาพยาบาลจากผู้ป่วยเก่าเป็นแนวทางสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการเสริมพลังและเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ โรงพยาบาลอุดรธานี  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## สิ่งที่ขาดหายของผู้แพ้ (ยา)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ภายใต้บรรยากาศการทำงานบริหารเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยขณะร่วมรับส่งเวรกับน้องๆ พยาบาล เภสัชกรก็ได้รับการบอกเล่าจากน้องๆ พยาบาลว่า ผู้ป่วยที่นอนอยู่เตียง 29 รับประทานยา Paracetamol แล้วมีผื่นขึ้น

จุดเริ่มต้นเพียงแค่การเกิดอาการข้างเคียงจากยา Paracetamol ผนวกกับเรื่องราวความเป็นมาของอาการเจ็บป่วย และมุมมองชีวิตของคนๆ หนึ่ง จากคำบอกเล่าของตัวเองเอง ได้ถูกนำมาทอร้อยเรียงออกมาเป็น สายใยแห่งความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแล เสมือนได้ร่วมกันเดินไปในเส้นทางเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมอันอบอุ่นอารี การเอาใจเขามาใส่ใจเราอันเป็นที่มาของความเห็นอกเห็นใจรอคอยซึ่งกันและกัน จุดเริ่มต้นของจุดเปลี่ยนนี้ ทำให้เภสัชกรคนหนึ่งพบช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ซึ่งการสละเวลาเพื่ออุดช่องว่างเหล่านั้นสามารถช่วยได้อย่างมาก การดูแลคนหนึ่งคน ด้วยหน้าที่ของเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นไม่ใช่แค่เพียงการประเมินการแพ้ยาแต่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ลงลึกลงไปในชีวิตจิตใจของผู้ป่วย

การดูแลด้านจิตใจและการรับฟังเรื่องราวต่างๆ จากผู้ป่วยถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทุกคน บางคนเริ่มแต่อีกหลายคนยังเพราะเราอาจมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยและมองข้ามไปจนเรารู้พื้นฐานของความเป็นมนุษย์ สัมผัสปัญหาอีกหลายด้านที่ซ่อนอยู่ในมุมมืดที่หลายคนอาจมองไม่เห็น แท้จริงแล้วสิ่งที่เรามองข้ามอาจเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

การประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกร และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้มีโอกาสรับรู้การเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาในมุมมองต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีกว่าเดิม

## จากกรณีศึกษาสู่ระบบความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย

โรงพยาบาลทักษิณ

การนำเอาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการใช้ software application เข้ามาช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานแม้ว่าทีมฯ ได้มีการวางระบบเหล่านี้ไว้แล้ว พบว่ายังมีบางประเด็นความเสี่ยงจากการใช้ยาที่เป็นหลุมพรางเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา โดยเฉพาะกรณีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เมื่อเภสัชกรสามารถ ค้นพบปัญหาเหล่านี้ จึงได้เกิดแนวทางการพัฒนากระบวนการตรวจสอบและทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น

ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยใช้กระบวนการทบทวนคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบเพื่อผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยใช้องค์ความรู้ด้านการบูรณาการงานบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care Integration) การจัดการความรู้ และการสื่อสารอย่างเป็นระบบ โดยมีการตรวจสอบและทบทวนคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ โดยใช้แนวคิดการวินิจฉัยทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Diagnosis) ค้นหาและทบทวน Case ที่อาจมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการใช้ยา นำกรณีศึกษาที่ค้นพบมานำเสนอในที่ประชุมทีมนำทางคลินิกเพื่อทบทวนประเด็นสำคัญและสร้างระบบการทำงานสร้างระบบเตือนความปลอดภัยในการใช้ยา การใช้ระบบสารสนเทศผ่านระบบ IT (HIS และ LIS ของโรงพยาบาล) ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์โรค

จากกิจกรรมการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยจะมีความปลอดภัยจากการใช้ยาหรือสามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Events : ADEs) ได้และการนำกรณีศึกษาและปัญหาที่พบมาทบทวนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องในทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นการสร้างวัฒนธรรมการ สื่อสารให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในระหว่างวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการรักษาสูงสุดเมื่อเข้ามารับการรักษาจากโรงพยาบาล

### การใช้ยาหยุดเลือดออกแฟคเตอร์ 7 (NovoSeven)

ภญ.อมรรัตน์ แพงไธสง, พญ.วัชรินทร์ ยิ่งสิทธิ์ศิริ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ยา NovoSeven เป็นยาใช้รักษาภาวะเลือดออกและป้องกันการเกิดเลือดออกมากรุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในผู้ป่วย hemophilia ที่เกิดจากพันธุกรรม หรือเกิดภาย

หลังโดยที่มีสารต่อต้านต่อ factor VIII หรือ IX ปัจจุบันมีการนำรายการนี้มาใช้รักษาภาวะเลือดออกจากหลายๆ สาเหตุ เช่น ใช้ในผู้ป่วยโรคไขเลือดออก ผู้ป่วยที่มีภาวะ cirrhosis ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ส่วนประกอบของเลือด แต่เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพง จัดอยู่ในบัญชีเฉพาะราย หากยังไม่มีใบอนุญาตการใช้ยา ห้องจ่ายยาจะยังไม่จ่ายยาให้ บางกรณีมีความจำเป็นต้องใช้ยาเร่งด่วน ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ดังนั้นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงได้มีการปรับเปลี่ยนบัญชียาจากเฉพาะรายเป็นยาเฉพาะกิจ โดยต้องจ่ายยาตามข้อบ่งใช้ที่แต่ละกลุ่มงานเสนอมา และให้มีการรายงานผลการใช้ทุกราย

จึงได้ทำการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่แพทย์ใช้ยาแฟคเตอร์ 7 (NovoSeven) มาประเมินผลการรักษา ความเหมาะสมในการใช้ยา เพื่อทราบข้อบ่งใช้ของยา วิธีการใช้ของยาที่มีการใช้ในโรงพยาบาล ผลในการรักษาด้วยยาเรื่องหยุดเลือดออก และผลในการรักษาด้วยยาเรื่องการรอดชีวิต ผลจากการศึกษาข้อมูลการใช้ยาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 34 ราย พบว่ารายการใช้ยาไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ 15 ราย (ร้อยละ 44.12) ใช้ยาแฟคเตอร์ 7 (NovoSeven) ทั้งหมด 123 ขวด รวมราคา 3,351,750 บาท ซึ่งรอดชีวิตทั้งหมด 5 รายใน 34 ราย (ร้อยละ 14.70)

การเรียนรู้ที่ได้ คือ การส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม ต้องมีการทำงานเป็นทีมจากหลายๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วยทบทวนเกณฑ์ในการสั่งใช้และกระตุ้นให้มีการใช้ยาตามเกณฑ์ การที่จะนำคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญมาใช้ อาจต้องมีการปรับเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล การทบทวนข้อมูลย้อนหลังจะมีข้อจำกัดทางด้านความครบถ้วนของข้อมูล ดังนั้นการรายงานผลการใช้จึงน่าจะเป็นวิธีที่ได้ข้อมูลครบถ้วนในการนำมาประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาที่ดีที่สุด และได้รับทราบข้อบ่งใช้ของยาที่มีการใช้ในโรงพยาบาล ผลในการรักษา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ของยา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการใช้ยาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## LOOK ALIKE SOUND ALIKE: Why is It Important?

โรงพยาบาลลำปาง, คณะกรรมการพัฒนาระบบยา

เนื่องจาก 1 ใน 4 ของความคลาดเคลื่อนทางยา มีสาเหตุจากความสับสนเรื่องชื่อยาที่คล้ายกัน ร้อยละ 29 ของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) มีสาเหตุจากยา LASA ในปี 2002 US FDA ได้ศึกษาสาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 400 ราย พบว่าร้อยละ 5 มีสาเหตุจากความสับสนชื่อการค้าและร้อยละ 4 มีสาเหตุ

จากความสับสนข้อสามัญทางยาด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการจัดการเชิงระบบของยา LASA ของโรงพยาบาลลำปาง

โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาจัดทำเพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านยาและลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากยา LASA รวมทั้งเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับยา LASA และกระตุ้นการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ เพิ่มความร่วมมือของบุคลากรภายในโรงพยาบาล ทุกวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นจากยา LASA ในโรงพยาบาล โดยจัดกิจกรรมขึ้น 4 กิจกรรม ที่ออกแบบให้มีการสื่อสารกันด้วยแผ่นเอกสาร ข้อมูลที่เกี่ยวกับยา LASA

บทเรียนที่ได้รับคือ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่วิชาชีพทั้งหลายทั้งปวงที่เกี่ยวข้องต่างต้องร่วมกันรับผิดชอบ หากทำเพียงวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งแล้ว ความสำเร็จอันจะเกิดขึ้นนั้นย่อมไม่มี และกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมแรงร่วมใจกันในองค์กร ย่อมสร้างความสัมพันธ์อันดี ส่งผลต่อความสำเร็จของงานใดใดในอนาคต



ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ โรงพยาบาลอุดรธานี  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การพัฒนางานบริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

ธีระ ตั้งเกษมสำราญ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การรอรับยานาน มีสาเหตุจากปริมาณใบสั่งยาที่มากในช่วงเวลาที่ 10.30 น. ถึง 13.00 น. ใบสั่งยาที่มีรายการยาตั้งแต่ 8 รายการขึ้นไปต้องใช้เวลาจัดและตรวจสอบความถูกต้องเป็นพิเศษ ปัญหาจะมากขึ้นในวันที่เจ้าหน้าที่ลาหรือมีประชุม ที่มงานกำหนดเป้าหมายระยะเวลารอรับยาไม่เกิน 15 นาที ความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของใบสั่งยา

เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นในการทำงานโดยเจ้าหน้าที่สารพัดงาน สร้างระบบทีม โดยจัดทีมละ 3 คนตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จัดภายในทีม มีคะแนนสำหรับผลงานที่ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาของทีมสร้างระบบให้คะแนนผลงานที่มีคุณภาพรายบุคคล สร้างระบบบันทึกผลงานรายบุคคล รายทีม รายวันด้วยตนเอง ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ให้นโยบายนำผลงานที่บันทึกเป็นผลงานรายบุคคลประเมินราย 6 เดือน ร้อยละ 90 การดำเนินการดังกล่าวสามารถลดการว่างงานแฝง พิมพ์ฉลากยาหน้าห้องนำระบบบันทึกผลงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสู่รูปธรรมที่ชัดเจนในระบบให้คะแนนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบระดับผลงานหรือคะแนนตนเองในกลุ่ม กระตุ้นความท้าทายมุ่งสู่เป้าหมายประกันระยะเวลารอรับยาไม่เกิน 15 นาที พร้อมทั้งลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจัดยา

โดยสามารถสรุปบทเรียนได้ว่าการให้นโยบายที่ชัดเจนในการนำการบันทึกผลงานมาใช้ประเมินบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นในการผลักดันการบันทึกผลงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพิมพ์ฉลากยาหน้าห้องตรวจลดระยะเวลารอรับยาและลดช่วงเวลาแอดด์ที่ห้องจ่ายยาอย่างชัดเจน การลดการว่างงานแฝงจากระบบงานเดิม จำเป็นอย่างยิ่งต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน รวมทั้งการยกเลิกระบบคิวเดิมต้องใช้ความกล้าในการตัดสินใจ เพราะเจ้าหน้าที่ยอมรับเมื่อเห็นผลลัพธ์ พร้อมทั้งการนำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยตรวจสอบและบันทึกข้อมูล ช่วยอำนวยความสะดวกและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้มากขึ้นได้

## Steven Trigger to Intensive Care

ภญ.อรวรรณ ครองยุทธ

โรงพยาบาลเชียงใหม่, ฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

ในปัจจุบันผู้ป่วยวัณโรคต้องได้รับการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เมื่อพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผลตรวจ absolute  $CD_4 < 200 \text{ cell}/\text{ml}^3$  จะเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ควบคู่ไปกับการรักษาวัณโรค โดยจะต้องให้ยาต้านวัณโรคและยาป้องกันโรคฉวยโอกาสระยะหนึ่งก่อน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่แพ้ยาดังกล่าว และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ IRIS (immune reconstitution inflammatory syndrome) เมื่อเริ่มทำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ หลังการปรับขนาด Nevirapine ผู้ป่วยมีอาการของ Steven Johnson Syndrome สงสัยผู้ป่วยแพ้ Nevirapine และเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสกลับไปเป็นสูตรเดิมคือ Efavirenz + Stavudine + Lamivudine

หลังเกิดกรณีผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวี มีภาวะ Steven Johnson Syndrome จากการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ควบคู่ไปกับการรักษาวัณโรค ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ทบทวนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้มีระบบการติดตามจากอาสาสมัครจิตอาสาในการโทรศัพท์สอบถามในช่วงปรับยาที่ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการข้างเคียงเริ่มต้นที่คาดว่าจะรุนแรงอย่างใกล้ชิดตาม check list ถ้าเริ่มมีอาการผิดปกติให้รีบกลับมาพบแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยา รวมถึงพัฒนาให้มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์/เภสัชกรโดยด่วน ใ้ห้งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานตรวจรักษาโรคทั่วไปทราบ

## การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ

ภญ.วิไลรัตน์ วงษ์วีระนิมิตร

โรงพยาบาลขอนแก่น

Applied TDM สามารถช่วยในการประเมินระดับยาเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยได้ แม้จะยังไม่สามารถสรุปความแม่นยำได้ แต่จากการทดลองใช้ 3 ปี พบว่าสามารถทำนายผลได้ใกล้เคียงกับการเจาะวัด ยกเว้น การให้ยาทาง enteral feeding ไม่สามารถทำนายได้จากการที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic range) นั้นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากถ้าระดับยาในเลือดสูงเกินไปจะทำให้เกิดการเป็นพิษ ในขณะที่ถ้าความเข้มข้นของยาในเลือดต่ำเกินไปก็จะมีประสิทธิภาพในการรักษา ดังนั้นงานเภสัชกรรมผู้ป่วยในได้มีการพัฒนาทักษะของเภสัชกรให้มีความสามารถใน

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวและพัฒนาโปรแกรมการคำนวณระดับยาในเลือด ทำให้เภสัชกรสามารถคำนวณ วิเคราะห์ระดับยาในเลือดได้อย่างรวดเร็ว และเสนอแบบแผนการรักษากับแพทย์เพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา

ผลการดำเนินงานมีดังนี้ (1) จำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยด้านยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีช่วงการรักษาแคบเพิ่มขึ้น ในปี 2550 2551 และ 2552 เท่ากับ 176 , 255 และ 336 ครั้ง (2) ผลลัพธ์ในการดูแล ได้แก่ ได้รับการเฝ้าระวัง (monitoring) 586 ครั้ง มีประสิทธิผลในการรักษา (efficacy) 86 ครั้ง ปลอดภัย(safety) 86 ครั้ง มีประสิทธิภาพในการรักษา (Efficiency) และปลอดภัย (Safety) 5 ครั้งและได้รับการดูแลถูกโรค (indication) 3 ครั้ง สำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบนั้น ต้องใช้ความรู้ pharmacokinetic และ pharmacodynamic

ในการประเมินระดับยารวมถึงต้องใช้สูตรในการคำนวณจึงต้องจดจำและใช้เครื่องคิดเลข ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการคำนวณ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีช่วงการรักษาแคบบางครั้งไม่ได้เจาะวัดระดับยาในเลือด ทำให้ติดตามประสิทธิภาพจากการใช้ยาได้ค่อนข้างยาก จำเป็นต้องปรับวิธีการ โดยการทบทวน กำหนดรายการยาที่จะวิเคราะห์ ประเมิน ระดับยา พัฒนาโปรแกรมการคำนวณระดับยาในเลือด โดยใช้ Excel เก็บไว้ใน server กลางเพื่อใช้ในการคำนวณ และเภสัชกรนำ Applied-TDM-Excel ไปใช้ใน PDA phone เพื่อคำนวณ ขณะดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และเสนอแบบแผนการรักษากับแพทย์ เพื่อตัดสินใจปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา

## การพัฒนาการบริหารเภสัชกรรม

โรงพยาบาลขอนแก่น

งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น มีภารกิจหลัก 2 ด้าน คือ ให้บริการ จัด จ่ายยา และ ให้การเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลและจัดการด้านยาแก่ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยใน จากข้อมูลปี 2552 มีผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 152 คน / วัน จำนวนใบสั่งยาเฉลี่ย 1,500 ใบ / วัน จำนวนรายการยาเฉลี่ย 6 รายการ / ใบสั่งยา ความท้าทายในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นคือ การให้บริการจัดจ่ายยาผู้ป่วยในแบบ Labeled Ready to Use Daily Unit Dose ให้ได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลาการใช้ยา บริการเป็นไปตามมาตรฐานเภสัชกรรม โดยต้องมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไข ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาตั้งแต่การสั่งใช้ยา จนถึงการใช้ยาของผู้ป่วยตลอดจนต้องให้การดูแลจัดการ ด้านยา โดยเภสัชกรในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาด้านยาควบคู่ไปพร้อมกับการบริการจัดจ่ายยาในเวลาและเภสัชกรที่จำกัด

ตั้งนั้นงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยในจึงได้พัฒนาการบริหารเภสัชกรรม ให้มีครอบคลุม ตั้งแต่การกำหนดรูปแบบการทำงานของเภสัชกร การกำหนดกิจกรรม การสร้างคู่มือในการดูแลผู้ป่วยด้านยาในโรคต่างๆ และพัฒนาโปรแกรมในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริหารเภสัชกรรมจากเภสัชกรมีปริมาณเพิ่มขึ้นตามการเปิดงานใหม่ในแต่ละปี ที่ชัดเจนคือการเพิ่มงาน D/C counseling ในปี 2551 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริหารมีดังนี้ปี 2549 - 2552 เท่ากับ 1,252; 1,474; 6,120 และ 8,219 ราย ตามลำดับ สัดส่วนปัญหาด้านยาในแต่ละด้านจากการเฝ้าระวังติดตามการใช้ยามีแนวโน้มลดลง

นพ.สมคิด เลิศสินอุดม      โรงพยาบาลขอนแก่น  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดเรื้อรัง

นพ.ทำนบ ตัณนิตติศุภวงษ์      โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

“คุณหมอขา เมื่อไรลูกของหนูจะได้กลับบ้านคะ?”

“คงอีกหลายวันครับคุณแม่ เพราะตอนนี้ห้องยังต้องการออกซิเจนมากกว่าปกติอยู่ คงต้องให้หยุดออกซิเจนก่อน ห้องจึงจะกลับบ้านได้ครับ”

“ตายละ! หนูคงต้องขาดงานอีกหลายวันแล้ว ไม่มีคนดูแลห้องของเขที่บ้านอีกจะทำอย่างไรดีคะ? คุณหมอช่วยหน่อยสิคะ”

บทสนทนาข้างต้นของข้าพเจ้ากับมารดาผู้ป่วยเด็กโรคปอดเรื้อรังในขณะที่กำลังดูแลผู้ป่วยรายนี้ราบเข้ามาในความรูสึกของข้าพเจ้า ยิ่งมองเข้าไปในแวตาทที่ว่ารุ่นสับสนระคน สิ้นหวังของมารดาผู้ป่วยแล้วยิ่งทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกสงสารและสะเทือนใจว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและมารดาผู้ป่วย เราจะช่วยเขาเพียงแคโรคทางกายเท่านั้นหรือ ทั้งๆ ที่เขาฝากชีวิตและจิตวิญญาณไว้ที่เรา เราควรช่วยเขาให้ครบถ้วนแบบองค์รวมเพื่อให้ครอบครัวนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่านี้ ผู้ป่วยควรจะได้กลับบ้านอย่างมีความสุขดีกว่าทนทุกข์อยู่โรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่น่ากลัวสำหรับเด็ก มารดาก็ควรจะได้ไปทำงาน ข้าพเจ้าจะทำอย่างไรดีเพื่อช่วยให้ครอบครัวนี้มีชีวิตอย่างปกติสุขตามสมควรแก่อัตภาพของครอบครัวเขา

ขณะนี้โรงพยาบาลพุทธชินราชไม่มีเครื่องผลิตออกซิเจนสำหรับใช้ที่บ้านและถึงมีก็ไม่สามารถให้ผู้ป่วยยืมกลับบ้านได้เนื่องจากระเบียบของทางราชการ ข้าพเจ้าจึงคิดหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอกโรงพยาบาล ทั้งออกเงินเองและขอจากผู้อื่น รวมทั้งถือกล่องขอรับบริจาค ตามท้องถนน และได้เสนอ “โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคปอดเรื้อรัง” สโมสรโรดาร์พิษณุโลกได้จัดกิจกรรมโบว์ลิงการกุศลเพื่อหาทุนจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนสามารถจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนให้โครงการนี้ได้ถึง 4 เครื่อง ผลดีจากกิจกรรมนี้ยังช่วยลดอัตราการครองเตียงโดยไม่จำเป็น ผู้ปกครองไม่ต้องเสียเวลาเสียงานมาเฝ้าลูกที่โรงพยาบาลสามารถไปทำงานได้ตามปกติ ไม่กระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจของบ้าน ทำให้ครอบครัวมีความสุขซึ่งน่าจะส่งผลให้ชุมชนมีความสุขด้วย

นั่นคือโครงการนี้ตอบสนององวิสัยทัศน์ของกลุ่มงานที่ว่า “กลุ่มงานกุมารเวชกรรมเป็นองค์กรสุขภาพดี (healthy organization) ที่ให้บริการด้านกุมารเวชกรรมอย่างมีคุณภาพระดับประเทศ” เพราะการเป็นองค์กรสุขภาพดีหมายถึงบุคลากรมีความพึงพอใจ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในองค์กร ลูกคามีความพึงพอใจในบริการ และองค์กรมีความสมดุลในฐานะทางเศรษฐกิจ สามารถเรียนรู้และเติบโตต่อไปในภายหน้า ภายใต้การบริหารงานโดยกลยุทธ์น่านน้ำสีขาว (white ocean strategy) องค์กรที่ยืนหยัดอยู่บนน่านน้ำสีขาวจะสามารถแผ่ขยายคลื่นแห่งความดีให้แผ่ไพศาลไปทั้งองค์กรและสังคมอย่างยั่งยืน

## การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

พญ.รัชดาภรณ์ ศุภสิทธิ์                      โรงพยาบาลสุโขทัย

ในปี 2551 ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม จำนวน 16 ราย และเสียชีวิตทั้งหมด 4 ราย อัตราการตายเท่ากับ 3.99 ต่อพันเกิดมีชีพ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีอัตราตายสูงค่ารักษาพยาบาลสูงโดยเฉลี่ยประมาณ 5,7391.00 บาท / ราย และอยู่ในกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานโดยเฉลี่ย 18.06 วัน / ราย ในประเด็นสำคัญคือเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น RDS, NEC, sepsis, BPD, ROP พัฒนาการล่าช้า การถูกทอดทิ้ง และถูกฟ้องร้อง มีความหลากหลายในมาตรฐาน แนวทางในการดูแลรักษาและการให้ออกซิเจน, ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมือแพทย์นาน, ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนาน, ครอบครัวขาดความเข้าใจในความสำคัญ ของการเลี้ยงดูและติดตามดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงได้มีพัฒนาระบบงานในการดูแลรักษา พัฒนา clinical pathway ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยโดยร่วมกับทีมนำทางคลินิกสูติกรรมและทีมสหสาขาทั้งนี้เพื่อลดอัตราตาย ลดจำนวนวันนอน (LOS) จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราเด็กถูกทอดทิ้งพร้อมทั้งลดภาระและปัญหาในครอบครัวในการนี้เด็กจะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและกระตุ้นส่งเสริมการเจริญเติบโต กระตุ้นพัฒนาการ และเกิดการพัฒนาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ ที่เกิดจากการดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วยทารกมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ < 7 วัน เป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง ทารกและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นอัตราเด็กถูกทิ้งเท่ากับ 0 มีการมาตรวจพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามนัด ร้อยละ 100 และอัตราทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนัก

ตัวน้อยเสี่ยงต่อมีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่อง 1 ปีและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75

บทเรียนที่ได้รับ คือ การทบทวนการเสียชีวิตเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สำหรับการค้นหาโอกาสพัฒนา ผู้ป่วยแต่ละรายมีสาเหตุของปัญหาที่สะท้อนจุดอ่อนของระบบแตกต่างกัน จำเป็นต้องมีการทบทวนในทุกกรณี แผนงานที่ควรดำเนินต่อเนื่องคือการพัฒนาเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งในการดูแล้วยุ่ให้มีความรู้เรื่องการวางแผนการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับชุมชนในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรก ในเรื่องภาวะเสี่ยงดูของครอบครัวและติดตามดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

### การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม

พืมนำทางคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

จากการที่โรงพยาบาลต้องรักษาเด็กทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่มีมากขึ้น พบเด็กมีภาวะแทรกซ้อนสูงทางทีมจึงมีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรม, กระบวนการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม โดยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น nosocomial infection, pneumothorax, ROP, NEC เป็นต้น พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม โดยการทบทวนการดูแล มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและกระบวนการดูแลผู้ป่วย จัดทำมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เช่น การบันทึกอุณหภูมิกาย การให้ oxygen การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การส่งตรวจตา เป็นต้น มีกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด มีการทำ self help group ทำให้สามารถลดการเกิด VAP, pneumothorax, ROP และ NEC ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยของความสำเร็จ คือ 1) การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องใช้กำลังกาย กำลังใจและกำลังความคิดอย่างมาก 2) การพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีผู้นำที่มีความเข้มแข็ง มีวิสัยทัศน์กว้างไกลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา กล้าที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย 3) พ่อแม่ของเด็กมีความสำคัญมากต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการให้การดูแลทารกแรกเกิด และถ้าสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ น่าจะเป็นการแก้ไขที่ต้นเหตุโดยตรง

## การดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

หอกุมารเวชกรรม 1

โรงพยาบาลกระบี่

จากการทบทวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียโดยใช้หลัก C3THER พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือดต่อระบบภูมิคุ้มกันและผลแทรกซ้อนต่างๆ จากการรับเลือดและที่สำคัญที่สุด คือโอกาสในการติดเชื้อจากการรับเลือด อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) และเมื่อทบทวนส่วนขนาดของข้อมูลที่สำคัญ พบว่ามารดายังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นรูปธรรมขาดการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะเภสัชกรและโภชนากร บุคลากรยังขาดทักษะในการให้ยาขับธาตุเหล็กฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

เพื่อให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตนตามแผนการรักษา จึงได้ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการให้ยาแก่บุคลากรในหน่วยงาน ตลอดจนจนถึงการใช้กระบวนการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุมมีต้องครบที่ครอบคลุมทุกด้าน จากที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด โดยเฉพาะระยะเวลาในการให้เลือดไม่เหมาะสม เช่น มีอัตราการหยุดของเลือดที่เร็วหรือช้าเกินไป ได้คิดนวัตกรรมติดตั้งนาฬิกาปลุกข้อมือลายการ์ตูน ช่วยเตือนทุก 1 ชั่วโมงเพื่อติดตาม อัตราความเร็วของการให้เลือดให้เป็นไปตามแผนการรักษา จัดระบบติดตามนัดทางโทรศัพท์ touch and tell และวางแผนจัดตั้งชมรมธาลัสซีเมีย

จากการดำเนินการสามารถพัฒนาระบบการดูแลแบบรายกรณี ในผู้ป่วยธาลัสซีเมียส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลที่ครบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ จากสหสาขาวิชาชีพสามารถลดจำนวนวันนอนจาก 1.6 เหลือ 1.14 วัน ลดการเกิดปฏิกิริยาการแพ้เลือดจากเม็ดเลือดขาวปนเปื้อนเท่ากับ 0 ลดอัตราการรักษาซ้ำใน 28 วันด้วยโรคเดิมเท่ากับ 0 และมีอัตราความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80

บทเรียนที่ได้รับ คือ การทบทวนเวชระเบียนและการทบทวน C3THER ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลทำให้เห็นโอกาสพัฒนา การดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ทำให้เกิดคุณภาพในกระบวนการพยาบาล การจัดทำ CNPG ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติเพิ่มคุณภาพการบันทึกและลดภาระงาน และเด็กป่วยธาลัสซีเมียจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เทียบเท่าเด็กป่วย โดยเฉพาะภาพลักษณ์ การดำรงชีวิตนอกจากการทำงานเป็นทีมเน้นสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเลือกใช้วิธีการให้เลือดสม่ำเสมอจนหายซีดในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้าได้



นพ.สมคิด เลิศสินอุดม      โรงพยาบาลขอนแก่น  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เสียชีวิตร้อยละ 34 - 59 ด้วยสาเหตุสำคัญคือ ใต้ รับการวินิจฉัยล่าช้า ผิดพลาด ขาดการเฝ้าระวังอาการที่ดี การประเมินผู้ป่วยผิดพลาดส่งผลให้ เกิดการรักษาล่าช้าที่งานได้จัดทำ clinical practice guideline สำหรับการดูแลรักษาโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ chronic stable angina การดูแลขณะส่งต่อ การดูแลและ เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก จากการทบทวนพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลซึ่งไม่ได้ทำ EKG จึงได้ปรับปรุงการซักประวัติและดูแลที่ห้องฉุกเฉินรวมถึง เกณฑ์การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บแน่น หน้าอกและเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่

เมื่อได้เก็บข้อมูลหลังการปรับปรุงแก้ไขการดูแลรักษาไปประยะหนึ่งแล้วยังพบว่า มีผู้ป่วย ที่มาด้วยเรื่องเจ็บแน่นหน้าอกหรือเจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ที่สงสัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ พลัน แต่ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบความผิดปกติ ยังเป็นกลุ่มที่วินิจฉัยยากและมีความ เสี่ยงที่จะมีอาการทรุดลงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลได้ เกิดจากขาดผลการชันสูตรในการ ช่วยวินิจฉัย จึงได้นำชุดตรวจ cardiac enzyme เข้ามาใช้เพื่อใช้วินิจฉัยซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยมา ด้วยเจ็บหน้าอกและเสียชีวิตอีก จึงได้ทำการทบทวน CPG ให้ครอบคลุมการดูแลรักษาตาม แนวทางของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า การปฏิบัติตาม CPG มีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 73 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2550, 2551 และ 2552 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI ทั้งหมดลดลงจากร้อยละ 29.72 ในปี 2549 เหลือร้อยละ 18.18, ร้อยละ 18.42 และร้อยละ 12.5 ในปี 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วย Miss diagnosis ลดลงจาก 2 รายในปี 2548 และ 2549 เป็น 0 ในปี 2551 และ 2552 อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ เพิ่มขึ้นจากร้อย ละ 16.67 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 35.71 ในปี 2552

## การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัตรการตายและผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST Elevation ภายหลังจากพัฒนาระบบการใช้แบบแผนการดูแลรักษาแบบช่องทางด่วน (Fast Track ACS)

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม ที่มีความเสี่ยงสูง มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วเฉียบพลันและอัตราการเสียชีวิตสูง จากสถิติการเจ็บป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การดูแลรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีการพัฒนาวิธีการรักษาอยู่ตลอดเวลาทำให้มีหลากหลายวิธีปฏิบัติ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ยังพบปัญหาอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ยังสูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งเกิดจากความล่าช้าในระบบการดูแลรักษา บุคลากรขาดความรู้และทักษะ รวมบุคลากรยังไม่เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ตลอดจนการขาดความร่วมมือ ความมุ่งมั่นตั้งใจของทีมงาน ขาดการเชื่อมโยงทั้งเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับเขต จึงส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี

ทีมงานได้ทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ภายหลังจากพัฒนาระบบการใช้แบบแผนการดูแลรักษาแบบช่องทางด่วน (Fast Track ACS) ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2550 ถึงกันยายน 2552 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 247 รายและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลรักษาหลังการพัฒนาพบว่าอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 19.61 เป็นร้อยละ 14.6 ในปี 2551 และ 2552 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการรับยาละลายลิ้มเลือดเฉลี่ยพบเท่ากับ 45 และ 49 นาทีในปี 2551 และ 2552 ตามลำดับ

บทเรียนที่ได้รับภายหลังจากพัฒนาระบบการใช้แบบแผนการดูแลรักษาแบบช่องทางด่วน (fast track ACS) ทำให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและรวดเร็วมากขึ้น สามารถลดอัตราการตายได้และนอกจากนี้ยังสามารถขยายการดูแลครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ACS แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้เข้า fast track เนื่องจากการวินิจฉัยที่ล่าช้าและผิดพลาด ทำให้การเริ่มต้นรักษาด้วยยา Streptokinase รวมถึงการส่งต่อรักษาล่าช้าไปด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ให้ทันเวลา จึงต้องได้รับการพัฒนา competency ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพัฒนาระบบส่งต่อทั้งเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดและเครือข่ายระดับเขตต่อไป

## การดูแลผู้ป่วย STEMI โดยใช้ Fast Track

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

โรค Acute Myocardial Infarction เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลนราธิวาส เนื่องจากมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และยังมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในสาขาอายุรกรรม ข้อมูลปี 2550 อัตราตาย/ทุเลาของโรคเท่ากับ ร้อยละ 72 (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90) ซึ่งผลจากการทบทวนการเสียชีวิตพบสาเหตุจาก miss diagnosis ส่งผลให้อัตรา delay treatment ร้อยละ 17 (เกณฑ์เท่ากับ 0) เนื่องจากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ cardiogenic shock และ complication จากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงคือ Streptokinase รวมทั้งโรงพยาบาลไม่มีอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ประกอบกับการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความเสี่ยงมากโดยเฉพาะการรับ refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนหรือการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่ทำให้ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม ต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยใช้ทางด่วนในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมายคือเพิ่มอัตราการหาย / ทุเลาของผู้ป่วย STEMI ลดอัตราการตายผู้ป่วย STEMI ลดอัตรา delay treatment มีการจัดทำ Fast track ร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยทดลองใช้ในหอผู้ป่วย ICU และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย/หญิงเป็นเวลา 3 เดือน ประเมินผลพบปัญหามำมาจัดโครงการให้ความรู้แก่บุคลากรในชื่อ “โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและทางด่วนในการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับปรุงระบบ/ปรับแบบฟอร์มให้ใช้งานง่ายขึ้น

จึงได้นำเอาแนวคิด lean มาปรับกระบวนการรับผู้ป่วยที่ refer มาจากโรงพยาบาลชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนออกไป ผลลัพธ์ที่ได้สามารถเพิ่มอัตราการหาย/ทุเลาได้สูงถึงร้อยละ 96.39 ลดอัตราการ delay treatment ลงเหลือร้อยละ 0.83 และอัตราการตายลงเหลือร้อยละ 0.83

บทเรียนที่ได้รับแบบบันทึกที่เรียบง่ายและมีการจัดทำและพัฒนาาร่วมกันโดยทีมที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจะได้รับความร่วมมืออย่างดีในการนำไปปฏิบัติ แนวคิดเรื่อง lean สามารถนำมาปรับระบบและขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วย STEMI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ลดกระบวนการและขั้นตอนที่ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนออกไปส่งผลทำให้ผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น

## คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

นพ.รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ และทีมงานศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือ  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่า การที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ไม่ได้รับความรู้และการดูแลเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็น ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา รับประทานยาและอาหารไม่ถูกต้อง ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งปัญหาที่สำคัญ คือ ระบบการดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการดูแลต่อเนื่อง ขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ขาดการประสานงานระหว่างแพทย์และพยาบาล การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเพื่อสนองตอบนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและรัฐบาล ศูนย์โรคหัวใจจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น ในลักษณะของการดูแลแบบบูรณาการ โดยการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ผลปรากฏว่ามีผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับไปทำงานได้อย่างปกติสุข

โครงการนี้ได้รับรางวัลจากการประกวดบุปผา (BUPA) ปี 2548 และผลสำเร็จของโครงการทำให้เกิดการตื่นตัวด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และเป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบการดูแลที่หลายโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติ

นพ.วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## วิสัญญีปลอดภัย ใส่ใจก่อนผ่าตัด

สุทธิดา สัมไพโร

โรงพยาบาลพังโคน

จากการทบทวนอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดในรอบปี 2550 โดยทีมนำทางคลินิกโรงพยาบาลพังโคนพบว่าการเลื่อนผ่าตัดเกิดขึ้นเนื่องจากสภาวะผู้ป่วยไม่พร้อมและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดแต่ละประเภทซึ่งไม่ครอบคลุมสภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ต้องมีความพร้อมก่อนรับบริการวิสัญญี ผู้ป่วยที่มีผล lab ผิดปกติมีความล่าช้าในการแก้ไข ซึ่งต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้มีสภาวะที่ดีก่อนระงับความรู้สึกในกรณีที่มีการผ่าตัดนั้นหรือได้ เพื่อให้สภาวะผู้ป่วย elective case มีความพร้อมก่อนผ่าตัดตาม guideline ในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 90 อุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดลดลง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับบริการวิสัญญีลดลง

จึงได้เกิดแนวทางการทบทวนอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีทุกราย ศึกษาสาระสำคัญของเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goals) ในเรื่องความปลอดภัยในการให้บริการวิสัญญี (safe anesthesia) กำหนด base on evidence แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใน elective case ปรับปรุงระบบงาน set ผ่าตัดทางระบบ LAN programe Hos XP ล่วงหน้า 1 วัน ก่อนเวลา 15.30 น. เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่ติดผู้ป่วยในโดยวิสัญญีพยาบาล ก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน ปรับปรุงแบบบันทึก preanesthetic evaluation จัดทำข้อตกลงการจองเลือดก่อนผ่าตัด จัดทำข้อตกลงการรายงาน EKG จัดทำข้อตกลงการรายงาน lab ด่วนกรณี Serum K<sup>+</sup> < 2.5 mEq/L รายงานแพทย์ด่วน รายงานอุบัติการณ์โดยวิสัญญีพยาบาลทุกครั้งถ้าพบการเตรียมสภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่พร้อมตามข้อกำหนด

จากการดำเนินการพบว่าการเตรียมสภาวะผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้พร้อมในกรณีที่การผ่าตัดนั้นหรือได้ มีความสำคัญมากในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้บริการวิสัญญี การให้าระงับความรู้สึกในผู้ป่วย ASA physical status III มีความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้สื่อสาร ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีความคล่องตัวมากขึ้นสามารถขยายผลไปถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ set

ผ่าตัดล่วงหน้าหรือไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินจากวิสัญญี ผลการพัฒนาจากติดตามตัวชีวิต งานวิสัญญี ปี 2551 พบว่าการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปฏิบัติได้มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 98.99 อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้บริการวิสัญญีลดลง

## Hypotension in Caesarean Section under Spinal Block

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา      โรงพยาบาลอุดรธานี

ภาวะ hypotension ในหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อ 2 ชีวิต กล่าวคือ ส่งผลให้ลด uterine blood flow ต่อมาอาจทำให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากภาวะเลือดเป็นกรดในเด็ก เมื่อทำตามคู่มือปฏิบัติงานแล้วพบว่าร้อยละ 9.9 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาผ่าตัดเป็นพบว่า ร้อยละ 62.4 ของ cesarean section under spinal block มีภาวะความดันโลหิตต่ำและได้รับ ephedrine เป้าหมายเพื่อทบทวนและค้นหาแนวทางในการป้องกันการลดอัตราการใช้ ephedrine เพื่อกระตุ้นระบบหลอดเลือดและหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ และเพื่อสังเกตและค้นหา adverse events จาก hypotension in cesarean section under spinal block ซึ่งจะนำสู่แนวทางการพัฒนาอาการทางคลินิกอื่นๆ ตัวชี้วัดคือ อัตราการเกิด hypotension in cesarean section under spinal block ลดลงร้อยละ 10 ต่อปี (อุบัติการณ์ศึกษาเดิมโดยเฉลี่ย ร้อยละ 62.4) และมีการปฏิบัติตามคู่มือและ clinical practice guideline ของการทำ regional nerve block ในบุคลากรกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลอุดรธานีทุกคน

หลังทบทวนพบว่าผู้ปฏิบัติงานเน้นและเข้มใน pre load ก่อน spinal block ตามมาตรฐานกำหนด ทบทวนแนวทางบริหารจัดการเชิงระบบและปรับปรุงคู่มือในการดูแลรักษา ผู้ป่วยร่วมกับทีมนำทางคลินิกสูติกรรม อายุรกรรม พัฒนา competency ของบุคลากรที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานและมีการปรับ/ให้บันทึกการทำ LUD ใน anesthetic record มีการติดตามและประเมินอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องมีการทบทวนคุณภาพทางคลินิก พบว่าอัตราการเกิด hypotension in cesarean section under spinal block ลดลงโดยเฉลี่ยเหลือร้อยละ 50.29

## ข้าวเจ้าเย็บแผล

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จากการคิดค้นพัฒนาวัสดุการเย็บแผล พบว่า ข้าวมีสมบัติที่เหมาะสมจะเป็นวัสดุเย็บแผล กล่าวคือ สามารถคงรูปเมื่ออยู่ในน้ำ มีค่าแรงดึงยึดขนาดสูง ข้าวยังเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ดังนั้น จึงเป็นที่มาของการผลิตวัสดุเย็บแผลชนิดย่อยสลายได้แบบเส้นใยเดี่ยวจากแป้ง

ข้าวเจ้าไทย (ข้าวเย็บแผล) การปรับปรุงสมบัติเชิงกลของแผ่นฟิล์มโพลีเมอร์แป้งข้าวเจ้า สามารถเพิ่มเติมให้ดีขึ้นจากการผสมสารตัวช่วย ได้แก่ เจลาติน คาร์บอกซีเมทิลเซลลูโลส และผงคาร์บอนขนาดนาโนเมตร โดยที่ผงนาโนคาร์บอนสามารถเตรียมได้จากกะลามะพร้าว ที่ห้องปฏิบัติการของคณะผู้วิจัยด้วยวิธีบดโม่แบบสั่นสะเทือน การเติมผงนาโนคาร์บอนจะช่วยเพิ่มอัตราส่วนทางตรงและทางขวางอย่างมาก อีกทั้งเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัสขนาดมหึมาเข้าสู่แผ่นฟิล์มโพลีเมอร์แป้งข้าวเจ้า ทำให้ได้วัสดุเย็บแผลที่มีความแข็งแรงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้สีดำของผงนาโนคาร์บอนยังช่วยให้ศัลยแพทย์สังเกตแยกแยะออกได้ง่ายเมื่อต้องปะปนกับเลือดภายในเนื้อเยื่อระหว่างผ่าตัดอีกด้วย

## การทำ CBI หลังการผ่าตัด TUR-P

ภาณุ อุดกกลิ่น

โรงพยาบาลอุดรธานี

โรคต่อมลูกหมากโตถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชายผู้สูงอายุซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตจะอยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่ออายุมากขึ้นต่อมลูกหมากจะค่อยๆ โตขึ้น และชายสูงอายุ 2 ใน 5 คนจะมีการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ โรคนี้อาจพบได้ประมาณร้อยละ 10 และจะยิ่งมากขึ้นตามอายุ ประมาณว่าเมื่อถึงอายุ 80 ปี อาจพบได้ประมาณร้อยละ 80 ถึงแม้ว่าต่อมลูกหมากจะโตขึ้นพบว่าร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะมีอาการของโรคนี้ การรักษาในปัจจุบันมีอยู่หลายวิธี ตั้งแต่การเฝ้าดูอาการไปก่อน (watchful waiting) การรักษาทางยา (medical therapy) การรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น วิธี transurethral prostatectomy (TUR-P) เป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐาน (gold standard) และเป็นที่ยอมรับมากที่สุดใช้ในรายที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่มากและต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า 1 ชั่วโมง (กิตติคุณ กิจวิทย์ และเจริญ ลิขานพันธ์, 2547; 388–393)

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นทุกปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดนี้จะต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทางที่มีขนาดใหญ่ค้างไว้ พร้อมกับมีการดึงและยึดตรึง (traction) สายสวนปัสสาวะตรงตำแหน่งหน้าขาแล้วสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง (CBI) ด้วย 0.9 % NSS ประมาณ 30,000 ซีซี ภายใน 2–3 วัน ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยและคณะจึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้การปฏิบัติที่ดีที่สุดในการทำ CBI หลังการผ่าตัด TUR-P ในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าปริมาณการใช้ 0.9%NSS โดยเฉลี่ยน้อยลงกว่าเดิมประมาณร้อยละ 51 การอดกั้นลดลงจากเดิมร้อยละ 6 เหลือเพียงร้อยละ 3 การตรวจเยี่ยมหลังการผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก

ทำให้การดูแลภาวะปวดหลังผ่าตัด ภาวะมีไข้ หรืออื่นๆ สามารถให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว  
ยิ่งขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

บทเรียนที่ได้รับ การตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง  
แรกทำให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบกับปัญหาความเจ็บปวด มีไข้ นอนไม่หลับ  
หรืออื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย





## Oral Presentation & Workshop

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A2H	Workshop: Gap Analysis in CSSD
	13.00-16.30 น.	A3H - A4H	Workshop: HIV Partner Disclosure Skill Building
11 มีนาคม 2553	08.30-12.00 น.	B1H - B2H	Workshop: เสน่ห์ OTOP DM in PCU (รอบที่ 1)
	13.00-16.30 น.	B3H - B4H	Workshop: เสน่ห์ OTOP DM in PCU (รอบที่ 2)
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1H	Oral: Infection
	10.30-12.00 น.	C2H	Oral: DM
	13.00-14.30 น.	C3H	Oral: EENT



มะลิวัลย์ กิรติยุตานนท์	3M
อรอนงค์ โทณะสุต	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล
สุภาพ ศรีทรัพย์	โรงพยาบาล BNH

หน่วยจ่ายกลางในโรงพยาบาลมีความสำคัญในการสนับสนุนจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้มีความสะอาด ปลอดภัย เพียงพอ พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพและความปลอดภัย

การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและไม่ได้อยู่บนระบบที่อาศัยหลักฐานหรือข้อมูลทางวิชาการในการทำงาน (evidence-based practice) รวมทั้งการไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยดังมีการรายงานในวารสารทางวิชาการโดย Esel D, Journal of Hospital Epidemiology 2002 รายงานการติดเชื้อ *Polymicrobial ventriculitis* ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 14 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไป 4 ราย สาเหตุจากการปฏิบัติในขั้นตอนการจัดเตรียมหีบห่ออุปกรณ์ผ้าปูในการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่มีระบบการประเมินประสิทธิภาพในการทำให้ปราศจากเชื้อที่สม่ำเสมอในการตรวจจับปัญหา และการเกิดระบาดของ TASS (Toxic Anterior Segment Syndrome) จากกระบวนการล้างทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อเป็นกระบวนการที่มีความสลับซับซ้อนและเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยและต้องอาศัยความละเอียดใส่ใจในทุกขั้นตอน เพื่อให้มั่นใจว่าเราจะใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ขณะเดียวกันใช้และทำในสิ่งที่มีความจำเป็นและเท่าเทียมกันอย่างต่อเนื่องและไม่ตกหล่น เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือความปลอดภัยของผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบในการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์

การนำแนวคิด gap analysis ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพอย่างยืดหยุ่นและต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์หาช่องว่างของการปฏิบัติในปัจจุบัน (actual practice) กับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว (recommendation) พร้อมกำหนดเป้าหมายของการดำเนินการในช่วงเวลาหนึ่ง (desired practice) และแผนการปรับปรุง (action plan) เป้าหมาย

ที่กำหนดนี้ย่อมสามารถให้มีการพัฒนาได้เป็นลำดับขั้นตอนตามความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทตอบสนองกับความต้องการขององค์กร สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือในการปฏิบัติที่ยังไม่ถึงระดับที่เป็นอุดมคติหรือได้รับการพิสูจน์แล้วนั้น ที่งานพึงตระหนักว่ามีความเสี่ยงอะไรที่กำลังคุกคามอยู่และจะหาวิธีรับมือกับความเสี่ยงดังกล่าวได้อย่างไร เพื่อไม่ให้ส่งผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การนำ gap analysis โดยอิงข้อมูลทางวิชาการมาใช้จะช่วยลดความหลากหลายของสิ่งที่ไม่จำเป็นและเปิดโอกาสให้เกิดความยืดหยุ่นในสิ่งที่ไม่แน่นอน

## A3H–A4H Workshop: HIV Partner Disclosure Skill Building

10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 14 (H)

พญ.รังสิมา โล่ห์เลขา	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
นางเบญจมาศ ไบพลูทอง	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
นางพันธ์ทิพย์ แก้วดวงใจ	สถาบันบำราศนราดูร
นางอารีวรรณ เจริญรื่น	สถาบันบำราศนราดูร
นางอารี รามโกมุต	สถาบันบำราศนราดูร
นางสาวจันทร์จิรา สิ้นธุระักษ์	สถาบันบำราศนราดูร

ปัญหาที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในคู่เพศสัมพันธ์ คือ การปกปิดสถานะการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ หรือในกลุ่มที่มีคู่มือใหม่ที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของคุณ และไม่แน่ใจว่าคุณจะยอมรับการติดเชื้อของตนเองได้หรือไม่ การต้องปกปิดสถานะการติดเชื้ออาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้เกิดความเครียด ได้รับความกดดันทางสังคมจิตใจซึ่งอาจส่งผลให้มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทั้งรู้สึกอึดอัดใจและวิตกกังวลที่ต้องปกปิดความลับ มีความลำบากในการต่อเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และไม่สามารถวางแผนชีวิตที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างคู่ได้อย่างแท้จริง

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปกปิดการติดเชื้อของตนเองอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การกลัวถูกรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวสูญเสียความสัมพันธ์ด้านจิตใจและการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ-สังคม กลัวถูกทำร้าย บางรายมีความลังเลไม่แน่ใจว่าควรเปิดเผยสถานะการติดเชื้อให้กับคู่หรือไม่ และถ้าคู่มือมีปฏิกิริยา จะรับมือกับปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่อย่างไร

ผู้ให้บริการหลายท่านเริ่มมีคำถามให้กับตนเองว่าเราทำหน้าที่ได้ดีแล้วหรือยังในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเองกับคู่ จะวัดความสำเร็จตอนไหน ทำทุกอย่างแล้วแต่คนไข้ไม่ยอมบอก จะทำอย่างไร รู้สึกเจอทางตันขง

การประชุมครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับคู่ (HIV disclosure to partner) ในประเทศไทย การพัฒนาด้านการให้บริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเองต่อกู บทบาทของการให้การปรึกษาและการวัดผลความสำเร็จ และความหมายของคำว่า “สำเร็จ” ของงานให้การปรึกษาในประเด็นนี้ รวมทั้งเรียนรู้รูปแบบของการให้การปรึกษาที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถพิจารณาเรื่องการบอกผลเลือดกับคู่ได้อย่างรอบด้านก่อนการตัดสินใจและสามารถ

วางแผนเพื่อเตรียมตัวรองรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ  
เปิดเผยสถานะการติดเชื้อมกับผู้ได้



## **B1H–B2H** Workshop: เสน่ห์ OTOPT DM in PCU (รอบที่ 1)

11 มีนาคม 2553 เวลา 8.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 14 (H)

พญ.สุพัตรา ศรีวิณิชชากร สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

พญ.สกวเดือน นำแสงกุล โรงพยาบาลครบุรี

ทีมงานจากโรงพยาบาลปากพลี

โรงพยาบาลครบุรี, PCU เมืองโคราช

มาเล่าสู่กันฟังถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้รู้ว่าเขาทำอะไรกันบ้าง  
ทำอะไร อย่างไร จนเป็น DM ที่ดีระดับ OTOPT นอกจากนี้ผู้เข้าประชุมยังได้ร่วมเรียนรู้ผ่าน  
ฐานต่างๆ





ชณิภาดา ชินอุดมพงศ์      โรงพยาบาลพระปกเกล้า (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## ห่วงใยใส่ใจสุขภาพ เพื่อให้เธอห่างไกล AIDS & STD

คูมาลี แซ่หลี่

โรงพยาบาลป่าดงเบงชาร์

เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ด้วยพื้นที่ติดต่อกับประเทศมาเลเซีย มีแหล่งสถานบันเทิงรูปแบบต่างๆ จำนวนมากเพื่อบริการนักท่องเที่ยว การขายบริการทางเพศจะแฝงอยู่ในรูปร้านคาราโอเกะมากที่สุด จากการสำรวจปี 2549 พบหญิงขายบริการที่ขึ้นทะเบียนมี 950 คน และกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีมากกว่า 1,000 คน

จากการเก็บข้อมูลในหญิงบริการที่มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกอบอุ่นด้านนอก ในปี 2549 พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.8 ติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 3.14 ติดเชื้อหนองใน ร้อยละ 2.7

จากการที่หญิงบริการที่มีจำนวนมาก มักไม่มาใช้บริการที่คลินิกอบอุ่น กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีจำนวนมากขึ้น ที่งานระดับอำเภอจึงได้ทำโครงการพัฒนารูปแบบการสำรวจสถานบันเทิงและให้บริการตรวจสุขภาพแก่หญิงบริการในลักษณะเชิงรุกขึ้นในพื้นที่สถานบันเทิง มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันวาเลนไทน์ มีการสร้างกลุ่มแกนนำในกลุ่มหญิงบริการ

การตรวจในพื้นที่ ครั้งที่ 1-2 ให้บริการตรวจเลือดอย่างเดียว ครั้งที่ 3 ให้บริการตรวจเลือดและตรวจภายใน แต่พบอุปสรรคความไม่สะดวกในการให้บริการตรวจรักษาเนื่องจากสถานที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้การรักษาโรคที่เกิดจากการตรวจเจอเชื้อหลังการตรวจภายในล่าช้า จึงปรับเปลี่ยนให้มีการตรวจภายใน ในหน่วยบริการ แต่ทำงานเชิงรุกโดยการรับหญิงบริการจากร้านสถานบันเทิงมาตรวจ พบว่าการรักษาที่เกิดจากการตรวจพบเชื้อจากการตรวจภายในสามารถให้การรักษาโดยการฉีดและจ่ายยาได้ทันที (มีแพทย์คอยดูแลในเรื่องของการรักษา)

บทเรียนที่ได้รับ การทำงานสำเร็จได้ต้องทำงานในลักษณะเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือเจ้าของสถานบันเทิง การทำกิจกรรมกับกลุ่มหญิงให้บริการต้องทำด้วยความรู้สึกที่ดีไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านกิริยา วาจา และสายตา



## คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์

ปัญญาผพร สาดจีนพงษ์

โรงพยาบาลปทุมธานี

จากการทบทวนผลการรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยบางรายรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา ขาดความสม่ำเสมอและไม่มารับยาต่อเนื่อง ทำให้ล้มเหลวในการรักษาและทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาตามมาในภายหลัง รวมทั้งปัญหาเรื่องสุขภาพกาย – ใจ และเศรษฐกิจ

ทีมงานสหสาขาวิชาชีพ ได้ดำเนินการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยทุกรายดูแลแบบองค์รวมร่วมกับ social support เน้นการดูแลเรื่องความลับของผู้ป่วย เยี่ยมบ้านแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และมีการ empowerment เกิดการรวมตัวเป็นชมรมบัวบานประสานใจที่เข้มแข็ง คิดค้นนวัตกรรมในการบันทึกการทานยา เพื่อลดภาวะการดื้อยา ผลการดำเนินงาน พบว่า adherence ของผู้ป่วยอยู่ในระดับร้อยละ 97-99 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

## VAP ลดอย่างไรให้ยั่งยืน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่, ทีม PCT วิกฤตศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์

จากการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ sepsis ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตศาสตร์ ในปี 2549 พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ถึง 57 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 33 โดยการทำ close observe survey พบสาเหตุหลายด้าน ทั้งที่เกิดจากภาวะโรคของผู้ป่วย จากหลากหลายวิธีการปฏิบัติของทีมดูแลผู้ป่วย (ทั้งจากการละเลยและไม่มีความรู้ที่แท้จริง) และจากหลากหลายของชนิดและการใช้อุปกรณ์ / เครื่องมือต่างๆ

PCT วิกฤตศาสตร์ได้เลือก 2 ประเด็นหลังในการแก้ไขโดยใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของทุกคนในการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานวิชาการ การจัดการความรู้ การทดสอบทักษะการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานทั้งแพทย์/นักศึกษาแพทย์/พยาบาลโดยผู้ที่ชำนาญกว่าอย่างมีระบบและต่อเนื่อง การทำ mini-research การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ผู้บริหารสนับสนุนอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการทำงาน และการดูแลผู้ป่วย มีกลยุทธ์ในการทบทวนอุบัติการณ์และติดตามประเมินผล

ผลลัพธ์ในปี 2552 พบว่า อัตราการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงเป็น 7.32 ครั้งต่อ 1,000 ventilator days

## ครอบครัว TB ที่มีสิ่งดี

คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแพร์

ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวบางครั้งแตกต่างจากมุมมองปัญหาทางการแพทย์ แต่ก่อนมีความเข้าใจว่าเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้น มีแต่ความหดหู แต่เมื่อเราได้นำกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและดูแลผู้ป่วยอย่างเพื่อนมนุษย์ ทำให้รับรู้ได้ว่าในสิ่งดีมีเสียในเสียก็มีดีปะปนกันอย่างเป็นธรรมชาติ ทำให้เราได้เรียนรู้ที่จะหิบบและมองหาสิ่งที่ดีดีในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งช่วยเติมเต็มให้ทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขและมีรอยยิ้มให้กันและกันเมื่อมาตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคได้อย่างน่าอัศจรรย์ใจ

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องเน้นมาตรฐานในการรักษาตาม National TB Standard guideline และนำหลักวิชาการทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยวัณโรคที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มฐานะยากจนและระดับการศึกษาน้อย ต้องทำงานเป็นทีม ระหว่างแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ ต้องทำความเข้าใจในการทำงานร่วมกันอย่างแนบแน่น เพราะหากทีมหลักมีกระบวนการทำงานไม่ชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ใจในการติดต่อดำเนินการรักษาและเลิกล้มความตั้งใจที่จะรับการรักษาตลอดรอดฝั่ง

เพิ่มอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ (success rate) ได้ตามเป้าหมายจากร้อยละ 83 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 89 ในปี 2552 และสามารถลดอัตราการตายผู้ป่วยวัณโรคจากร้อยละ 12 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี 2552

พญ.วรรณฯ ศุภศิริลักษณ์ โรงพยาบาลศิริรินทร์

### ระบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานเชิงรุก

ธัญมัย โปร่งจิต

คปสอ.อุทุมพรพิสัย / โปธิ์ศรีสุวรรณ

จากการทบทวนข้อมูลในปี พ.ศ 2551 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญน้อย เพราะตั้งรับให้บริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเท่านั้น ผู้ป่วยมาก รอรับบริการนานและการเดินทางของผู้ป่วยไม่สะดวก ทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงได้พัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเชิงรุก ดังนี้

1. จัดตั้งคลินิกให้บริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่โรงพยาบาลและที่สถานีอนามัยทุกแห่ง
2. จัดตั้งทีมสุขภาพสหวิชาชีพเชิงรุกเคลื่อนที่คัดกรองภาวะแทรกซ้อนและให้ความรู้ร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยและ อสม. โดยโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง
3. มีแบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย
4. พัฒนา IT เพื่อจัดระบบข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย

จากการพัฒนาแนวทางการดูแล ในปี 2552 ทำให้มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากระดับร้อยละ 23-46 เป็นร้อยละ 74-87 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจ urine micro albumin เพิ่มจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 79 ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและแทรกซ้อนได้รับคำแนะนำ และส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

### โครงการไม่กินหวาน

ทพ.สุรชัย เตียวอนันต์

โรงพยาบาลควนขนุน

จากข้อมูลการสำรวจ พบว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดสภาวะโรคฟันผุ จึงได้จัดทำโครงการ “โรงเรียนนี้เด็กนักเรียนไม่กินหวาน” ในโรงเรียนประถมศึกษานำร่องจำนวน 18 โรงเรียน เพื่อรณรงค์ลดการบริโภคหวานในโรงเรียน โดยบูรณาการเรื่องการไม่กินหวานเข้าไปในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน และการดำเนินโครงการไม่กินหวานแบบต่อเนื่องในโรงเรียนต้นแบบแบบเชิงลึกเพื่อขยายผลสู่ชุมชนและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการได้แก่ “ฟันดี มีเงินออม” “ครอบครัวฟันสวย” “ครอบครัว สุขสันต์ ชวนกันออกกำลังกาย” “วิเคราะห์สื่อโฆษณา” และมหกรรม “ดอนศาลาอ่อนหวาน” เป็นการรณรงค์ครั้งใหญ่โดยโรงเรียนและชุมชนเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรม จาก การดำเนินกิจกรรมต่างๆ พบว่า เกิดรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพแนวใหม่ และเกิด นวัตกรรมใหม่ๆ

โรงเรียนทั้ง 18 แห่ง มีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มีความตั้งใจ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และความคิดสร้างสรรค์ในการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ทำให้เด็ก นักเรียนสนใจ มีความรู้ เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการเลือกบริโภค อาหารอ่อนหวานและใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก สุขภาพกายและใจ อีกทั้งยังมีการ ขยายผลไม่กินหวานสู่ชุมชนในโรงเรียนต้นแบบ ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน ตัวแทนผู้ปกครอง นักเรียน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการ อย่างต่อเนื่องในชุมชน และได้รับความร่วมมือจากทุกๆ ฝ่าย ตั้งแต่ร่วมกันค้นหาปัญหาใน ชุมชน และการร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

## การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพ

---

โรงพยาบาลทุ่งยางแดง

มีการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหวิชาชีพร่วมจัดรูปแบบพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานเป็น one stop service ให้กับผู้ป่วย จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน การชักชวนกันมารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาล มีทีม case management ในการดูแลผู้ป่วยรายตำบลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง

มีการกำหนดและติดตามตัวชี้วัด นำผลการดำเนินงานที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายและ ผู้ป่วยที่มีปัญหาจัดทำเป็น case management แล้วนำมาปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

## ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

จากสถิติแนวโน้มของจังหวัดพิษณุโลกที่พบ อัตราการป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้น และอัตราการป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากสถิติทั้งอัตราป่วยและอัตราตายจากเบาหวานที่มีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานควบคุมเบาหวานแบบบูรณาการ

ทีมงานคณะทำงานเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธชินราช ได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ วางแผนและพัฒนางานเบาหวาน โดยมีจุดเริ่มต้นจากการบริการระดับปฐมภูมิ และขยายผลเข้าไปสู่ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตามลำดับ การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ถือเป็นบทบาทหลักของงานปฐมภูมิ ดังนั้นเพื่อควบคุมป้องกันโรคเบาหวานนั้นต้องมีการทำงานที่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีหัวใจของการพัฒนา คือ การดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดีและเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีในชุมชนผ่านความร่วมมือของชุมชน

การดำเนินงานเบาหวานผ่านการจัดการความรู้ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา สามารถจัดระบบบริการตั้งรับและเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเกิดกระแสความตื่นตัวของชุมชนจนสามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยการขับเคลื่อนของชุมชน โดยชุมชนเข้ามาร่วมจัดการกับปัญหาของชุมชนสามารถตรวจคัดกรองโรคอย่างครอบคลุม และขยายรูปแบบการคัดกรอง การสร้างชมรมโรคเรื้อรัง กิจกรรมสร้างสุขภาพต่างๆ สู่ชุมชนต่างๆ ในเขตอำเภอเมืองได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน

โรงพยาบาลสามารถขยายเครือข่ายการดูแลเบาหวานไปยังทีมสหสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถจัดระบบบริการที่ครอบคลุมเป็นระบบ เกิดผลดีต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สามารถให้บริการที่ดี มีคุณภาพ การขยายงานต่างๆ ภายใต้ทรัพยากรบุคคลที่จำกัด สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพ จะเห็นได้จากคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่สามารถลดอัตราการป่วย อัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

รศ.นพ.รณชัย อธิสุข คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### การดูแลผู้ป่วยหูเสื่อมแบบครบวงจรจากการบริโภคหมูดิบในชุมชน

นพ.จารึก หาญประเสริฐพงษ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ภาวะหูหนวกจากการติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส เป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานเนื้อหมูดิบซึ่งเป็นวัฒนธรรมการกินของภาคเหนือ ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยหูหนวกและมีความพิการอื่นตามมา เพื่อลดการเกิดภาวะดังกล่าว ทีมจึงมีการพัฒนาการรักษาฟื้นฟูสภาพหูหนวกและช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการไม่บริโภคหมูดิบ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ดำเนินการคือการผ่าตัดประสาทหูเทียม (cochlear implant) จนผู้ป่วยสามารถได้ยิน และสื่อสารได้ การฟื้นฟูสภาพภาวะหูหนวกต้องอาศัยความอดทน อาศัยกำลังใจของผู้ป่วยและความมุ่งมั่นของผู้ฝึก นอกจากนี้การป้องกันการเป็นซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการเสริมสร้างสุขภาพชุมชนด้วยการณรงค์ให้สังคมรับรู้ถึงอันตรายของการบริโภคหมูดิบคือภาวะหูหนวกที่เกิดจากการติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส

### ภาวะพิษออกซิเจนต่อจอประสาทตาในทารกคลอดก่อนกำหนด

โรงพยาบาลหาดใหญ่

จากสถิติปี 2550 และ 2551 โรงพยาบาลมีทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย และมีอัตราการเกิด ROP stage 3 เพิ่มมากขึ้น ทีมวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เนื่องจาก

- 1) guideline การตรวจตาไม่ชัดเจน
- 2) เครื่องมือในการควบคุมการใช้ออกซิเจนไม่เพียงพอ
- 3) บุคลากรขาดความรู้
- 4) ไม่เข้มงวดในการบริหารออกซิเจน

ทีมได้ทบทวนระบบการทำงาน จัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย แนวทางในการส่งตรวจตา แนวปฏิบัติในการบริหารเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ROP การรักษาเชิงรุกของจักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจอประสาทตา และการบันทึก examination sheet เพื่อสื่อสารระหว่างจักษุแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลและบิดามารดาผู้ป่วย การบริหารการใช้ออกซิเจนและตรวจพัฒนาการคัดกรองอย่างเป็นมาตรฐานทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทารกปลอดภัย โดยมีการนิเทศติดตามของผู้บริหารร่วมด้วย

บทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนา คือ การทำงานเป็นทีมโดยใช้ภาวะผู้นำและผู้ตามที่ดี ใช้กลยุทธ์ empowerment (เสริมแรง ยอมรับและสนับสนุนซึ่งกันและกัน) และการดูแลทารก แบบ humanized care

## การตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตาใน โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชลบุรี

เป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลชลบุรี

ทีมทำการพัฒนาระบบให้บริการตรวจ DR ตาเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสามารถให้บริการตรวจคัดกรอง DR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโรงพยาบาลชุมชนจะทำการคัดกรองผู้ป่วย และทีมแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์จะออกหน่วยลงพื้นที่ จัดอบรมให้กับทีมของโรงพยาบาลชุมชน ให้ข้อมูลความรู้ ให้การรักษารับ และ refer

ผลลัพธ์ คือ จำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องส่งไปตรวจคัดกรอง DR ที่โรงพยาบาลชลบุรีลดลง โรงพยาบาลชุมชนสามารถตรวจคัดกรอง DR ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ได้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางไปตรวจตาที่โรงพยาบาลชลบุรี รวมถึงสามารถตรวจคัดกรองโรคต่อกระจกและโรคต้อหิน ลดความเสี่ยงของการเกิดตาบอดในชุมชน

บทเรียนที่ได้รับ คือ การประสานงานระหว่างหน่วยงานก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ดีและยั่งยืนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนมีผลต่อประสิทธิภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถปรับปรุงพัฒนาการให้บริการและระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

## ค้นหาความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคต้อหิน

ผ่องพักตร์ ชูศรี

โรงพยาบาล ราชบุรี

ต้อหินเป็นหนึ่งในฆาตกรเงียบทางโรคตาที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร การมาติดตามรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีความสำคัญแต่ผู้ป่วยก็ปฏิบัติได้ยาก ทีมงานพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการใช้ยา จึงได้พัฒนาระบบคัดกรองและการบันทึกในหน่วยชั่งประวัติและประเมินสภาพ การประสานกับหน่วย ADR เมื่อพบผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยา รวมทั้งวางระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม beta-blocker ทำ CQI เรื่องของการรับรู้ผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาโรคต่อหิน เชิญจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาร่วม ทบทวนคุณภาพการรักษาโรคต่อหิน จากการทบทวนเวชระเบียน 39 ราย สามารถลดการใช้ยาหยอดต่อหินได้ 10 ราย เพิ่มชนิดของยาหยอดรักษาต่อหินจำนวน 4 ราย ตรวจวินิจฉัยเพิ่ม 11 ราย

ผลการทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน โครงการชุมชนสุขภาพตาดีโดยคัดกรองโรคต่อหินในชุมชนเพื่อเชื่อมโยงระบบบริการจากโรงพยาบาลถึงชุมชนในระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดการปรับปรุงมาตรฐานการรักษาดูแลผู้ป่วยต่อหินแบบก้าวกระโดด

บทเรียนที่ได้รับ คือ การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ป่วยและการค้นหาความเสี่ยงร่วมกันของสหวิชาชีพนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน การตามรอยโรคต่อหินอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนทำให้เกิดทำงานที่เชื่อมโยงกัน





## Oral Presentation & Workshop

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A2J	Oral: Humanized Healthcare
	13.00-16.30 น.	A3J - A4J	Workshop: Incident Management และ Call Center/IT Helpdesk
11 มีนาคม 2553	08.30-12.00 น.	B1J - B2J	Change: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (รอบที่ 1)
	13.00-16.30 น.	B3J - B4J	Change: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (รอบที่ 2)
12 มีนาคม 2553	08.30-12.00 น.	C1J - C2J	OMERET & Research for Quality (R4Q)
	13.00-14.30 น.	C3J	Oral: Safety & Risk Management

10 มีนาคม 2553 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 15 (J)

น.ท.หญิง ภัศรา โฉนระวงศกร โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### ห้องทำงาน ผอ.

สมพันธ์ นวรัตน์ โรงพยาบาลบ้านลาด

สัมผัสประสบการณ์การทำงานผ่านเรื่องเล่าของผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด ที่มีห้องทำงานไม่เหมือนใคร เพราะส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในห้องตรวจ คอยให้การดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหน้างาน สำหรับงานเอกสารที่ต้องลงนามก็จะให้ธุรการยกลงมาไว้ที่ห้องตรวจ และใช้เวลาว่างในช่วงที่ไม่มีคนไข้เซ็นเอกสาร และบางครั้งหากเซ็นเอกสารไม่เสร็จก็จะให้ธุรการยกไปไว้ที่บ้านพัก และลงมือเซ็นเอกสารจนเสร็จภายในวันนั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาดสรุปเป็นคำพูด จากวิธีการทำงานไว้ว่า “ฉันทำงานอย่างมีความสุขในฐานะผู้อำนวยการ ในเวลากลางคืน และมีความสุขในฐานะแพทย์ในเวลากลางวัน ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลตรวจรักษาคนไข้ มีความสุขที่ได้แก้ปัญหาของคนไข้ที่มารับบริการในโรงพยาบาล และความสุขนี้คงแพร่กระจายไปยังเจ้าหน้าที่และคนไข้ทุกคน เพราะรอยยิ้มและคำขอบคุณคือสิ่งที่เราได้รับตอบแทนจากคนไข้ของเราเกือบทุกคน” เวลาน้อย เพราะคนไข้ที่นั่งรอหน้าห้อง มักจะโงกเข้ามาดูในห้องแล้ว

### ดอกไม้งามบานสะพรั่งทั่วสวนดอก : การพัฒนาจิตตปัญญา

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือ โรงพยาบาลสวนดอก สิ่งที่ทำให้ความรู้สึกตราตรึงอยู่ในใจก็คือบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่เปรียบเสมือนดอกไม้หลากพันธุ์ และพร้อมใจกันบานสะพรั่งทั่วสวนดอก จนทำให้เกิดความงดงามที่สัมผัสได้ในการให้บริการกับผู้คน ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดอกไม้งามที่ได้รับการใส่ปุ๋ย รดน้ำพรวนดินจนพร้อมที่จะประดับสวนดอกให้สวยงาม

ดอกไม้ดอกแรก เธอเป็นพนักงานช่วยการพยาบาลมา 18 ปี เธอได้รับการหล่อหลอมจากการเห็นแบบอย่างที่ดี และการมีจิตสำนึกที่ไม่ได้มาจากความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่มาจากการได้รับการดูแลที่ดีจากหัวหน้ามาก่อน จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมี

คุณค่าและอยากทำสิ่งที่ให้คุณค่ากับผู้อื่น การทำสิ่งที่ดีให้กับผู้ป่วย และสร้างคุณค่าให้กับองค์กร ทำให้เธอได้เป็นบุคลากรดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ ในปี 2548 และได้รับรางวัลในระดับประเทศในปีเดียวกัน

ดอกไม้อีกรดอก เป็นพยาบาลชายหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป มีบุคลิกอ่อนโยน อบอวน เป็นแบบอย่างในการดูแลญาติ ที่สร้างความประทับใจตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาที่หอผู้ป่วย และยังเป็นแบบอย่างของการเผชิญกับอารมณ์โกรธของญาติ เขาสอนน้องให้ยกระดับจิตและอยากให้ทีมอยากทำ โดยกล่าวว่า “ตัวเองต้องนำก่อน ทำจริง จะเห็นผลชัดเจนมากกว่าใบประเมินความพึงพอใจ” ในการจัดการกับตัวเองเขาเล่าว่า “ต้นทุนของตัวเองมีเยอะ ไม่เจ้าอารมณ์แม่เป็น model ที่เข้มแข็ง cope กับปัญหาทุกอย่าง ไม่เคยเห็นแม่ไววาย..... แม่ไม่ได้สอนเป็นคำพูดที่ออกมาจากปาก แต่เห็นแม่ทำมาตลอด”

ส่วนดอกไม้งามอีกรดอก เป็นสุภาพบุรุษผู้ดูสงบ เขาเคยบวชใต้บรรพทศศาสนา จึงเข้าใจโลกและชีวิต สามารถถ่ายทอดความหมายของการมีชีวิตอยู่ และการจากไปได้อย่างงดงาม เขาพูดถึงความตายว่า “ความตายเป็นเรื่องปกติ ชีวิตเป็นเหรียญสองด้าน วันนั้นเราเกิดวันหนึ่งเราก็ต้องตาย ถ้ามัวกลัวตายหรือไม่ ไม่กลัว..... ถ้ามีเวลาน้อยจะขออยู่กับครอบครัว แต่ถ้ามีเวลามากก็คิดว่าจะทำประโยชน์เพื่อคนไข้ ถ้าที่ทำงานเอื้อให้ทำประโยชน์กับคนไข้ได้มากกว่าก็ขออยู่กับตัวเอง ก็ต้องชั่งดูก่อนว่าอันไหนจะมีประโยชน์มากกว่ากัน” เขาให้ข้อคิดว่าการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยต้องพร้อม ที่จะเป็นผู้เยียวยาทั้งกายและใจของผู้ป่วย และญาติ ต้องมีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจ ยอมรับ และอยากช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ด้วยวิธีการที่แยบยล และนี่เป็นคุณลักษณะที่เขาแสดงออกให้ผู้อื่นได้ประจักษ์อยู่เสมอ จนผู้ที่ได้สัมผัส รับรู้ได้ว่าเขาเป็นผู้นำความสงบมาให้ผู้ที่อยู่รอบข้างอย่างแท้จริง

ดอกไม้ดอกนี้เป็นดอกไม้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลพี่ชายที่เจ็บป่วยมาก่อน เธอจึงเข้าใจความรู้สึกของญาติได้เป็นอย่างดี จากประสบการณ์ที่ได้ดูแลพี่ชาย ทำให้เธอเข้าใจความรู้สึกของญาติมาก ๆ เธอบอกว่า “การดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่รักษาเสร็จแล้วก็จบ”

ดอกไม้อีกรดอกหนึ่งเป็นดอกไม้ที่ระดับที่หอผู้ป่วยออโรโรปิติกส์หญิง เธอเป็นพยาบาลที่ดูท่าทางคล่องแคล่ว แต่นุ่มนวล อ่อนโยน เธอดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจจากการได้รับอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ เธอบอกว่า “เมื่อวันหนึ่งชีวิตต้องเปลี่ยนในวินาทีเดียว ผู้ป่วยก็จะงง ๆ ญาติก็จะงง ๆ กับชีวิต มีทั้งความหวังว่าจะดีขึ้น แต่เมื่อไม่ดีขึ้นวิถีชีวิตก็จะเปลี่ยนไป... คนไข้ไม่ตาย แต่ทุกข์ทรมาน... ตรงนี้ก็เป็แรงบันดาลใจอยากช่วยเหลือ”

สำหรับดอกไม้งามที่ได้ขับเคลื่อนความตึงามในเชิงระบบคนนี่เธอ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโรคปอด เดิมเป็นคนที่มีความสุขกับการที่ได้อยู่กับตัวเอง คิดอยากจะไปบวช แต่พอได้เข้าวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความรู้สึกว่าได้มีโอกาสฟังเรื่องราวที่เป็นความตึงามที่ผู้อื่นได้ทุ่มเทเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เลยคิดว่าเราทำไมนึกถึงแต่ตัวเอง ทำไมเราไม่ช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข สิ่งที่เราสะท้อนออกมาตอนนี้คือ “แต่ก่อนเวลาทำงาน จะมองเฉพาะคนไข้ ไม่ค่อยได้มองเพื่อนร่วมงาน ตอนนี้อยากทำในวงกว้าง... อยากทำให้เพื่อนร่วมงาน... เห็นเขาทำงานหนักแล้วยังทุกข์อีก... ในเมื่อเราได้มีโอกาสไปทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข ก็อยากทำให้ผู้อื่นมีความสุขด้วย”

ส่วนดอกไม้งามอีกดอกหนึ่ง เธอได้เฝ้าสังเกตตัวเองและได้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่อยู่รอบข้าง รับรู้ได้ถึงความนิ่งสงบ และทำให้เธอมีมุมมองใหม่ๆ ในชีวิต เธอบอกว่า “ใช้หลักการยังคิด ปล่อยวาง ทำให้แกว่งน้อยลง... ปัจจุบันนี้ความระมัดระวังเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่เปลี่ยนไปคือการแสดงออก ที่มีทำที่อ่อนโยนลง คำพูดที่นุ่มนวลขึ้น และความคิดที่นำมาซึ่งสิ่งตึงามต่อผู้อื่น เธอบอกว่า “ถึงจะแข็งกระด้างไป... ก็ไต่งานเท่าเดิม สู้อ่อนลงดีกว่า แถมยังได้ใจคนอื่นอีกด้วย”

ตัวอย่างที่ยกมาเป็นเพียงบางส่วนของบุคลากรพยาบาล ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผ่านมา และเห็นว่าโรงพยาบาลสวนดอก มีคนคิดดีทำดีอยู่มากมาย เปรียบเสมือนการมีต้นทุนที่ดี ดังนั้น โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะทำต่อไปจะช่วยให้ผู้คนได้รับรู้เรื่องราวดี ๆ ทำให้เกิดแรงบันดาลใจกับผู้คน จนในที่สุดความตึงามจะเกิดขึ้นทั่วโรงพยาบาลสวนดอก จนกลายเป็น “ดอกไม้งามบานสะพรั่งทั่วสวนดอก” ในที่สุด

## การทำงานที่สร้างกำลังใจ

### โรงพยาบาลสิชล

งานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล มีโครงการอบรมฟื้นฟูผู้พิการทางจิตโดยผู้ดูแล ซึ่งได้อบรม อสม. เพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วยจิตเวช หลังจากนั้นก็ทำทะเบียนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และมีการวางแผนการเยี่ยมบ้านตามลำดับความสำคัญ

จากการลงชุมชนและติดตามเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยจิตเวชรายหนึ่งที่ถูกโชครวนจากครอบครัว ทีมให้การฟื้นฟูสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชโดยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ มีการปรึกษาร่วมกันระหว่างทีม การสร้างความเข้าใจกับ

ครอบครัว และใช้หลักของครอบครัวบำบัดผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ไปรักษาที่โรงพยาบาล สวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี ขอความช่วยเหลือจากสถานสงเคราะห์บ้านเขาฝ้ายในการจัดรถส่งต่อผู้ป่วย

หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน มีการติดตามให้ไปรับยาตามนัดทุกครั้งอย่างใกล้ชิด โดยการประสานงานของทีมงานโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัว ชุมชนให้การยอมรับ และได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพที่ลงไปให้การช่วยเหลือผู้พิการทางจิตในชุมชน ให้กลับมามีชีวิตใหม่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข แสดงให้เห็นถึงบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

## ยึดหยุ่นสไตล์สมิติเวช

โรงพยาบาลสมิติเวช

การบริการทางการแพทย์ถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกวัย ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมภายนอกจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ความต้องการดังกล่าวก็หาได้ลดน้อยลง ดังนั้น การทำให้บริการทางการแพทย์ยืดหยุ่นต่ออยู่ได้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา โรงพยาบาลสมิติเวชนำหลักการของความยืดหยุ่นมาปรับใช้ ภายใต้แนวคิดที่ว่า “ความยืดหยุ่นทางการแพทย์ จำเป็นจะต้องตั้งอยู่บนความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย บนมาตรฐานการแพทย์สูงสุด อย่างไม่มีการประนีประนอม แต่พร้อมที่จะปรับลด (หยุ่น) หรือ เพิ่ม (ยึด) ตามแต่สิ่งที่ปรากฏตรงหน้า” ต้องใส่ใจกับความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติที่อยู่ตรงหน้า ต้องกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เพราะเป็นการแสดงให้เห็นว่าองค์กรนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์กรที่มีชีวิต

ซึ่งถือว่าเป็นความท้าทายต่อผู้นำองค์กร ที่ไม่เพียงต้องมองให้กระจ่างและนำพาองค์กรไปตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่วางไว้ หากแต่ต้องมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่แสดงถึงตัวตนขององค์กร ที่พนักงานทุกคนยึดถือเป็นแบบอย่างผ่านค่านิยมขององค์กร เปรียบได้กับสิ่งมีชีวิตที่ผ่านฤดูกาลต่างๆ มายาวนาน หากเราเพ่งดูจริงๆ แล้วสิ่งมีชีวิตเหล่านั้นมีมากมายหลายชนิด ล้วนแต่มีรูปลักษณ์ภายนอกและเอกลักษณ์ที่ต่างกันไป และต่างจากต้นกำเนิดทั้งสิ้น สิ่งมีชีวิตหรือองค์กรใดที่ปรับตัวได้ ยืดหยุ่นได้ ก็ยังยืนได้ องค์กรนั้นจะเป็นองค์กรแห่งความสุข ตลอดระยะเวลา 30 ปี สมิติเวชได้ลงมือทำอย่างจริงจังมาตลอด ตามปณิธานที่ยึดถือไว้ว่า “บริการเป็นเยี่ยม เปี่ยมด้วยคุณธรรม”



## A3J–A4J Workshop: Incident Management & Call Center/ IT Helpdesk

10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 15 (J)

พสุนิต พุ่มมณีกร	บริษัท ไอทีวัน จำกัด
ประยูทธ อิศรทัศนานนท์	บริษัท ไอทีวัน จำกัด
สิริพัทธ์ นพบุรี	บริษัท ไอทีวัน จำกัด
อรินรัช ชลายนนาวิน	บริษัท ไอทีวัน จำกัด
ดร.นพ.บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ในปัจจุบันการทำงานเกือบทุกอย่างล้วนถูกบังคับให้ต้องแข่งขันกับเวลา ภายใต้คุณภาพที่สูงขึ้นและมีต้นทุนที่ต่ำกว่า การทำงานที่ขาดการบริหารจัดการที่ดีอาจจะส่งผลให้ธุรกิจหน่วยงาน ผู้ใช้บริการได้รับความเสียหายได้ call center เป็นหน่วยงานซึ่งมีการจัดตั้งกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เป็นตัวอย่างของหน่วยงานที่ต้องการผู้รู้ และเข้าใจถึงวิธีการบริหารจัดการจึงจะทำให้หน่วยงานตอบสนองความต้องการของธุรกิจและผู้ใช้บริการได้ ทั้งนี้เพราะ call center ไม่ใช่หน่วยงานที่ทำหน้าที่เพียงรับฟังปัญหา แล้วเพียงออกหมายเลขอ้างอิงให้ผู้ใช้บริการ แล้วส่งงานไปที่ทีมที่รับผิดชอบเท่านั้น แต่ call center ต้องสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ ต้องเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือได้ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนลูกค้าในการติดตามงานและให้ข้อมูลข่าวสาร และต้องบริหารให้มีต้นทุนต่ำเพื่อให้ธุรกิจแข่งขันกับตลาดได้

หากสังเกตจะพบว่ามีความท้าทายอยู่มากมายที่ call center เช่น ทำอย่างไร agent จึงจะเข้าใจในความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แล้วประสานงานกับผู้รับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง ทำอย่างไรจึงจะสามารถสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจะได้รับการแก้ไขโดยเร็วที่สุด เพื่อลดผลกระทบต่อธุรกิจและผู้ใช้บริการ มีปริมาณ agent ที่เพียงพอ ให้บริการได้ทั่วถึงครอบคลุมสถานที่ และเวลาการทำงานของธุรกิจ เพิ่มความสะดวกแก่ธุรกิจกับผู้ใช้งานในการติดต่อ call center ทำอย่างไรลูกค้าจะรับรู้ ว่า call center เป็นหน่วยงานที่พึ่งพาให้ความช่วยเหลือได้ มิใช่เพียงทางผ่าน และคุณภาพของ call center จะมีมาตรฐานไม่ขึ้นกับตัวบุคคล

ในการสัมมนาครั้งนี้ ผู้จัดมุ่งหวังการปูพื้นฐานการจัดการ call center สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเรียนรู้งานพื้นฐานของ call center โดยเริ่มต้นจากการไม่มีเครื่องมือในการจัดการ call center ไม่ว่าจะเป็นระบบโทรศัพท์ ระบบจดบันทึกงานปัญหาที่เกิดขึ้น การกำหนดตัววัด ว่าจะต้องเริ่มต้นที่ไหน อย่างไร ทำอย่างไร โดยจะนำ incident management ซึ่งเป็น

ส่วนหนึ่งใน ITIL เป็น frame work ที่แพร่หลายในปัจจุบัน เข้ามาสร้างความเข้าใจถึงการนำมาใช้ในการบริหารจัดการ call center ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**B1J-B2J****Change: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (รอบที่ 1)**

11 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 15 (J)

**B3J-B4J****Change: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (รอบที่ 2)**

11 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 15 (J)

ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ธัญญา วรรณพฤกษ์	โรงพยาบาลเทพธารินทร์
กวินรัตน์ สระปรุง	โรงพยาบาลเทพธารินทร์
ปราณี ลัคณาจันทโชติ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
พัชรี เกษมสุข	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
ประภาพันธุ์ สวัสดิ์ผล	โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ปัญหาเบาหวานของประเทศไทย คงไม่ต่างจากกระแสโลกที่เบาหวานแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ในการสำรวจแต่ละครั้งพบว่าความชุกของเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และยังมีผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นเป็นเบาหวานอีกเป็นจำนวนมาก หากไม่มีมาตรการใดๆ กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะเป็นเบาหวานได้ในอนาคต ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันไม่ให้อีกกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มป่วย หรือกลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ก็คือเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้วิธีการจัดกิจกรรมต่างๆ แบบเป็นรูปธรรมโดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) จากทีมโรงพยาบาลเทพธารินทร์ และโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเบาหวานอย่างโรงพยาบาลเทพธารินทร์ และโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมี ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็น ผู้ดำเนินรายการ





12 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 15 (J)

(ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการนำคอมพิวเตอร์มาด้วย)

รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภาณุวัฒน์ ประทุมขำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ชัยวัฒน์ ทะวะรุ่งเรือง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
จิตติ ศรีแก้ว	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบนฐานความรู้

### (Towards Evidence-based Quality Improvement: OMERET for R4Q)

การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ล้วนสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความซับซ้อนมากขึ้น จนยากที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพหากไม่พัฒนาบนฐานความรู้

การวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Research for Quality improvement, R4Q) เป็นกระบวนการที่ให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ สะท้อนสถานะปัจจุบัน เกี่ยวกับผลการรักษา คุณภาพ มูลค่า หรือทรัพยากรที่ใช้ ตลอดจนการเข้าถึงบริการต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ในการวิจัย คุณภาพของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง แต่การได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือนั้น ต้องลงทุนและลงแรงอย่างมาก กระทั่งมูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ ได้พัฒนาระบบจัดการข้อมูลเพื่อการวิจัยคลินิกขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “OMERET” (Online Medical Research Tools) ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอ่านลายมือจากภาพสแกนกระดาษฟอร์ม (Optical recognition) โดยไม่มีการคีย์ข้อมูลด้วยมือ และได้ใช้งานกับโครงการวิจัยต่างๆ มาหลายร้อยโครงการตลอดระยะเวลาร่วมทศวรรษ

ปัจจุบันมีการพัฒนาเพื่อรองรับการวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โดยใช้การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Survey on Patient Safety Culture) เป็นโครงการนำร่อง ที่พร้อมให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้งาน โดยใช้แบบสำรวจที่กำหนด หลังจากทำการสำรวจแล้ว นำแบบสำรวจไปสแกนเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ผ่านช่องทางที่รักษาความปลอดภัยด้วยรหัสผ่านเฉพาะ

ของแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นก็สามารถเรียกรายงานผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบมาตรฐานการรายงานผลการสำรวจได้ในเวลาอันสั้น ด้วยความถูกต้องสูงสุดที่สามารถตรวจสอบคุณภาพได้

นอกจากโครงการสำรวจฯ ดังกล่าว โรงพยาบาลยังสามารถนำ OMERET ไปประยุกต์ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อสร้างงานวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research, R2R) เก็บข้อมูลเพื่อทำการรายงานตามปกติ การสำรวจความพึงพอใจในการรับบริการ หรืองานวิจัยเฉพาะกรณีได้อย่างไม่มีข้อจำกัด ทั้งงานเดี่ยวๆ หรืองานวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันในหลายสถาบัน (Multi-center study) ได้อย่างสะดวก ง่าย และให้ผลได้รวดเร็ว



น้องนุช ภูมิสนธิ์

โรงพยาบาลศิริราช (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## ทุกนาที มีค่าต่อชีวิต

โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา

โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ที่มีพื้นที่เป็นเกาะ และมีแพทย์ทั่วไปประจำการ 1 คน ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยจึงต้องใช้พาหนะทั้ง รถ และเรือ หรือบางครั้งต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ นอกจากนั้นสภาพภูมิอากาศก็เป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการเดินทางด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า เวลาในการส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อใช้เวลามากที่สุด 6 ชั่วโมง ไม่มีการประกันคุณภาพการส่งต่อ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ประกอบกับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นจุดเน้นหนึ่งของโรงพยาบาล ที่งานจึงได้นำผลการทบทวนดังกล่าวมาดำเนินการพัฒนาโดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน ดังนี้

ช่วงที่ 1 (ปี 2546) พัฒนาระบบการส่งต่อ ประกอบด้วย การจัดทำแนวทาง พัฒนาศักยภาพของบุคลากร จัดทำทะเบียนพาหนะ (เรือของเอกชน) ที่ใช้ในการส่งต่อ และจัดทำมาตรฐานอุปกรณ์ประจำพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อ มีการประเมิน และทบทวนระบบ พร้อมกับชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบ

ช่วงที่ 2 (ปี 2548) ทบทวนระยะเวลาในการส่งต่อ โดยหาค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการส่งต่อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ นำมาวิเคราะห์ปัญหา และจัดทำแนวทางในการแก้ไข

ช่วงที่ 3 (ปี 2552) ประสานงานกับ สปสช. ให้ผู้ป่วย UC มีสิทธิในการคุ้มครองค่าพาหนะในการส่งต่อ ผลลัพธ์ที่ได้คือ การประกันการส่งต่อผู้ป่วยถึงสถานพยาบาลหน่วยรับ มีระยะเวลาน้อยลง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายพาหนะ

## ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

โรงพยาบาลอุดรธานี

จากการเฝ้าระวังความเสี่ยงในปี 2550 พบผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเคลื่อนย้ายภายในหน่วยงาน มีภาวะทรุดลงในระหว่างการเคลื่อนย้ายและเสียชีวิตจำนวน 5 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือก่อนเคลื่อนย้ายที่เหมาะสม รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อม อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม/ลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

ปัญหาคือขาดการประเมินปัญหาผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่เหมาะสม เช่น mobile respirator, pulse oximeter เป็นต้น ขาดการประสานข้อมูลหรือประสานข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่มีพยาบาลนำส่งผู้ป่วยหนัก

มีการพัฒนาระบบโดยการจัดทำคู่มือแนวทางการเคลื่อนย้าย กำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินก่อนเคลื่อนย้าย การดูแลถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ การเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต และพยาบาลนำส่งร่วมกับการเตรียมผู้ป่วย การให้หน่วยรับผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยทันทีเมื่อแรกรับเพื่อส่งต่อข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างส่งต่อ

จากการดำเนินการปรับปรุง 3 รอบ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องการประเมิน และประเมินซ้ำก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างเคลื่อนย้าย พบว่าจากการปรับปรุงในแต่ละวงรอบ มีแนวโน้มของการเกิดปัญหาการดูแลที่ไม่เหมาะสมลดลง จากร้อยละ 7.33 ในวงรอบที่ 2 เหลือร้อยละ 0.6 ในวงรอบที่ 3 ซึ่งบทเรียนที่ได้รับจากผลการดำเนินงานเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งทักษะการคาดการณ์อาการเปลี่ยนแปลงของทีมนดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เหมาะสม

## การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ปัญญา เกื่อนด้วง

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพหลายสาขา และเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดปัญหาในการประสานงาน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีแบบแผนร่วมกันชัดเจน และไม่มีสถานที่เฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายเหลือน้อยกว่า 1 แสนบาทและจำนวนวันนอนตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่าย (LOS) น้อยกว่า 10 วันภายในปี 2552 กิจกรรมการพัฒนา แต่งตั้งทีมปลูกถ่ายไต (kidney transplantation team: KT) ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดทำ CPG ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และปรับปรุง CPG อย่างต่อเนื่อง แต่งตั้งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager: CM) ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตาม CPG กำหนดหน่วยงานที่ดูแลโดยเฉพาะและฝึกอบรมทีมดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามแผนที่วางไว้ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เตรียมสถานที่พร้อมอุปกรณ์และทีมผู้ดูแล ประชุมทีม KT ก่อนการผ่าตัดทุกรายเพื่อรับทราบข้อมูลผู้ป่วย วางแผนการดูแลร่วมกัน และทบทวนการดูแลที่ผ่านมาเพื่อวางแผนแก้ปัญหาที่อาจเกิดต่อไป จัดทำ standing order ของแพทย์สำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานงานส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระหว่างห้องไตเทียม ICU จนถึง PCU หรือชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่

ผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย พบว่าการใช้ระบบ CM สามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่อง การประสานงานและทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้ CPG ช่วยให้การดูแลมีความชัดเจนและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การกำหนดหน่วยงานและทีมดูแลโดยเฉพาะช่วยแก้ปัญหาคุณภาพของทีมที่ดูแลให้ชำนาญยิ่งขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ การเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้อายุไตใหม่ (graft survival) ของผู้ป่วยนานขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การส่งต่อที่มีเครือข่ายชัดเจนจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดภายหลังจำหน่ายได้

## เด็กพิการระบบทางเดินอาหารแต่กำเนิด

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเช่น ผู้ป่วย Short Bowel Syndrome พบสาเหตุสำคัญจากการขาดประสบการณ์ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ ขาดอุปกรณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงต่อเนื่องขึ้นกับผู้ป่วยมากมาย PCT กุมารเวชกรรมมีการใช้กลไกของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ออกมาเปิดที่หน้าท้อง การทำ central line เพื่อให้ parenteral nutrition ของวิสัญญีแพทย์ ลดอัตราการเกิดเส้นเลือดอักเสบจากการให้สารอาหาร การที่เภสัชกรเตรียมสารอาหารทางหลอดเลือดของเด็กเล็ก หรือใช้ commercial

package ในเด็กโต ช่วยลดอัตราการติดเชื้อ และลดการใช้ยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ยังมีการเตรียม infusion pump เพื่อช่วยปรับการให้สารอาหารในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารในทางเดินอาหารได้ ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด มีการประสานงานกับศัลยแพทย์เพื่อเตรียมผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถเจริญเติบโตลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างเห็นได้ชัด

ในอนาคต PCT ได้วางแผนจัดโครงการ home coming day เพื่อติดตามผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาที่อาจมี ให้ผู้ปกครองได้มาพบ แบ่งปันความรู้สึกร่วม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป



## Oral Presentation & Workshop

10 มีนาคม 2553	10.30-12.00 น.	A2K	Oral: ENV
	13.00-16.30 น.	A3K - A4K	Workshop: การดูแลระดับประคองจาก “ใจ” สู่ “ใจ”
11 มีนาคม 2553	08.30-12.00 น.	B1K - B2K	ซิทิค ตั้งเป้า เร่งเร้าพัฒนา DM (รอบที่ 1)
	13.00-16.30 น.	B3K - B4K	ซิทิค ตั้งเป้า เร่งเร้าพัฒนา DM (รอบที่ 2)
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1K	Oral: Trauma
	10.30-12.00 น.	C2K	Oral: Neurology
	13.00-14.30 น.	C3K	Oral: General Care Process



โกเมธ นาควรรณกิจ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(ผู้ดำเนินการอภิปราย)

### แค่คนกวาดขยะ

โรงพยาบาลรามัน

“ผมอยากให้ทุกคนเลิกบุหรี่ให้ได้ แล้วคุณจะรู้สึกเหมือนกับที่ผมรู้สึกในขณะนี้”

ผลจากการสำรวจการติดบุหรี่ในเจ้าหน้าที่เพื่อเข้ารับการรักษาจากคลินิก  
อดบุหรี่ “พีแก้ว” เป็นคนหนึ่งที่ได้รับความช่วยเหลือและติดตามให้กำลังใจอย่างใกล้ชิดและ  
ต่อเนื่องจนครบ 1 ปี จนสามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่และเลิกได้ในที่สุด ภายในระยะเวลาไม่  
กี่เดือนประกอบกับความตั้งใจเดิมที่อยากเลิกบุหรี่อยู่แล้วแต่ยังไม่มีโอกาสซักที... จนถึงขณะนี้  
เวลาก็กว่งเลยมาหลายปีแล้วที่เลิกได้อย่างถาวร

“เวลาผมเห็นใครก็แล้วแต่สูบบุหรี่ ผมอยากเข้าไปเชิญชวนให้เลิกบุหรี่ให้ได้เหมือน  
ผมครับ”

“โชคดีนะครับที่ผมเป็นคนรามันและทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาหลายปี ส่วนใหญ่  
ก็จะรู้จักกัน เข้าไปแนะนำก็จะพูดคุยกันได้” นี่เป็นคำบอกเล่าจาก “พีแก้ว” ซึ่งแฝงรอยยิ้ม  
ทุกครั้งทีพูดถึงเรื่องนี้

### บำบัดน้ำเสียอย่างยืดหยุ่นและยั่งยืน

ธวัชชัย วิเชียรเครือ

โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

โรงพยาบาลทุ่งฝน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีระบบบำบัดน้ำเสียแบบ  
SBR (sequencing batch reactor) ก่อสร้างเมื่อปี 2541 ด้วยงบประมาณ 4,352,379 บาท ใน  
ปี 2547 พบว่าระบบบำบัดน้ำเสียล้มไม่สามารถทำงานได้ จุลินทรีย์ในระบบตายหมด บริเวณ  
บ่อบำบัดรดเต็มไปด้วยวัชพืชขึ้นสูง และที่สำคัญน้ำที่ทิ้งออกจากระบบไม่ได้มาตรฐาน เนื่อง  
จากระบบรวมน้ำเสียในฤดูฝนมีปริมาณน้ำเข้าสู่ระบบมากเกินไป ทำให้เครื่องสูบน้ำต้อง  
ทำงานอย่างหนัก ชำรุด และไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยตรง โรงพยาบาลจึงมีเป้าหมาย  
ที่จะทำให้น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดผ่านเกณฑ์การประเมิน และสามารถใช้งานได้อย่างยั่งยืน



ในปี 2548 ได้มีการปรับปรุงระบบและเข้าร่วมโครงการวิชาการแก่สังคม ภาควิชา วิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาสภาพ ปัญหาและแนวทางการแก้ไข โรงพยาบาลเล็กใช้ระบบอัตโนมัติทั้งหมดในการดำเนินงานของ ระบบบำบัดน้ำเสีย เปลี่ยนมาใช้วิธี manual โดยใช้บุคลากรทำงานตามเวลาที่กำหนด มีการ บำรุงรักษาเชิงป้องกันของอุปกรณ์ในระบบบำบัดน้ำเสียโดยช่างของหน่วยงานซ่อมบำรุงอย่าง สม่าเสมอ

ผลการบำบัดน้ำเสียผ่านการประเมิน และได้รับคะแนนการดูแลระบบบำบัดระดับ 5 ดาว จากโครงการฯ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการตรวจและวิเคราะห์น้ำทิ้งได้มาตรฐาน ทุกครั้ง ด้านกายภาพบริเวณบ่อบำบัดได้รับการดูแลให้มีความปลอดภัยและสวยงาม มีการ นำน้ำที่ผ่านการบำบัดมาใช้ซ้ำในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การรดน้ำต้นไม้, การล้างรถ refer, การ ล้างรถยนต์ของเจ้าหน้าที่ และการล้างถังขยะติดเชื้อ มีการนำกากตะกอนไปทำปุ๋ย

บทเรียนที่ได้รับ “ทีม” เป็นเรื่องสำคัญ จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำงานอย่างชัดเจน และ มีการกำกับ ติดตามของหัวหน้างานอย่างสม่ำเสมอ การนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพประจำ วันมาศึกษาแนวโน้ม ทำให้ทราบการทำงานของระบบว่าระบบยังคงทำงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพหรือไม่ โดยไม่ต้องรอให้ระบบล่ม การให้ความรู้จะทำให้เจ้าหน้าที่มีความ ตระหนักและรู้ตัวตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ระบบบำบัดดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## การควบคุมและเฝ้าระวังโรคจากการแกะสลักหิน ตำบลสูง แบบครบวงจรและยั่งยืน โรงพยาบาลพะเยา

ทีมงานประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากการแกะสลักหินซึ่งเป็นอาชีพหลักของชุมชน เก็บ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน นำเสนอหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและร่วมเป็นพี่เลี้ยงให้ กับชุมชนจนเกิดการเรียนรู้สามารถวางแผนพัฒนาระบบควบคุมและเฝ้าระวังโรคจากการ แกะสลักหินที่เกิดกับชุมชน เพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรค Silicosis และผู้ที่มีประสาหูเสื่อมจาก การทำงานรวมทั้งลดจำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

ผลจากการดำเนินการ พบผู้ป่วยโรค Silicosis ผู้ที่มีประสาหูเสื่อมจากการทำงาน และจำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานลดน้อยลง การพัฒนาระบบการควบคุมและ เฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพแบบครบวงจรและยั่งยืนเพื่อให้ชุมชนสืบสานผลงานล้ำค่า ของชุมชนให้อยู่ต่อไปโดยไม่กระทบต่อสุขภาพทุกคนในชุมชน

บทเรียนที่ได้รับ พลังสำคัญที่จะขับเคลื่อนปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ พลังของชุมชน และ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นกลาง จะทำให้พลังชุมชนเคลื่อนไปได้ถูกทิศทาง ครบวงจรและยั่งยืน

## การแก้ปัญหาสาหร่ายในเครื่องมือแพทย์

ทองปาน เจือกงาม และคณะ โรงพยาบาลแม่สอด

จากรายงานผลการเฝ้าระวังความเสี่ยงในโรงพยาบาล พบปัญหาสาหร่ายในเครื่องมือแพทย์ หลังทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการนึ่งไอน้ำ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ปี 2550 เป็นต้นมา งานจ่ายกลางและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้พยายามดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามปัจจัยที่คิดว่าน่าจะเกี่ยวข้อง เช่น ทบทวนและควบคุมกระบวนการล้างเครื่องมือ การทำให้แห้ง การเปลี่ยนสารเคมีที่ใช้ในการล้างเครื่องมือ การห่อเครื่องมือแพทย์ให้มีขนาดเล็กลง นำน้ำยากันสนิมมาใช้ เปลี่ยนเครื่องมือชุดใหม่ เพิ่มรอบการล้างเครื่องหนึ่งจากทุกสัปดาห์เป็นทุกวัน เปลี่ยนระบบท่อประปา ตรวจสอบเช็คคุณภาพน้ำและระบบการกรองน้ำที่ใช้ในการนึ่ง ผลปรากฏว่าปัญหาสาหร่ายมักหายไปชั่วคราวและกลับมาพบใหม่

เดือนพฤษภาคม 2551 การเกิดสนิมขยายวงกว้างไปในเครื่องมือผ่าตัดสำคัญหลายชนิด ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเหนื่อยล้าและเครียดจากการได้รับข้อร้องเรียน จึงนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและศูนย์พัฒนาคุณภาพ จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข ฝ่ายช่างที่ดูแลเครื่องนึ่งไอน้ำ และเจ้าหน้าที่งานจ่ายกลาง ร่วมกันค้นหาสาเหตุและกำหนดแนวทางแก้ไข ทีมงานได้ค้นหาสาเหตุการเกิดสนิมในเครื่องมือแพทย์หลังการทำให้ปราศจากเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2551-มิถุนายน 2551 โดยใช้วิธีการตามรอย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทดลองพบว่าเครื่องมือที่หนึ่งด้วยเครื่องนึ่งชนิดเครื่องดูดสุญญากาศเกิดสนิมน้อยกว่าเครื่องชนิดแทนที่อากาศ

ผลการดำเนินการพบว่า การเกิดสนิมสามารถตรวจพบได้ทันทีที่นำเครื่องมือออกจากเครื่องนึ่ง และการเกิดสนิมมักพบมากในช่วงที่น้ำประปาไม่ไหล การใช้ผงฟอกขาวในกระบวนการซักผ้าและตากในผ้าห่อเครื่องมือแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสาหร่ายในเครื่องมือแพทย์ครั้งนี้และการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งแต่ละวิชาชีพจะมีความแตกต่างกันในความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ตลอดจนช่วยกันกรองสังเคราะห์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการ คู่มือ หรือเอกสารวิชาการต่างๆ นำมากำหนดแนวทางปฏิบัติ ทำให้การแก้ปัญหาดังนี้สำเร็จในที่สุด

**A3K-A4K**

**การดูแลผู้ป่วยประกอบจาก “ใจ” สู่ “ใจ”**



10 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 16 (K)

เครือข่ายพุทธิกาและเครือข่ายการช่วยเหลือในระยะสุดท้าย

**B1K-B2K** **อีทีศ ตั้งเป้า เร่งเข้าพัฒนา DM (รอบที่ 1)**

11 มีนาคม 2553 เวลา 08.30-12.00 น. ห้อง Jupiter 16 (K)

**B3K-B4K** **อีทีศ ตั้งเป้า เร่งเข้าพัฒนา DM (รอบที่ 2)**

11 มีนาคม 2553 เวลา 13.00-16.30 น. ห้อง Jupiter 16 (K)

นพ.สมเกียรติ โภชสิทธิ์	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
วรรณุต อรุณรัตน์โชติ	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
ทันสมัย รสจันทร์	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
รุจิรา สัมมะสุด	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
วิยดา แสงดี	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
ถวนันท์ สัจจเจริญพงษ์	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
สุกัญญา ยศไทย	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
ศิริธร มาหิรัญ	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
ทัศนีย์ ทองประสม	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล

ผู้เข้าประชุมจะได้รู้จักขั้นตอนการเก็บตัวชีวิต TCEN DM ของโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โดยร่วมเรียนรู้วิธีการเก็บข้อมูลผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ จากวิทยากรนักปฏิบัติตัวจริง โปรแกรม excel ที่นำมาใช้นี้สามารถลดเวลาการคำนวณผลจาก 60 นาที เหลือเพียง 1 นาที และได้เรียนรู้วิธีการนำข้อมูลตัวชีวิตที่เก็บได้ไปต่อยอดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การส่งตรวจภาวะแทรกซ้อน การควบคุมระดับน้ำตาล การให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้เรียนรู้วิธีการบริการอาหารให้กับผู้ป่วยเบาหวานจากทีมนักกำหนดอาหารที่มีความเชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียลด้วย

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ สถาบันบาราศนราดูร (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การป้องกันการจมน้ำตายหน้าประตูฝาย

โรงพยาบาลน่าน

ทีมงานได้ศึกษาถึงปัจจัยการเสียชีวิตด้วยสาเหตุภายนอกในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และมีการนำข้อมูลพิเคราะห์สาเหตุการตายซึ่งดำเนินงานโดยทีมที่ประกอบไปด้วยกุมารแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มาประชุมร่วมกับชุมชน เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลลวอน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

ชุมชนได้เสนอแนวทางป้องกันการเกิดเหตุซ้ำซ้อนโดยจัดทำป้ายกันบริเวณหน้าประตูฝายกันน้ำ และทางองค์การบริหารส่วนตำบลรับเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านงบประมาณและกฎหมาย

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในการทำป้ายเตือนที่เป็นข้อความกึ่งใจที่บริเวณฝายเก็บน้ำ จัดทำป้ายวิธีช่วยเหลือคนจมน้ำพร้อมทั้งอุปกรณ์การช่วยเหลือประกอบด้วยเชือก ห่วงยาง และนกหวีด ติดไว้บริเวณแหล่งน้ำเกิดเหตุ

มีการขยายเครือข่ายการดำเนินงานโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในการเก็บข้อมูลพิเคราะห์เหตุการณ์ตายในเด็ก อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลทั้งจังหวัดเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุในเด็ก การป้องกัน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและผลักดันให้มีการทำงานร่วมกันของหลายองค์กรในจังหวัดน่าน

จากการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ส่งผลให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยจากการจมน้ำ และยังไม่พบเหตุการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำในบริเวณฝายเก็บน้ำตำบลลวอน

บทเรียนที่ได้รับ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ต้องให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงจึงจะสามารถบังเกิดผลสำเร็จได้

## การพัฒนาเพื่อการเข้าถึงระบบ EMS

ปารีชาติ วันละ

โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

จากปัญหาเดิมมีผู้เข้าถึงระบบบริการ EMS น้อย และการบริการส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะการตั้งรับ ขาดการประสานงานที่เป็นระบบกับภาคส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่ในเขตอำเภอสองค่อนข้างห่างไกลจากโรงพยาบาล การคมนาคมไม่ค่อยสะดวกเนื่องจากอยู่ไกลและไม่มีรถ บางรายไม่มีเงินในการจ้างเหมารถเพื่อส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพบว่ามี การเสียชีวิตขณะอยู่ที่บ้าน ขณะรอรถ ขณะนำส่งโรงพยาบาล บางรายมีภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงตามมา เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ EMS ได้มากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตจากการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้อง

มีการทบทวนระบบบริการ EMS เดิม พัฒนาบุคลากรโดยอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยตามมาตรฐาน EMS และอบรม FR แก่เจ้าหน้าที่ในภาคส่วนท้องถิ่นให้มีความรู้ในระบบ EMS ได้ถูกต้อง ปรับปรุงระบบงาน โดยปรับคณะกรรมการดำเนินงาน EMS ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล/ชุมชนผ่านเสียงตามสาย แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน สติกเกอร์เบอร์โทรสายด่วน 1669 ประสานงาน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อวางระบบให้มีการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสนับสนุนรถ ambulance ให้กับชุมชนเพื่อใช้ในระบบ EMS โดยใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบำรุงรักษาและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าตอบแทน และค่าน้ำมัน

ผลลัพธ์ตั้งแต่ปี 2549 มีจำนวนผู้รับบริการ EMS เพิ่มขึ้นตามลำดับ อัตราคุณภาพให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามเกณฑ์ 98% ได้รับรางวัลชนะเลิศการเข้าถึงระบบ EMS ของประชาชนมากที่สุดในจังหวัดแพร่ ปี 2552

บทเรียนที่ได้รับ การเข้าถึงบริการ EMS สามารถช่วยลดการบาดเจ็บและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันท่วงที การทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคส่วนท้องถิ่นช่วยให้ระบบ EMS มีความครอบคลุมเป็นระบบมากขึ้น และชุมชนมีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม

## การลดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดอุบัติเหตุด้วยเครือข่ายกู้ชีพ

อรัญญา แสงสีนาม

โรงพยาบาลกะเปอร์

โรงพยาบาลกะเปอร์ ได้ทำการเก็บข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุหมู่ และผู้บาดเจ็บที่เกิดในพื้นที่อำเภอกะเปอร์ พบว่าผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ (98%) ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยพลเมืองดี โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง อันเนื่องมาจากผู้นำส่งขาดความรู้ และทักษะในการให้การช่วยเหลือ

โรงพยาบาลกะเปอร์ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแลให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอกะเปอร์มีความปลอดภัย ได้รับการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง จึงได้จัดทำโครงการ “ชาวกะเปอร์ห่วงใยชีวิตเพื่อพิชิตอุบัติเหตุ” ขึ้น โดยมีกิจกรรมต่างๆ อาทิเช่น จัดการอบรมให้กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตความรับผิดชอบ พร้อมทั้งมีการประเมิน และติดตามทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ทุกๆ ปี จัดอบรมให้กับผู้นำชุมชน อบต. อสม. ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง และนักเรียน เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การซ้อมแผนอุบัติเหตุทุกระดับอำเภอ โดยมีผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมการประเมินทุกปี และมีการปรับแผนใหม่โดยจัดอบรมให้ปีละ 2 ครั้ง

หลังจากมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี พบว่ามีผู้ให้การปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้องคิดเป็น 25% และมีแผนที่จะพัฒนาการลดภาวะแทรกซ้อนหลังอุบัติเหตุด้วยเครือข่ายกู้ชีพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

## Trauma Audit

PCT Trauma

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ศูนย์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ทำการทบทวนประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับบริการ พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่มีโอกาสรอดชีวิตถึง 75% ที่ต้องเสียชีวิต ดังข้อมูล ปี 1964 มีผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตจำนวน 950 คน โดยในจำนวนนี้พบว่า 11% มี pitfall of diagnosis, 7% มี pitfall of treatment และ 12% มี pitfall of diagnosis and treatment และในปี 1972 ผู้ป่วยบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวน 33 คน สัมพันธ์กับ abdominal injury, 17 คนเสียชีวิตเนื่องจาก delayed operation และ delay of shock intervention ทำให้ทีมผู้ดูแลต้องค้นหาสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการจัดตั้งทีมทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บเพื่อนำจุดอ่อนหรือปัญหามาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บให้มีคุณภาพมากที่สุด

ทีมสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้มากขึ้น และเปรียบเทียบผลการรักษากับมาตรฐานได้ ส่งผลให้อัตราตายและ preventable death ลดลง ดังตาราง

ปี พ.ศ.	อัตราการตาย	Non preventable Death (%)	Potential Preventable Death (%)	Preventable Death (%)
2551	6.33	4.94	1.07	0.32
2552	4.63	3.32	1.05	0.26



พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ สถาบันบำราศนราดูร (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## ส่งหัวใจใส่สมอง

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่

จากสถิติข้อมูลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 – 2551 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง เป็นกลุ่มหลอดเลือดสมองผิดปกติ และเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยทุกรายใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ VAP และแผลกดทับ โดยมี ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะพร่องโภชนาการเป็นปัจจัยส่งเสริม ส่วนหนึ่งมีความพิการหลงเหลือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและครอบครัว

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทร่วมกับทีมสุขภาพ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในเรื่อง 1) โครงการลด VAP 2) โครงการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 3) กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง และ 4) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเกิดจากวัฒนธรรมคุณภาพของบุคลากร ความมุ่งมั่นเพื่อผู้ป่วยและครอบครัว การยืดหยุ่นที่ปรับเปลี่ยนตามบริบท การเรียนรู้พลังในตนเอง และพลังของกลุ่ม/ทีมงานก่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่จะสร้างสรรค์งาน การจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การมีระบบการวางแผนจำหน่ายที่ดี รวมถึงการให้คุณค่ากับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผลลัพธ์ที่หล่อเลี้ยงทีมให้มีหัวใจในการดูแลผู้ป่วยสมองอย่างมีคุณภาพต่อไป การใส่ใจของทีมสุขภาพและครอบครัวโดยเน้นการดูแลทุกๆ ระยะอย่างละเอียดและต่อเนื่องเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่พึ่งตนเองไม่ได้

## การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลอุดรธานี

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มงานอายุรกรรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากโรคเบาหวาน หัวใจ และติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2548-2550 ไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผลกระทบจากโรคในระยะสั้นจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการเคลื่อนไหว การรับรู้และความรู้สึกนึกคิด การกลืนอาหาร การสื่อสาร และการควบคุมการขับถ่าย ส่วนผลกระทบระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ การติดเชื้อของทางเดินหายใจ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

ก่อนการพัฒนาในปี 2547 พบว่ามี re-admission สูงมากเพราะยังไม่มี การส่ง home health care (HHC) ไม่มีระบบและการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่ปี 2548 มีการวางระบบที่ชัดเจนมากขึ้น ผลลัพธ์เริ่มดีขึ้น แต่ยังไม่ดีพอจากการปฏิบัติยังไม่เต็มที่ บุคลากรขาดความเข้าใจ สหวิชาชีพมีส่วนร่วมน้อย มีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาบุคลากร มีการจัดตั้งทีมงานที่รับผิดชอบเรื่องการวางแผนจำหน่ายและ HHC ในแต่ละหอผู้ป่วยทำให้ผลลัพธ์เริ่มดีขึ้น ในปี 2550 มีการจัดตั้งหน่วยงาน HHC ขึ้นและมีการติดตามงานประเมินงานอย่างสม่ำเสมอ ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมมากขึ้น นักโภชนากรจัดให้ความรู้ เรื่องการทำอาหาร นักกายภาพมีระบบ home program และในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนมีการทำ C3THER โดยให้ชุมชนมารับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เพราะระบบไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็น case re-admission มาจากนอกเขตรับผิดชอบ

บทเรียนที่ได้รับ การจัดตั้งทีมพัฒนาในโรคหลักของอายุรกรรมทำให้บุคลากรได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม มีความรู้เฉพาะด้านมากขึ้น และสามารถดึงศักยภาพของทีมสหวิชาชีพออกมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล การให้ชุมชนและผู้ดูแลมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่เพื่อลดภาระงานของหน่วยบริการ และเหนือสิ่งอื่นใดผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

## เหตุเกิดจาก CVA

โรงพยาบาลควนโดน

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยรายที่เป็นอัมพาตอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องนอนอยู่กับที่มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานโดยที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือฟื้นฟูให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองได้เลย พบว่า สาเหตุสำคัญคือการค้นพบช้าเกินไปซึ่งสิ่งที่ทำได้ก็คือให้การดูแลเพื่อประทังชีวิตของเขาเท่านั้น ทีมผู้ให้การดูแลรักษาจึงใช้เหตุการณ์นี้มาพัฒนากระบวนการดูแลรักษา โดยการพัฒนาในช่วงแรกเป็นการค้นหาผู้ป่วย CVA ในชุมชนและทำการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้วิธีกายภาพบำบัดแบบภูมิปัญญาชาวบ้านและการแพทย์แผนไทย ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการอัมพฤกษ์และสามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ระยะต่อมามีการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับทีม home health care โดยการเข้าไปแนะนำถึงวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การบริหารร่างกาย รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ จนแน่ใจว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้

ผลจากการเฝ้าระวัง พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในเรื่องของ BMI ทำให้โรงพยาบาลได้จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงจากการคัดกรอง ตัวแทนชุมชน และตัวแทนผู้ป่วยในคลินิกความดันและเบาหวาน จึงมีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายขึ้นในหมู่บ้าน ให้ความรู้เรื่องการเลือกบริโภค และทำวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคในชุมชน ซึ่งได้นำผลการวิจัยนี้ไปจัดตั้งโครงการร้านน้ำชาเพื่อสุขภาพ ผลจากการดำเนินการพัฒนาดังกล่าว ทำให้ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากยังพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนค่อนข้างมาก การพัฒนาจะต้องอาศัยเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือมากขึ้น

## การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Seamless Stroke Care in Hatyai Hospital and Network)

นพ.เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, ภรณิกา อังกูรและคณะ      โรงพยาบาลหาดใหญ่

ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการพัฒนา พบว่าการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ซึ่งแต่ละทีมจะดูแลผู้ป่วยแบบ “ต่างคนต่างทำ” ตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ consult แต่ละทีมไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและไม่มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ต่อมาได้แนะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคมาใช้ โดยการสร้างทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมมือกัน

ทำงานโดยไม่เงื่อนไขและมีเป้าหมายเดียวกัน คือ patient focus ได้จัดทำ clinical practice guideline ระบบ stroke fast track กำหนดบทบาทของทีมให้ปฏิบัติตามแผนและ การติดตาม ประเมินผล ประชุมทบทวนหาแนวทางแก้ไข และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความร่วมมือของ โรงพยาบาลหาดใหญ่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจังหวัดสงขลาจัดโครงการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร จัดประชุมเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล คณะทำงานเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนความรู้ เป็นพี่เลี้ยง ตั้งทีมเพื่อน ช่วยเพื่อน ให้คู่มือและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินผลความก้าวหน้า ให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการดำเนินงานมีการดำเนินงาน

ปัจจัยของความสำเร็จ คือ 1) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) ต้องมีความรู้ในการจัดทำเอกสารใช้ในการดูแลผู้ป่วย 2) การระดมความคิดของทุกคนในทีมในการจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การประสานงานและการสื่อสารที่มีคุณภาพ จะทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่ต้องการและรวดเร็ว 4) ความสุขจากการทำงาน เป็นทีมต้องใช้สหสาขาวิชาชีพมาร่วมกันแก้ไขปัญหาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5) การติดตามดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน และเข้าสู่ชุมชนด้วยความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มแข็ง

ชณิภาดา ชินอุดมพงศ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (ผู้ดำเนินการอภิปราย)

## การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

โรงพยาบาลปากพะยูน

ทีมงานได้พัฒนาระบบบริการในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคหอบหืด ได้รับการดูแลต่อเนือง ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน home health care (HHC) ทำหน้าที่ประสานงาน สนับสนุน อุปกรณ์ที่จำเป็นและเอกสารแผ่นพับแก่เครือข่าย ให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและสถานบริการในเครือข่าย จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่บ้าน ฝึกอบรมการทำหัตถการที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย จัดทำเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการดูแลต่อเนือง รวมทั้งการสำรวจและติดตามการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่ไม่มีคนดูแล ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

สิ่งที่ทีมงานใช้ติดตามคือการดูแลต่อเนืองในกลุ่มเป้าหมาย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการรับไว้รักษาซ้ำ ความพึงพอใจ

โอกาสพัฒนาในขั้นต่อไปคือการให้แกนนำชุมชนและอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือกันโดยเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง การจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับกลุ่มที่ยากลำบากในการมาโรงพยาบาล การสร้างเครือข่ายญาติผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

## การวางแผนจำหน่ายภายใต้สถานการณ์วิกฤติ

โรงพยาบาลรามัน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้านได้อย่างมีความสุข โรงพยาบาลรามันจึงได้จัดตั้งทีม home health care (HHC) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายแบบทีมสหวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเน้นให้ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลจากครอบครัวในสภาวะที่เหมาะสม และญาติสามารถให้การพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยได้ และเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ขั้นตอนในการดำเนินการ ประกอบด้วย การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ เช่น กำหนดกลุ่มเป้าหมายตามโรค หรือตาม ลักษณะปัญหาของผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้กระบวนการ C3THER และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จัดทีม HHC ในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน พร้อมทั้งประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ ญาติ จนกว่าจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อัตราที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้อง ได้รับความช่วยเหลือมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอัตราความรู้ความเข้าใจในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยและญาติที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน สำหรับอัตราการเยี่ยมบ้านตามข้อบ่งชี้ จะพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้น และสามารถลดอัตราการ admit และ re-admit ภายใน 28 วัน ใน กลุ่มเป้าหมาย อัตราที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงในช่วงปี 2550 นี้ เนื่องจากทีมได้มีการปรับกลยุทธ์ ในการเยี่ยมบ้านโดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายในดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

## การชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยที่ยืนหรือนั่งไม่ได้

พล.อ.ต.วิบูลย์ ตระกูลสุนัน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

พล.อ.ต.วิบูลย์ ตระกูลสุนัน ร่วมกับแผนกวิศวกรรม หน่วยโภชนบำบัด โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช ได้ทำการศึกษาเครื่องชั่ง OR โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ชั่งน้ำหนักสำหรับ ผู้ป่วยที่ยืนหรือนั่งไม่ได้ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 สอบเทียบมาตรฐานของเครื่องชั่งน้ำหนัก OR กับ เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดยืน ทั่วไป

ขั้นที่ 2 เปรียบเทียบการชั่งน้ำหนักของอาสาสมัคร 25 คน ในทำยืน ได้ผลว่าเครื่องชั่ง ทั่วไป และ OR แตกต่างกัน 0.0 - 0.5 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.22 กิโลกรัม

ขั้นที่ 3 ใช้เครื่องชั่ง OR ชั่งน้ำหนักเตียงเปล่าพร้อมอุปกรณ์ประจำ จำนวน 19 เตียง โดยแต่ละเตียงจะชั่ง 3 ครั้ง เพื่อดูความเบี่ยงเบนของน้ำหนักที่ได้ ปรากฏว่าการชั่งทั้ง 3 ครั้ง ได้ค่าอยู่ที่ 0.0-0.3 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ย 0.12 กิโลกรัม

ขั้นที่ 4 ชั่งน้ำหนักเตียงและอาสาสมัครนอนบนเตียงโดยใช้เครื่องชั่ง OR จำนวน 25 ราย ชั่ง 3 ครั้ง ได้น้ำหนักต่ำสุด-สูงสุด ซึ่งมีค่าเบี่ยงเบน 0.0-0.2 กิโลกรัม

ชั้นที่ 5 นำเครื่องชั่ง OR ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยในท่านอนพร้อมเตียง จำนวน 49 ราย ชั่ง 3 ครั้ง แล้วเฉลี่ย ได้ค่าต่ำสุด-สูงสุด ซึ่งมีค่าเบี่ยงเบน 0.0-0.2 กิโลกรัม

ชั้นที่ 6 ติดตามผู้ป่วยในชั้นที่ 5 โดยชั่งทุกวัน เว้นวันหยุด และเปรียบเทียบกับสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ หรือเสียชีวิตจากตัวผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า เครื่องชั่ง OR สามารถใช้ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยในท่านอนได้ด้วย โดยมีข้อดีคือ ใช้งานง่าย เคลื่อนที่ได้คล่องแคล่ว ใช้บุคลากรน้อย ไม่รบกวนผู้ป่วย หรือกระบวนการรักษาพยาบาล ราคาไม่แพง และสามารถดัดแปลงให้ยื่นหรือนั่งชั่งน้ำหนักตัวได้อีกด้วย

## ใจทาบใจ แก้ไขปัญหาแม่หนี้ยิ่ง

มนต์ธิกาญ คุณวานาภรณ์

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

จากสถิติของหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า ปี 2537 มีแม่ท้อง 5 คน, ปี 2538 มีแม่ท้อง 8 คน, ปี 2539 มีเด็กถูกแม่ท้อง 10 คน และในปี 2540 มีแม่ท้อง 14 คน ทีมพยาบาลเห็นว่าปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงระดมความคิดเพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์นี้ โดยตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาการให้คำปรึกษาในงานอนามัยแม่และเด็กในองค์กร เพื่อสามารถให้การปรึกษาและให้ความรู้ ให้ข้อมูลเรื่องการวางแผนครอบครัว การแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอย่างเหมาะสม ป้องกันการทำแท้งเถื่อน และป้องกันปัญหาแม่หนี้ยิ่งลูก

จากความเชื่อที่ว่าไม่มีแม่คนไหนในโลกนี้ ที่อยากจะทำแท้งหรืออยากท้องลูก แต่เพราะเขาหาทางออกไม่เจอ ไม่มีใครช่วยจุดไฟในใจเขา เขาจึงได้ตัดสินใจทำอย่างนั้น เกิดการสนับสนุนให้ทีมงานทุกคนเข้ารับการอบรมในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา และจากการมีต้นแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดี คอยช่วยเหลือ ชี้แนะ แก้ไข ส่งผลให้พยาบาลทุกคนสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ได้ทั้งทีม และจากการนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (sad score) ของกรมสุขภาพจิต มาใช้ในการประเมิน เพื่อค้นหาและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและป้องกันการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อความปลอดภัยของแม่และลูกที่ดูแลอยู่ ภายใต้คติประจำใจที่ว่า “ลูกของเขา ต้องยิ่งกว่าลูกของเรา”

เพื่อป้องกันปัญหาการท้องลูก ทำให้หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดมีการประสานกับหลายๆ หน่วยงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ที่ประสานการดูแลทั้งแม่และลูก หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐบาล (ได้แก่ บ้านสองแคว, บ้านพักเด็กและครอบครัว จังหวัดพิษณุโลก ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

รวมทั้งองค์กรเอกชน (บ้านร่มพระคุณ และมูลนิธิสายธารพระพร) ทำให้แม่มีโอกาสนั่งดูลูกอย่างสนใจ และลดปัญหาเด็กกำพร้าได้จำนวนหนึ่ง

จากความมุ่งมั่นของทีมในการใช้ “ใจทาบาใจ” ก็บังเกิดผลสัมฤทธิ์ นับตั้งแต่ ปี 2547 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ไม่พบมีแม่ในความดูแลของทีม ที่หนีทิ้งลูกอีกเลย ซึ่งนับเป็นความภาคภูมิใจของทีมงานที่ประสบความสำเร็จเป็น โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง

บทเรียนที่ได้รับมีคุณค่าต่อจิตใจ พัฒนาจิตวิญญาณให้สูงขึ้น รู้จักรัก รู้จักให้และเข้าใจผู้อื่นโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ไม่มีคำตอบแทน ไม่มีวันหยุดเพิ่ม ได้รับรู้ถึงความเป็นหนึ่งเดียวกันของทีม ที่สำคัญมองเห็นถึงความเอื้อเฟื้อ ความมุ่งมั่น ความตั้งใจจริง ของหลายหน่วยงาน นับตั้งแต่ ANC และห้องคลอด ที่คัดกรองปัญหาและส่งต่อตั้งแต่เริ่มแรก ความใส่ใจของจิตแพทย์ ความจริงใจของนักสังคมสงเคราะห์ที่พยายามช่วยเหลือ ความร่วมมือและเอื้ออาทรของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ช่วยเป็นแรงใจ ช่วยเชียร์ให้แม่รักและผูกพันกับลูก





## HA Clinic

10 มีนาคม 2553	13.00-14.30 น.	A3L	Living Service Profile
	15.00-16.30 น.	A4L	คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก: จาก AE สู่ VSM
11 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	B1L	การตามรอยทางคลินิก
	10.30-12.00 น.	B2L	การตามรอยระบบงานสนับสนุน
	13.00-14.30 น.	B3L	6 เส้นทาง บนพื้นที่การพัฒนา 4 วง
	15.00-15.45 น.	B4La	ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพอิงการวิจัย
	15.45-16.30 น.	B4Lb	ความสุขบนมือของผู้ให้
12 มีนาคม 2553	08.30-10.00 น.	C1L	Overall Scoring กับงานประจำ
	10.30-12.00 น.	C2L	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพแบบเรียบง่าย
	13.00-14.30 น.	C3L	Human Resource Management

ทพ.ไพรัช กวประเสริฐ	โรงพยาบาลบางมูลนาก
เรวดี ศิรินคร	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อภากร สุปัญญา	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

### Living Service Profile

การประเมินตนเองที่มีคุณค่าคือการประเมินตนเองด้วยความมุ่งหมายอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ (1) การทำให้ได้ทบทวนตนเองและเห็นโอกาสพัฒนา (2) การสรุปผลการพัฒนาและบันทึกในแบบประเมินตนเอง และ (3) การได้ใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสื่อสารแนวคิดและผลการพัฒนาให้บุคคลภายนอกได้รับรู้ และเกิดการเรียนรู้ในวงกว้าง

จากประสบการณ์ในฐานะผู้เยี่ยมชมสำรวจของ สรพ. ที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ได้พบว่าการประเมินตนเองกลายเป็นภาระที่ต้องทำ ส่งผลให้ไม่เกิดการใช้ประโยชน์จากการประเมินเท่าที่ควร จึงได้นำบทเรียนการประเมินตนเองและการเขียน service profile มาเรียนรู้ร่วมกันอีกครั้งผ่านมุมมองของผู้เยี่ยมชมและผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาล ซึ่งจะมาบอกเล่าบทเรียนที่ผ่านมามีว่าจะสามารถทำให้ผู้คนในโรงพยาบาลได้เรียนรู้ที่จะใช้แบบประเมินตนเองเพื่อประโยชน์ในการทำงานอย่างแท้จริงได้อย่างไร

Service profile เป็นเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ วางแผน ติดตาม และบันทึกผลการพัฒนาในระดับหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยในการกำกับทิศทางในการทำงานและการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักขององค์กร เป็นทั้งเครื่องมือในการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา และประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนา

การใช้ประโยชน์จาก service profile ควรทำความเข้าใจในแนวคิด 3P (purpose-process-performance) ใช้ 3P ในงานประจำของแต่ละคน และมองให้ออกว่า service profile ก็คือ 3P ในระดับหน่วยงาน ที่ควรจะหมั่นทบทวนกันเป็นระยะ ทำความเข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งของแต่ละองค์ประกอบและมองให้เห็นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบเหล่านั้น

ตัวอย่างเช่น เมื่อพูดถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เราควรทำความเข้าใจว่า (1) ทำไมเรา ต้องสนใจเรื่องนี้ (2) เรารับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานมาได้อย่างไร ด้วยการคิดฝันเอาเองหรือเข้าไปรับรู้โดยตรง (3) ความต้องการที่เราได้มานั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณค่าในส่วนลึกที่สุดหรือยัง (4) เราได้นำความต้องการเหล่านั้นมาตอบสนอง

อย่างไร (5) เราติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร

ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เข้าไปเชื่อมโยงกับอะไรบ้างใน service profile มีปรากฏอยู่ในประเด็นสำคัญคุณภาพ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด แผนการพัฒนาคุณภาพ หรือไม่ หากสามารถทำได้แบบนี้ service profile จะมีชีวิตชีวา มีความหมายกับการทำงาน มีใช้อยู่แต่ในเพียงกระดาษ ซึ่งกลายเป็นภาระ

การมีรูปแบบของการจัดทำ service profile เป็นเสมือนแนวทางชี้้นำให้เราเริ่มต้นได้ง่ายขึ้น รูปแบบอาจจะมีหลากหลาย แต่ต้องไม่ทิ้งแก่นแท้ของความมุ่งหมายของ service profile เมื่อทำไปแล้ว เราก็สามารถพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับตัวเราขึ้นมา อาจจะผสมผสานหลายหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน

ความทุกข์ใจกับการเห็นรูปแบบที่เปลี่ยนไป สะท้อนถึงความไม่เข้าใจในแก่นสารของเรื่องนั้น

## ประสบการณ์ของโรงพยาบาลบางมูลนาก

---

ทพ.ไพรัช กาวประเสริฐ สรุปรบทเรียนไว้อย่างน่าสนใจว่า โรงพยาบาลบางมูลนากเขียนตามรูปแบบทุก version ตั้งแต่ ปี 2542 ถึงปัจจุบัน ที่ทีมงานได้เรียนรู้ว่าแบบประเมินตนเองเปลี่ยนเพียงรูปแบบการเขียน แต่หลักการเหมือนเดิม การตั้งต้นว่า “เราได้ประโยชน์อะไรจากการเขียน service profile” เราจะไม่สนใจการเปลี่ยนแปลงแต่สนใจว่า “การเปลี่ยนแปลงแต่ละครั้ง เราได้เรียนรู้อะไร” ในวันนี้โรงพยาบาลมีรูปแบบ service profile ของตัวเองที่เราจะใช้เพื่อประโยชน์ในการทำงานของหน่วยงาน นำเสนอผลงานประจำปีของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เพื่อให้กรรมการบริหารโรงพยาบาลได้รับรู้และช่วยเสนอความคิดเห็นในการพัฒนากำหนดเป็นแผนพัฒนาคุณภาพในปีต่อไป

การเขียน service profile ของโรงพยาบาลบางมูลนากพัฒนามาจากแบบฟอร์มของ สรพ. ที่เป็น powerpoint presentation ซึ่งข้อดีคือการนำเสนอมีความกระชับ ไม่สามารถบรรยายเรื่องที่อาจไม่สำคัญแต่ถูกบังคับให้เลือกเฉพาะประเด็นที่สำคัญที่สุดพร้อมนำเสนอได้ทันที และนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ง่าย ทำให้เข้าใจสถานการณ์คุณภาพของหน่วยงานได้เร็วขึ้นและเชื่อมโยงกับงานประจำ ในส่วนการวิเคราะห์กระบวนการหลักนั้น โรงพยาบาลใช้แนวคิดของ “มาตรฐานบริการสาธารณสุข” ว่าในแต่ละกระบวนการที่เราทำงานต้องสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ สิ่งที่มีคุณค่าคือ “สิ่งส่งมอบ” ที่เรามอบให้กับผู้ป่วย ทำให้เราวิเคราะห์ความเสี่ยง และตัวชี้วัดได้ตรงประเด็น นำคุณภาพไปสู่ผู้ป่วย

ได้อย่างแท้จริง

ส่วนกิจกรรมทบทวนนั้นใช้แนวคิด “ทุกครั้งที่เราทำงานเราควรตรวจสอบผลงานของเรา” (check ในวงจร PDCA) ถ้าหากเกิดปัญหาก็ต้องทำให้ประจักษ์แจ้งว่าปัญหาคืออะไร อะไรคือสาเหตุแห่งปัญหา จะให้ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร จึงหมดปัญหาเพื่อนำไปสู่การ action ต่อไป ไม่สำคัญว่าการทบทวนนั้นเป็นเรื่องใดใน 12 กิจกรรมทบทวน การกำหนดให้มี 12 กิจกรรมทบทวนเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของการดักจับปัญหาต่าง ๆ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สุรัสวดี สุพรรณพงศ์ โรงพยาบาลปิยะเวท

การดูแลผู้ป่วยเป็นงานหลักของสถานพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพได้มาจากความใส่ใจและการเรียนรู้ตามแนวทางต่อไปนี้

1. ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันทบทวน
2. ผลการพูดคุยและทบทวน ทำให้เห็นปัญหาหรือโอกาสพัฒนา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event – AE) เป็นปัญหาสำคัญที่ควรนำมาทบทวนเพื่อเรียนรู้และป้องกัน ชั้นตอนง่าย ๆ 3 ชั้นเพื่อนำไปสู่การป้องกันได้แก่ การวิเคราะห์จุดเปลี่ยน การฟังผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) และการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก (ใช้แนวคิด human factor engineering)
3. วางตาข่ายดักจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาเรียนรู้ให้ถี่เข้าไว้ โดยอาศัยกิจกรรมทบทวนคุณภาพ การรายงานอุบัติการณ์ และการใช้ trigger tools ทั้งสามวิธีสามารถทำให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่หน้างานหรือฝังอยู่ในงานประจำได้
4. เลือกกลุ่มโรคที่น่าสนใจขึ้นมาวิเคราะห์และตามรอย (clinical tracer) ใน 4 ด้าน คือ กระบวนการดูแล กระบวนการพัฒนา ระบบที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์หรือตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นสำคัญของการดูแล
5. ดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่พบ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาต่างๆ ซ้อนเข้าไปบน process map หรือ value stream mapping (VSM) ของโรคนั้นๆ ได้แก่ การขจัดความสูญเปล่าและการรอคอย การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การป้องกัน การใช้มาตรฐานวิชาชีพและข้อกำหนดต่างๆ การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณ ไปจนถึงการศึกษาวิเคราะห์และการพัฒนาที่ซับซ้อน เช่น six sigma หรือ R2R ในบางประเด็น

แนวทางที่กล่าวมานี้เป็นเส้นทางเดินที่เป็นธรรมชาติที่สุด มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องอย่างเป็นตรรกะ ส่งผลสะท้อนให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างลัดสั้นที่สุด และเกิดผลกระทบมากที่สุด



ผ่องพรรณ ธนา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

นิตยา ประพันธ์ศิริ

โรงพยาบาลตากสิน

การตามรอยทางคลินิกมี 2 ลักษณะ คือ (1) สิ่งที่ สรพ. เรียกว่า clinical tracer ซึ่งหมายถึงการทบทวน การวิเคราะห์ การตามไปดู คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งในภาพรวม เป็นการศึกษากลุ่มผู้ป่วยทั้งกลุ่ม (2) การติดตามเส้นทางการดูแลผู้ป่วยที่มีตัวตนเพื่อดูว่าแต่ละจุดที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้น คำนี้ถึงประเด็นคุณภาพต่างๆ อย่างเหมาะสมหรือไม่ เป็นเทคนิคที่ JCI เรียกว่า individual patient tracer หรือเป็นส่วนของการตามรอย patient care process ที่ไปสัมผัสของจริง ใน clinical tracer ของ สรพ.

Clinical tracer ควรครอบคลุมทั้ง (1) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะใช้วิธีการ “คุยกันเล่น เห็นของจริง อิงการวิจัย” ได้ (2) ระบบสำคัญที่เกี่ยวข้องหรือจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน สามารถใช้วิธีการ “คุยกันเล่น เห็นของจริง อิงการวิจัย” ได้เช่นกัน (3) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ มองย้อนกลับไปว่าเราพัฒนาคุณภาพกันมาด้วยแนวคิดและเครื่องมืออะไรบ้าง มีอะไรที่ยังไม่ได้ใช้ และควรจะนำมาใช้หรือไม่ เราอาจจะพิจารณาเครื่องมือและแนวคิดเป็นคู่ๆ เช่น evidence-based กับ spirituality, การเรียนรู้จากเหตุร้าย กับ การเรียนรู้จาก best practice, การทำงานเป็นทีม กับ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคน/แต่ละสาขา, การแก้ปัญหา กับ การสร้างนวัตกรรม (4) การติดตามตัวชี้วัด ทั้งในส่วนที่เป็น process indicator และ outcome indicator

### ประสบการณ์ของโรงพยาบาลตากสิน

จากประสบการณ์การตามรอยทางคลินิกของโรงพยาบาลตากสิน ได้ใช้วิธีคุยกันอย่างง่ายๆ ในประเด็นที่สำคัญของกลุ่มโรคที่ทีมการดูแลผู้ป่วยเลือกมาตามรอย เน้นการตั้งคำถามเจาะลึกเชิงวิพากษ์ เพื่อให้ทีมได้ค้นหาจุดเด่น จุดอ่อน ความท้าทายหรือโอกาสพัฒนาในการดูแลและนำมาพัฒนาให้การดูแลที่ดีขึ้นไปอีก การทำเช่นนี้ทำให้เป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้เกิดพลังในการดึงดูดแพทย์และทีมสหสาขาให้เข้ามาพูดคุย เกิดการแลกเปลี่ยนในมุมมองที่หลากหลาย มีการเชื่อมโยงต่อยอดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ มากมาย การคุยกันนำสู่ประเด็นที่ต้องชวนกันไปดูของจริงหน้างาน ใช้เวลาเรียนรู้อันร่วมกัน

จากนั้นทีมคุณภาพได้นำผลจากการตามรอยมาวิเคราะห์ และสรุปบทเรียนเพื่อเรียนรู้ว่าอะไรคือจุดเปลี่ยน

วิธีการตามรอยที่เลือกใช้เน้นเน้นความเรียบง่าย บางครั้งใช้เพียงแนวคิด 3P ในการเจาะประเด็นต่าง ๆ ก็ทำให้เราสามารถมองและคุยกันได้ตรงประเด็น โดยการตั้งคำถามเพื่อให้ทีมได้ค้นหาตัวเอง ร่วมกับการไปดูสถานที่จริง สถานการณ์จริง ยิ่งทำให้ทีมได้เห็นโอกาสพัฒนาเพิ่มขึ้น การเรียนรู้ที่ได้จากการตามรอยทางคลินิก เป็นการสะสมงานคุณภาพในองค์กรด้วยการทำให้งานประจำเป็นงานที่มีคุณภาพ ทุกคนมีส่วนร่วมในการสะสมไม่ว่าจะเป็นการสะสมความรู้ สะสมเครื่องมือและวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

การตามรอยทำให้เกิดการทำงานร่วมกันในทีมอย่างมีความสุข ทำให้สามารถเชื่อมโยงแนวคิดการพัฒนาทั้งหลายเข้าด้วยกัน การเรียนรู้ที่จะนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญของทีมคุณภาพในโรงพยาบาล ซึ่งเป็น key success ของโรงพยาบาลตากสิน ดังจะเห็นได้ว่าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทีมดูแลผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและมีผลงานคุณภาพทางคลินิกออกมามากมายแม้จะอยู่ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด ภายใต้ภาระงานที่หนักอึ้ง แต่ด้วย core value ที่ทีมใช้ยึดถือสามารถช่วยให้ทีมสร้างสรรค์งานการดูแลผู้ป่วยที่นับวันจะดีขึ้นตามลำดับ

ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อาจารย์โกเมธ นาควรรณกิจ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
อาจารย์นิตยา ประพันธ์ศิริ	โรงพยาบาลตากสิน

การตามรอยระบบงาน (system tracer) คือการติดตามสิ่งที่เคลื่อนไปตามระบบงาน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด เพื่อพิจารณาคุณภาพของการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน การส่งมอบระหว่างขั้นตอน และการบรรลุเป้าหมายของระบบงานนั้น

สิ่งที่เคลื่อนไปตามระบบงานจะเป็นสิ่งใดก็ได้ อาจจะมีการเปลี่ยนรูปไประหว่างเส้นทางก็ได้ ตัวอย่างของสิ่งที่สามารถติดตามรอยได้ เช่น คำสั่ง ข้อมูลข่าวสาร สิ่งส่งตรวจ ยา วัสดุ ผู้ป่วย ของเสีย เป็นต้น

ประเด็นที่จะใช้พิจารณาคุณภาพของการปฏิบัติงานอาจจะเป็น ความเสี่ยง ความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง คุณค่า การประสานงาน

การตามรอยระบบงาน สามารถใช้วิธีการ “คุยกันเล่น เห็นของจริง อิงการวิจัย”

ระบบงานอาจจะเป็นระบบหลักๆ ของโรงพยาบาลซึ่งมักจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพทำกับดูแลโดยเฉพาะ เช่น ระบบยา ระบบสารสนเทศ ระบบทรัพยากรบุคคล ระบบการวางแผน และติดตามประเมินผล ระบบสิ่งแวดล้อม ระบบเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ ไปจนถึงระบบงานสนับสนุนต่างๆ ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของระบบหลัก หรือผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

การตามรอยระบบงานสนับสนุน ในมุมมองของผู้เยี่ยมชมสำรวจและผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์และสามารถเป็นแบบอย่างเรียนรู้ให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของระบบและการมองภาพรวม ตลอดจนการหาโอกาสพัฒนาอย่างเป็นระบบจากหน้างาน

ในมุมมองของผู้เยี่ยมชมสำรวจ จะพาเรียนรู้การตามรอยในเชิงนโยบายของระบบต่างๆ เพื่อสะท้อนถึงการทำงานของทีมงานระบบดังกล่าวว่า function หรือไม่ และจะพาเรียนรู้การตามรอยในมุมมองของประเด็นต่างๆ ได้แก่ การทำตามมาตรฐานในแต่ละระบบจากแนวคิด SPA การตามรอยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงมุมมองของการเรียนรู้ การตามรอยการบรรลุ unit optimization ของหน่วยงานสนับสนุนบริการต่างๆ เช่น ชักฟอก จ่ายกลาง โภชนาการ



ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น การตามรอย แม้ว่าจะไม่ใช่คำใหม่ในระบบคุณภาพ แต่สำหรับโรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้นำมาใช้จริงจริงในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา หลังจากทีมคุณภาพชุดใหญ่ของโรงพยาบาลไปเข้าหลักสูตร SPA ของ สรพ. แล้วพบว่าสิ่งที่ทีมได้มา คือ แนวคิด “คุยกันเล่น เห็นของจริง และ อิงวิจัย” ทีมงานได้พยายามนำ SPA มาสู่การปฏิบัติโดยเริ่มที่ทีมนำระบบต่างๆ ก่อน ทีมศูนย์พัฒนาคุณภาพรับเป็นเจ้าภาพให้ในการจัดเวทีพูดคุยกัน โดยไม่ลืมหักซ้อมความเข้าใจถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการพูดคุย และสอดแทรกตกย้ำแนวคิด 3P ในพื้นที่ 4 วง ในทุกครั้งทีพูดคุยพบกัน เราคุยกันเล่นเรื่องของมาตรฐานในแต่ละทีมที่เกี่ยวข้อง และให้ทีมคิดว่าเรามีกิจกรรมหรือกระบวนการใดบ้างในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นๆ ทีมระดมสมองบอกเล่าได้มากมายว่า เรามีนั้นโน้นนี่ ต่อด้วยคำถามที่ว่า แล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไรบรรลุเป้าหมายหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จและภาคภูมิใจ และอะไรยังเป็นความท้าทาย ปัญหาโอกาสพัฒนาของทีม เมื่อคุยกันบนโต๊ะ บางเรื่องตอบได้ บางเรื่องตอบไม่ได้ บางเรื่องไม่แน่ใจในคำตอบ จึงเป็นที่มาของการชักชวนกันตามรอยไปดูของจริงที่หน่วยงานสถานที่จริง และพูดคุยกับผู้ปฏิบัติ ตามรอยสิ่งที่ทำแล้วบันทึกไว้ รวมทั้งบางครั้งก็พูดคุยกับผู้ไปด้วย

สิ่งที่ทีมทำความเข้าใจ ซักซ้อม และเตรียมตัวก่อนลงตามรอย คือเป้าหมายของระบบที่จะตามรอย กำหนด object ที่จะตามรอย คิดถึงเส้นทางที่ object ผ่านไปตามขั้นตอนหรือจุดบริการต่างๆ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการตามรอย เช่น ผ้า อาหาร น้ำเสีย เครื่องมือ โดยต้องพิจารณาถึงประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงว่าอยู่ตรงไหนของกระบวนการ รวมถึงระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

การตามรอยเราใช้ชื่อทีมว่า “multisystem team” ลงพื้นที่ตามรอยระบบงาน พร้อมกันหลายระบบ และกฎสำคัญของทีม คือ กัลยาณมิตร จริใจ ช่วยเหลือ สนับสนุน และบรรยากาศสนุกสนาน จากการลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องมีเสียงตอบรับจากผู้ปฏิบัติที่ดี บางพื้นที่เราไม่ได้ผ่านลงไปก็มีเสียงสะท้อนอยากให้ลงไปตามรอยบ้าง ทำให้ทีมหายเหนื่อยและมีกำลังใจอีกมาก

จากการตามรอยทีมได้เรียนรู้ว่า การที่เรากำหนดนโยบาย แนวทางเรื่องใดๆ ลงไปต้องมี การประเมิน ติดตาม การรับรู้ ความเข้าใจ ความก้าวหน้าของการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และควรมีการทบทวน refresh และ update ความรู้ต่าง ๆ อยู่เสมอ การสื่อสารเรื่องสำคัญ เรื่องที่เป็นสิ่งใหม่ ควรมีการสื่อสารหลายช่องทาง หลายรูปแบบ และมีการทวนสอบกลับสิ่งที่ทีมได้มากกว่านั้น คือการค้นพบว่า ยังมีสิ่งดีดีและการใช้ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อแก้ปัญหาจากงานประจำ เกิดเป็นนวัตกรรมมากมายในองค์กร เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ การ

แลกเปลี่ยน นำมาสู่การสร้างเวที “เรื่องเล่าที่ดี...ที่อยากแบ่งปัน” เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “learning activity” จากผู้ปฏิบัติงานจริงๆ การตามรอยไม่ใช้การวิเคราะห์ระบบงานทั้งระบบ แต่เรามาใช้เสริมการประเมินและวิเคราะห์ระบบงานต่างๆ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง เห็นรายละเอียดของคุณภาพในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นการเน้นสิ่งที่สัมผัสได้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติจริง และการนำข้อมูลที่ได้มาใช้พัฒนาปรับปรุงระบบจะทำให้ทีมแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ทีมได้เรียนรู้ว่า แท้จริงแล้วระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้มีการออกแบบไว้แล้วระดับหนึ่ง การได้นำมาตรฐานในระบบต่างๆ มาเรียนรู้และประเมินตนเองในแต่ละช่วงเวลาอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวคิด SPA ทำให้เราเดินทางไปสู่เป้าหมายได้เร็วขึ้น

ผ่องพรรณ ธนา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

อากาศ สุปัญญา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพมีจุดหมายปลายทางที่ “คุณภาพและความปลอดภัย” เมื่อครั้งที่เริ่ม HA ในประเทศไทยมักถูกตั้งคำถามจากผู้เกี่ยวข้องว่า “ทำไมไม่บอกมาเลยว่าต้องทำอะไร” ตลอดทศวรรษที่ผ่านมาเราชวนโรงพยาบาลเรียนรู้การพัฒนากระบวนการคุณภาพในโรงพยาบาลด้วยวิธีการที่หลากหลายอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การประเมินตนเอง การทำกิจกรรมทบทวน การทำ Clinical Tracer การพัฒนามาตรฐานและนำมาตรฐานไปใช้ผ่านเครื่องมือที่รู้จักกันในนาม SPA เป็นต้น หลายเรื่องขับเคลื่อนไปด้วยดี หลายเรื่องยังคงเป็นปัญหาติดขัดเนื่องจากมุมมองในการพัฒนาคุณภาพไม่ถูกมองอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะความครอบคลุมในมิติของพื้นที่ 4 วง ซึ่งแต่ละวงมีเส้นทางการพัฒนาของตนเองอย่างชัดเจนถามว่า “ถ้าจะพัฒนาโรงพยาบาลให้ครอบคลุมมิติพื้นที่ 4 วงใน 1 ปี จะทำอย่างไร” ซึ่งเป็นคำถามที่ท้าทายและใน session นี้เราจะสื่อสารให้ทราบว่า “1 ปี... 6 เส้นทาง..บนพื้นที่การพัฒนา 4 วง” มีประเด็นสำคัญดังนี้

วงหน่วยงาน/บริการ : **เส้นทางของ Unit Optimization** ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพจากงานประจำด้วยหลัก 3P การค้นหาความหมาย/เชื่อมโยงกับ service profile และการเชื่อมโยงกับระบบงานอื่นๆ

วงกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 เส้นทางสำคัญได้แก่ **เส้นทาง Patient Safety** : เน้นการทบทวนและใช้ผลการทบทวนสู่การปรับปรุงเพื่อวางระบบและป้องกันความเสี่ยงทั้งในระดับหน่วยและระบบงาน การนำเครื่องมือในการค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยที่หลากหลาย เช่น trigger tools การตามรอย PSG : SIMPLE เป็นต้น **เส้นทาง Clinical Population** : เน้นการวิเคราะห์กลุ่มโรคสำคัญ กำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาให้ชัดเจน ดำเนินการพัฒนา ตามรอยเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องและสรุปผลการพัฒนาในรูปแบบของ clinical tracer highlight

วงระบบงาน ได้แก่ **เส้นทาง Standard Deployment** ในเส้นทางนี้ประเด็นที่สำคัญคือ ทีมศึกษามาตรฐานตามแนวทาง SPA ภายใต้คำถาม “ทำอย่างไรให้มาตรฐานอยู่ในงานประจำ” จะใช้วิธีการคุยกันเล่น เห็นของจริงหรืออิงวิจัย การพัฒนาระบบงานของตนและ

งานที่เชื่อมกับระบบอื่น และการสรุปผลการพัฒนานำสู่การบันทึกในแบบประเมินตนเอง

วงองค์กร **Strategic Management** ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่การกำหนดความท้าทายขององค์กร การกำหนดแผนกลยุทธ์/ ตัวชี้วัด การถ่ายทอดแผน การทบทวนและปรับแผน รวมทั้งการประมวลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเพื่อชี้้นำการพัฒนา และเส้นทาง **Self Assessment** : เน้นที่การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา มีเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองที่ควรรู้หลากหลาย เช่น การประเมินด้วย overall scoring, การกำหนด KPI alignment, วิธีการเขียนแบบประเมิน และการใช้ detailed scoring และการเขียนแบบประเมินตามมาตรฐานตอนที่ I-V

เรวดี ศิรินคร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ทพญ.ภารณี ชวาลวุฒิ

โรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลสวนปรุงเริ่มรู้จักคำว่า mini-research เมื่อประมาณเดือนธันวาคม ปี 2551 ทีมนำทางคลินิกได้ร่วมกันศึกษาแนวทางการทำ mini-research พบความน่าสนใจคือเป็นกระบวนการง่ายๆ สามารถทำให้แล้วเสร็จภายในเวลาอันสั้นและนำไปเป็นประเด็นในการพัฒนาได้ต่อไป

ที่ผ่านมาทีมนำทางคลินิกมีคำถามเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากมาย จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการใช้เครื่องมือนี้น่าจะตอบคำถามที่มีอยู่และไม่เป็นภาระกับทีม PCT ในการศึกษา ได้ทดลองนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้หาคำตอบสำหรับการพัฒนาคุณภาพบางอย่างในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัยอันดับแรก คือการหาโอกาสพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตลอดระยะเวลาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทีมนำทางคลินิกตระหนักดีว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีโอกาสถูกละเมิดสิทธิได้สูงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น เนื่องมาจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยเอง ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้พยายามจัดทำกระบวนการในหลายๆ อย่าง โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยได้รับรู้รวมทั้งได้รับการคุ้มครองสิทธิของตนเอง แต่เนื่องจากประเด็นของสิทธิผู้ป่วยนั้นยากต่อการประเมินผลในเชิงปริมาณเป็นอย่างยิ่ง ทีมนำทางคลินิกจึงได้นำเอา mini-research มาใช้เพื่อประมวลว่าในสิ่งต่างๆ ที่โรงพยาบาลได้จัดทำไปนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถรับรู้สิทธิผู้ป่วยได้เหมือนกับผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่

จากการทำ mini-research ทำให้ทีมนำทางคลินิกของโรงพยาบาลสวนปรุงได้รับรู้ผลลัพธ์จากการทำงานในเรื่องดังกล่าวอย่างที่ได้คาดคิดมาก่อน และสามารถนำเอาผลลัพธ์นั้นไปปรับปรุงระบบการทำงานในหลายๆ เรื่อง รวมทั้งยังได้นำเอา mini-research มาใช้ในการประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรคของโรงพยาบาล ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยตอนที่ 3 ร่วมกับเวชระเบียนเป็นเครื่องมือในการทำ mini-research โดยทีม PCT เป็นผู้ทำการประเมินและนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลสวนปรุง

จากประสบการณ์ของการนำ mini-research มาใช้ในโรงพยาบาลสวนปรุง ที่มำทางคลินิกพบว่าทำให้ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลได้อย่างรวดเร็ว และสามารถนำผลลัพธ์นั้นไปวางแผนเพื่อปรับปรุงระบบได้อย่างเป็นปัจจุบัน ผู้ที่ร่วมทำ mini-research ทุกคนต่างก็มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าสามารถทำให้ทุกคนได้รับคำตอบในผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพที่รวดเร็ว มีความแม่นยำพอสมควร ที่สำคัญที่สุด ทุกคนรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ทำแล้วสนุก และสามารถทำให้ทุกคนค้นพบคุณค่าในงานของตนเองได้ ประธานที่มำทางคลินิกของโรงพยาบาลสวนปรุงจึงได้ตั้งชื่อ mini-research ใหม่ว่า “วิจัยจับ จีบ”

โจนัส แอนเดอร์สัน

คริสตี้ กีบสัน

นพ วัชรพล ภูนวน

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ดวงสมร บุญผดุง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ชื่อเสียงของนักร้อง ที่ชื่อว่า โจนัส แอนเดอร์สัน และคริสตี้ กีบสัน นั้น เราๆ ท่านๆ คงจะรู้จักกันเป็นอย่างดีในนามของ “นักร้องลูกทุ่ง ฝรั่งหัวใจไทย” นักร้องชายหญิงที่มีลีลาการร้องเพลงลูกทุ่ง เพลงไทย ที่คนไทยแท้ๆ ยังฟัง นั้นเป็นเพียงด้านหนึ่งของชีวิตเขาและเธอเท่านั้น จะมีใครสักกี่คนที่จะรู้ว่า แท้จริงแล้ว ทั้งโจนัส และคริสตี้ นั้น เป็นอาสาสมัคร ที่มีจิตอาสา ทำงานเพื่อสังคม อุทิศตัวและมีเป้าหมายชีวิตคือการทำงานเพื่อช่วยเหลือคนอื่นๆ โดยเฉพาะ ผู้ที่มีความลำบาก คนไข้ ผู้ติดยาเสพติด เด็กกำพร้า

ด้วยความเชื่อที่ว่า ความรักเท่านั้น ที่จะทำให้สังคมนี้มีแต่ความสงบสุข และทุกๆ คนในโลกนี้คือครอบครัวเดียวกัน อะไรคือแรงบันดาลใจ? และอะไรคือความสุขของเขาทั้งสอง ระหว่างการเป็นนักร้องหรือการช่วยเหลือผู้อื่น

พบกับอีกมุมหนึ่งของ นักร้องฝรั่งหัวใจไทย ที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้คนทำงานกับคนไข้ คนที่มีความทุกข์ และขอให้มีความภาคภูมิใจในหน้าที่ของพวกเรา ดังเช่น ที่ โจนัส และคริสตี้ ที่ภาคภูมิใจในความเป็น “ผู้ให้” ของเขา



ผ่องพรรณ ธนา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

มธุรส ภาสพิพัฒน์กุล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สรพ. ได้พัฒนาระบบการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน (scoring) เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการ โดยเริ่มจากการประเมินภาพรวมในรายหมวด และพัฒนามาสู่การประเมินในองค์ประกอบย่อยของแต่ละหมวดที่เรียกว่า detailed scoring โดยใช้หลักการให้คะแนนที่ประยุกต์มาจาก MBNQA แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คะแนนระดับ 4 ซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย จะสนับสนุนให้มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เน้นการบูรณาการและการใช้นวัตกรรม และคะแนนระดับ 5 จะเน้นการแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีและสามารถเป็นแบบอย่างได้

สรพ. มีแนวคิดที่จะให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินด้วย detailed scoring นี้เพื่อหาโอกาสพัฒนาและเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา แต่พบว่าวิธีการนี้มีความซับซ้อนเกินไป เหมาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเท่านั้น จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินคะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยพิจารณาในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละหมวด หยิบยกเอาลักษณะสำคัญของการปฏิบัติในแต่ละระดับขึ้นมาเป็นแนวทาง เรียกว่า overall scoring คือเป็นการประเมินตาม overall requirement หรือข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานแต่ละหมวด

จุดเด่นของการประเมินในลักษณะนี้คือเป็นการมองจากภาพไกล มองรวมๆ เน้นทิศทางการทำงานมากกว่ารายละเอียดการทำงาน ซึ่งจะช่วยให้เห็นประเด็นส่วนขาดต่อการบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานได้ง่ายขึ้น และมีโอกาสที่จะหลงทางน้อยกว่า

การใช้ scoring เพื่อประเมินตนเอง เป็นเพียงจุดเริ่มต้นเพื่อให้เกิดการพูดคุยในเชิงลึก ประเด็นถกเถียงไม่ควรอยู่ที่ว่าควรจะให้คะแนนเท่าไร แต่ควรนำความแตกต่างของคะแนนที่แต่ละคนประเมินได้มาขยายความว่าผู้ที่ให้คะแนนต่ำเห็นโอกาสพัฒนาอะไร ผู้ที่ให้คะแนนสูงเห็นจุดเด่นอะไร ก็จะทำให้ทีมได้เห็นภาพรวมร่วมกันมากขึ้น นำไปสู่การลงมือพัฒนา แล้วกลับมาคุยกันใหม่ โดยไม่ต้องพยายามสรุปในสิ่งที่ไม่ควรสรุป คือ ตัวคะแนนที่เห็นไม่ตรงกัน



การประเมินด้วยการใช้ overall scoring ไม่ควรใช้เวลานาน เพื่อจะได้สามารถทำได้ บ่อยๆ ได้เห็นโอกาสพัฒนาและเห็นความก้าวหน้าในงานประจำได้

**นพ.เจเต็ด ตี๋ยั้ง****โรงพยาบาลชุมพลบุรี**

คำถามที่สำคัญสำหรับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับโรคและภัยที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนที่รับผิดชอบที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ อะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยหรือการตายของชุมชนของเรา อะไรเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี อะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายโรค ตอนนีโรคใดระบาด เราจะป้องกันควบคุมโรคได้อย่างไร สิ่งเหล่านี้ถือเป็นหน้าที่ของ โรงพยาบาลที่ต้องวางระบบในการเฝ้าระวังโรคและภัยต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการมีผลที่เป็นคำตอบที่ เป็นเหตุเป็นผลและมีข้อมูลที่ยืนยันคำตอบได้อย่างพอเพียง

การวางระบบในการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมพลบุรีวางเป้าหมายในการเฝ้าระวังให้ครอบคลุม และเชื่อมโยงถึงการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั่นคือ การเฝ้าระวังในระดับต้นหรือ primary surveillance level เป็นการวางแนวทางในการเฝ้าระวังเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ หรือการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ไปจนถึงระบบการเฝ้าระวังระดับตติยภูมิ หรือการป้องกันความรุนแรงของโรค เนื่องจากโรคและภัยสุขภาพมีความชุก ความรุนแรงที่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของโรคที่มีผลคุกคามต่อสุขภาพมากเพื่อป้องกันควบคุมโรคไว้ก่อน

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอชุมพลบุรีที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ มะเร็ง รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการจราจร การเฝ้าระวังนี้ได้จากการทบทวนมรณบัตรของอำเภอชุมพลบุรี ที่ทำให้เราได้ทราบว่า โรคใดคุกคามชีวิตของคนชุมพลบุรีมากที่สุด มะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายของเพศชายโดยเฉพาะมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี และมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายของเพศหญิง

จากความสำคัญของโรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีที่เป็นสาเหตุสำคัญ โรงพยาบาลชุมพลบุรีวางแนวทางในการเฝ้าระวังปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ โดยเริ่มจากการวินิจฉัยทุกข์ของชุมชนว่ามีความชุกของโรคในชุมชนมากหรือน้อยเพียงใด จากผลการสำรวจพบว่า ความชุกของการติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นร้อยละ 27 การป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานปลาร้าจ่อมเป็นประจำที่ทำให้มีโอกาสตรวจพบพยาธิใบไม้ตับถึง 6 เท่า โดยเฉพาะในเพศชาย แต่พยาธิใบไม้ตับจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีได้นั้น

ต้องมีการติดเชื้อเป็นเวลานานและบ่อยครั้ง จากข้อมูลการหาสาเหตุของภาวะซีดในเด็กนักเรียนประถมพบว่า ร้อยละ 30 ของนักเรียนประถมตรวจพบพยาธิในอุจจาระ แต่ร้อยละ 80 เป็นการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ

เมื่อนำเสนอข้อมูลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอนุมัติงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามระบบการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งปากมดลูก ที่ปัจจุบันประชาชนในอำเภอชุมพลบุรีมีความครอบคลุมการรับบริการตรวจเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล



พัชรินทร์ วงศ์รักมิตร

ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ

เรวดี ศิรินคร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การบริหารบุคคล โดยการนำมิติทางด้านคุณภาพเข้าสู่ performance management system โดยใช้ balanced scorecard

การพัฒนา performance management system มีจุดมุ่งหมายเพื่อ

1. เพื่อผลักดัน high performance culture ให้เกิดในหมู่พนักงาน โดยสนับสนุนให้เกิดการ feed back ผลงานระหว่างผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชา และใช้เป็นแนวทางพัฒนาขีดความสามารถ
2. เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกลยุทธ์องค์กรไปสู่การวางแผนการปฏิบัติงาน การถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับองค์กร ลงสู่ระดับพนักงาน
3. เพื่อให้มีเครื่องมือในการประเมินผลงานทั้งด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านการพัฒนา ระบบงานภายใน และด้านขีดความสามารถขององค์กรที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
4. เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายได้อย่างชัดเจน
5. เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีทิศทางเดียวกัน มุ่งไปสู่เป้าหมายขององค์กรโดยรวม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
6. เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันในระยะยาว
7. เพื่อให้ระบบการบริหารองค์กรมีความชัดเจนเป็นระบบมากยิ่งขึ้น
8. เพื่อให้เกิดความเป็นระบบในองค์กรมีความชัดเจนเป็นระบบมากยิ่งขึ้น
9. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเชื่อมโยงไปสู่การให้ผลตอบแทนที่จูงใจ สอดคล้องกับผลงาน

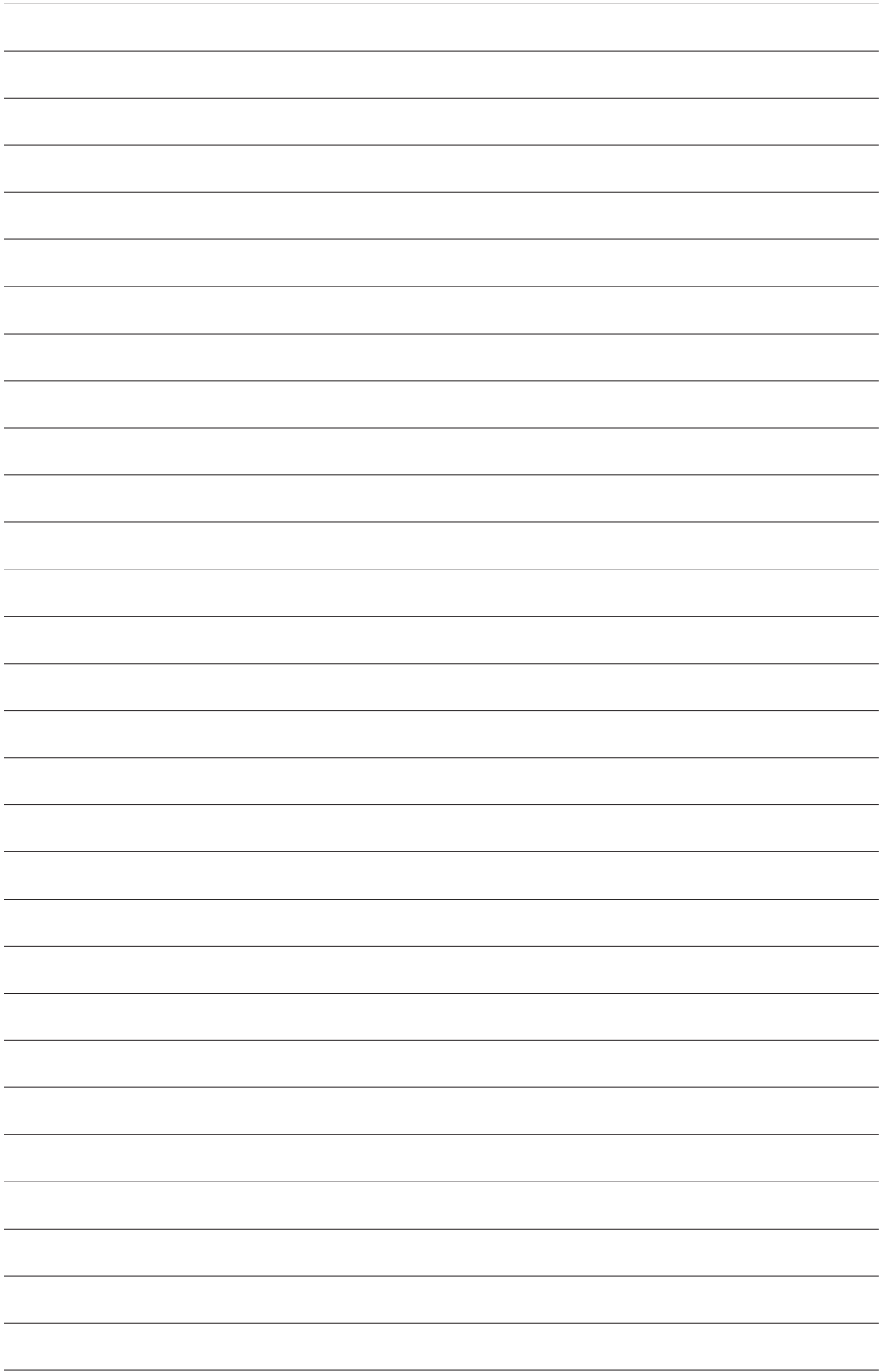
ในระบบบริหารจัดการองค์กร ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้มีการนำเครื่องมือที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายคือ balanced scorecard มาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้การสื่อสารที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยง เป้าหมาย กลยุทธ์องค์กร นำสู่แผนการดำเนินงานและการวัดผลลัพธ์ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 4 มุมมอง ที่เรารู้จักกันดี คือ มุมมองทางการเงิน (financial) ด้านลูกค้า (customer) ด้านกระบวนการภายใน (internal process) และด้านการเรียนรู้ (learning and growth)

องค์กรได้มีการวางกลยุทธ์การนำมิติทางด้านคุณภาพเข้าสู่ balanced scorecard อย่างชัดเจนในส่วนของ มุมมองด้านกระบวนการภายใน และด้านการเรียนรู้

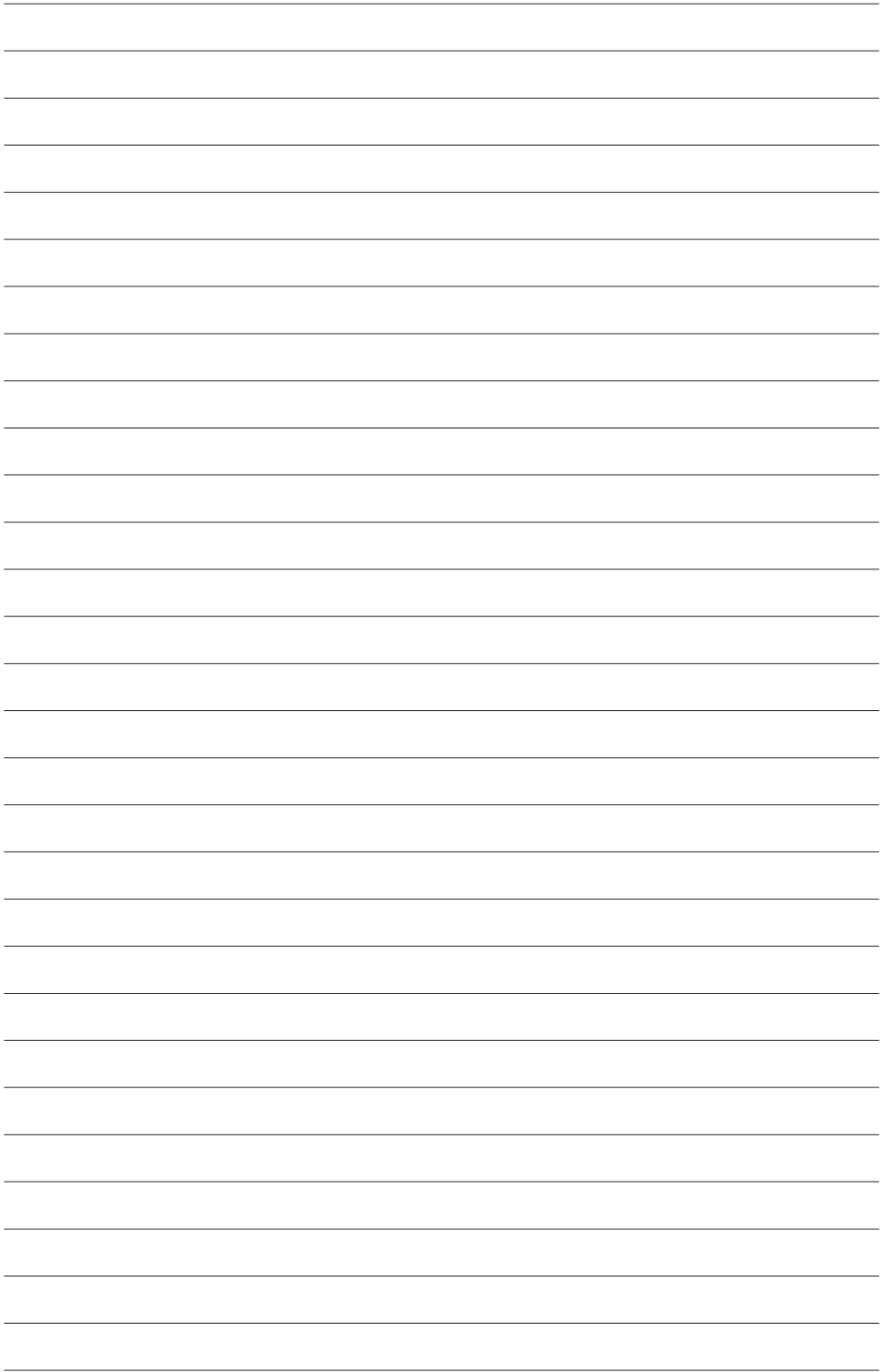
มุมมองด้านกระบวนการภายใน โดยใช้ตัวแบบการพัฒนาคุณภาพ PDSA model ซึ่งการวัดติดตาม performance indicator ในส่วนนี้ได้กำหนดให้หน่วยงานทุกหน่วยจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สะท้อน ความจำเป็นที่สำคัญในการปรับปรุงพัฒนา สะท้อนภาพของการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (patient safety) กระบวนการหลักของหน่วยงาน (core process efficiency) และการกำจัดของเสีย (waste elimination) และการพัฒนาคุณภาพการบริการ (service improvement) ทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์ในการดูแลรักษา มีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพและการบริการซึ่งสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า โดยมุ่งหวังให้กระบวนการมีการปรับปรุงพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีในการทำงาน ระบบการวัดติดตาม key performance indicator เหล่านี้ เชื่อมโยงเข้ากับการประเมินผลงานประจำปีของหน่วยงาน ทำให้เป็นแนวคิดการทำงานทุกวันอย่างมีคุณภาพ เป็นการเพิ่มคุณค่าการทำงานอย่างมีคุณภาพในระดับปฏิบัติการ อีกทั้งยังสนับสนุนการทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (work well together) ตลอดจนมีการแข่งขันกันภายในองค์กรเพื่อให้ตนเองมี performance ที่เป็นไปตามเป้าหมายและโดดเด่น (champion team and benchmarking)

มุมมองด้านการเรียนรู้ ได้มีการพิจารณาขอช่วยหน้าที่ความรับผิดชอบตามลักษณะงานที่สำคัญ ประกอบกับความรู้ ความสามารถและทักษะที่บุคลากรพึงมีในการทำงานที่สอดคล้องต่อเป้าหมาย กลยุทธ์ที่องค์กรต้องการบรรลุ เพื่อกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานของบุคลากรในแต่ละปี โดยหากบุคลากร สามารถพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะส่งผลโดยตรงต่อการประเมินผลงานประจำปี และส่งผลต่อการพัฒนา ทักษะ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร และสุดท้ายส่งผลต่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด

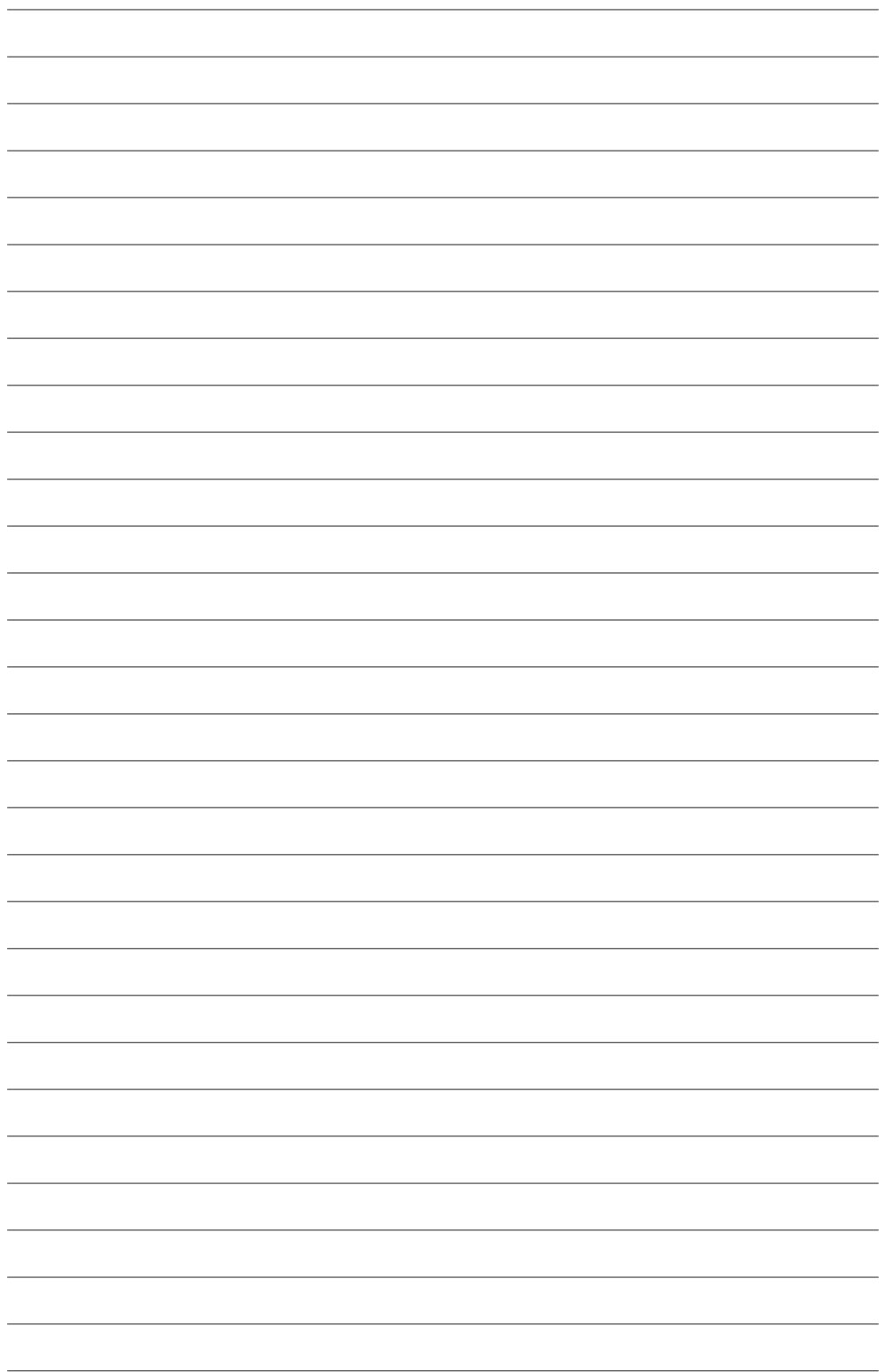
นอกจากนี้ ระบบ balanced scorecard ได้มีการนำข้อมูลหลายประเภทมาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ทำให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้ภายในองค์กรให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากขึ้น ขณะเดียวกันทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้จากการนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา (management by fact) ในมุมมองด้านอื่นนอกเหนือไปจาก financial perspective ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญและคุ้นเคยเป็นอย่างดี อีกทั้งยังเชื่อมโยง balanced scorecard เข้ากับระบบบริหารตอบแทน และถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรและผู้บริหารทุกคนเพื่อนำพาองค์กรไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

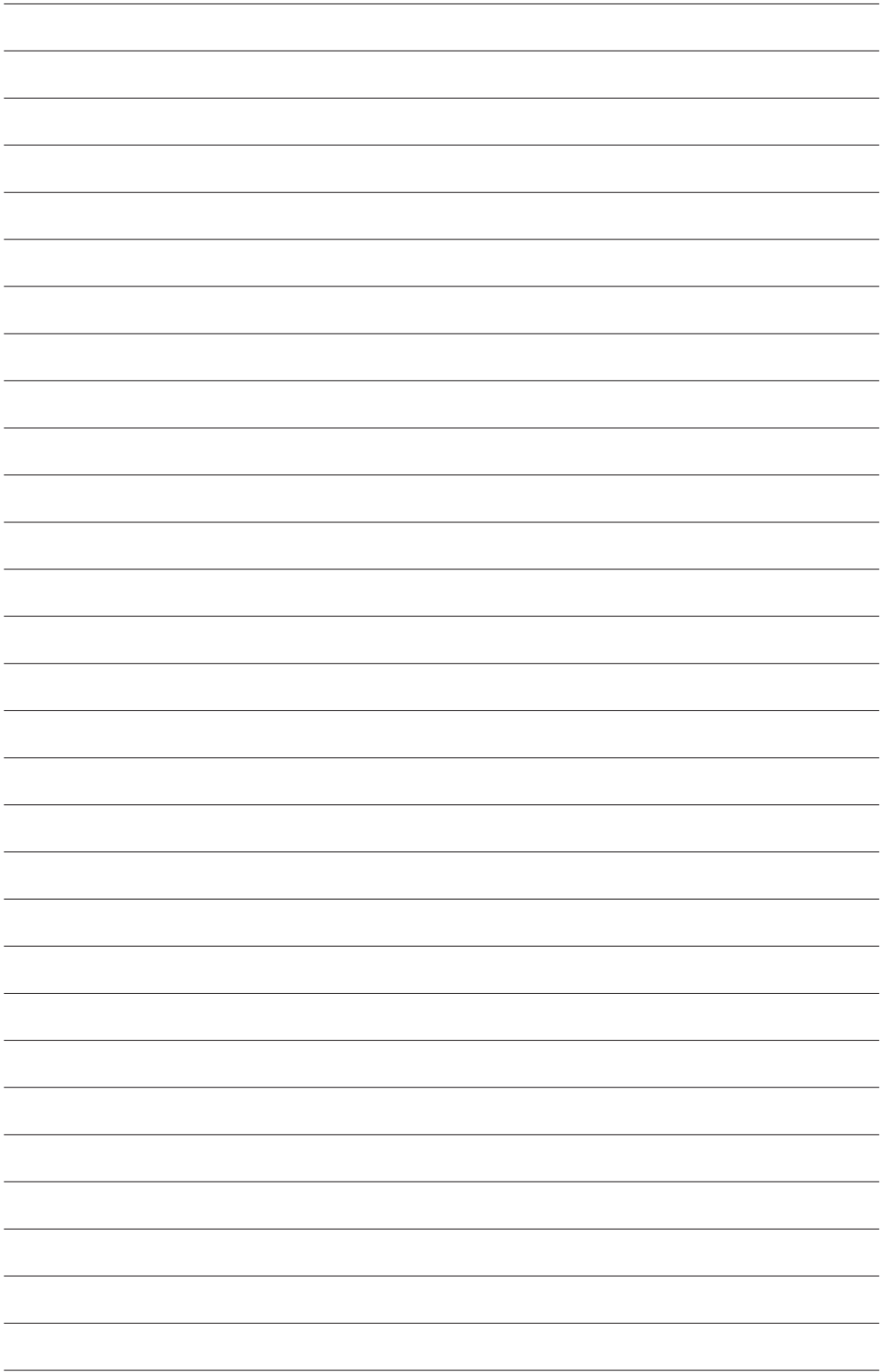














ในท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว  
การพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับโลก  
เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมาเป็นไปอย่างไม่สมดุล  
ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา  
ระบบบริการสุขภาพก็ได้รับผลกระทบจากการพัฒนาดังกล่าว  
จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

สถานพยาบาลในประเทศไทยที่ทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ  
ก็กำลังประสบความท้าทายในการที่จะสร้างไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่พยายามสร้างขึ้น  
ด้วยเหตุของการะงาานที่เพิ่มขึ้น การหมุนเวียนของบุคลากร  
ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างผู้รับบริการกับผู้ประกอบการวิชาชีพ  
แนวทางการพัฒนาที่ไม่สอดคล้องกับความคิดของสมาชิก รวมทั้งแรงเฉื่อยที่มีอยู่ในระบบ

การพัฒนาที่ไม่สอดคล้องกับความคิดของสมาชิกในองค์กร  
เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาไม่ประสบผลและไม่สามารถสร้างไว้ได้  
เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาต่างๆ มากมายอาจจะเป็นปัญหาเมื่อนำไปใช้  
หากไม่ทำความเข้าใจแนวคิดให้ชัดเจน ปรับใช้ให้เหมาะสมและเรียบง่าย  
การใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาโดยติดกรอบหรือให้ความสำคัญกับรูปแบบมากกว่าหลักคิด  
ก่อให้เกิดการะงาานที่ไม่จำเป็นและความทุกข์  
ขณะที่การพัฒนาโดยไม่ใช้เครื่องมือมาช่วยก็อาจทำให้ไม่เห็นประเด็นสำคัญหรือใช้เวลานานเกินกว่าที่ควร  
การพัฒนาอย่างยืดหยุ่นโดยคำนึงถึงเป้าหมายของเครื่องมือและบริบทของตนเอง  
จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ISBN 978-974-401-515-0



9 789744 015150

ราคา 350 บาท