



# Quality Care

ISSN 1686-347X

<http://www.ha.or.th>

จดหมายข่าวเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล # since 1998

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (84) มกราคม-กุมภาพันธ์ 2549



นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

## ยอดเขา เบาสบาย เรียบง่าย และเชื่อมต่อ

สี่คำข้างต้นคือ key word ที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งมักจะเป็นคำถามที่ถูกถามทุกครั้ง ทุกที ว่าจะทำอย่างไรดีการพัฒนาจึงจะไม่หยุดชะงัก

**ยอดเขา** คือเรื่องของ priority setting ที่สอดคล้องกับบริบทของตน เป็นการจับเอาสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญที่สุดมาพิจารณาในการพัฒนาคุณภาพ ผมนำเสนอแนวคิดนี้ครั้งแรกเมื่อไปบรรยายเรื่องมาตรฐานใหม่ที่โรงพยาบาลศิริราชตอนต้นปี 2549 เพื่อให้การใช้มาตรฐานนั้นเกิดคุณค่ามากที่สุดโดยมีภาระน้อยที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากข้อสังเกตว่าทีมงานของโรงพยาบาลต่างๆ พยายามวางระบบที่ครอบคลุมให้กว้างขวางที่สุดในทุกเรื่อง แต่สุดท้ายไม่สามารถตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญของโรงพยาบาลได้เนื่องจากมิได้คำนึงถึงสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความเสี่ยงที่สำคัญ

ของตน สำหรับโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพมานานพอควรแล้ว ส่วนที่เป็นเชิงเขาทั้งหลายน่าจะได้รับการพัฒนามาก่อนข้างมากแล้ว จึงควรสนใจยอดเขาให้มากขึ้น

สำหรับโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้นพัฒนา หรือกำลังพัฒนาภายใต้ภาระงานที่หนักหนาสาหัส การจับยอดเขาจะช่วยให้ทำงานน้อยแต่ได้ผลงานที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือความเสี่ยงสำคัญของตนไม่เป็นภาระ เกิดความเข้าใจได้ง่าย แล้วค่อยไปเก็บตกในส่วนที่เป็นเชิงเขาภายหลัง

เราอาจใช้คำถาม “อะไรคือสิ่งสำคัญ” ต่อเนื่องไปสักสองสามครั้งก็จะเห็นทางออกที่ชัดเจน “อะไร” ในที่นี้อาจจะขยายความด้วย “ใคร” “ที่ไหน” เมื่อไร” ตามแนวทางของวิชาการระบาดวิทยา

# ยอดเขา เบาสบาย เรียบง่าย และเชื่อมต่อ

ตัวอย่างเช่น ทีมสิ่งแวดล้อมฯ อาจจะสามารถถามกับตัวเองว่าปัญหาสำคัญที่สุดในมุมมองของทีมคือเรื่องอะไร คำตอบอาจจะเป็น “การระบายอากาศ” และ “อาชีวอนามัย” เราก็สามารถถามต่อได้ว่า ในเรื่องการระบายอากาศนั้น ที่ไหนที่เป็นปัญหา ถ้าได้คำตอบว่า ที่งานบริการผู้ป่วยนอก และ ที่ห้องปฏิบัติการ เราก็จะเห็นแนวทางชัดเจนว่าต้องทำอะไรในเรื่อง อาชีวอนามัย

เราสามารถถามต่อได้ว่า “ใคร” หรือ “ที่ไหน” ที่มีความเสี่ยง ถ้าได้คำตอบว่าเจ้าหน้าที่เปลา และเจ้าหน้าที่โรงซักฟอก เราก็พอจะมองเห็นแนวทางที่ชัดเจนว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เกิดความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายนั้น นี่คือการดำเนินงานในลักษณะของการมองส่วนที่เป็นยอดเขา

**เบาสบาย** คือการทำงานที่ทำด้วยความรู้สึกสนุก การทำอะไรก็ตามถ้าเกิดความสุขแล้ว จะอยากทำ สมัยเป็นนักศึกษาได้ไปออกค่ายอาสาพัฒนา แม้จะเป็นงานหนักแต่ทุกคนก็สนุกที่จะทำจนสำเร็จ ตอนที่เริ่มต้นทำเรื่องคุณภาพใหม่ๆ ก็จะทำให้คำแนะนำว่า “ง่าย มัน ดี” เพื่อจูงใจให้คนมาทำคุณภาพ เคยมีผู้ถามว่าถ้าจะเริ่มต้นทำคุณภาพแบบง่ายๆ ควรทำอย่างไร ได้แนะนำว่าให้เริ่มด้วยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนา โดยยังไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับรูปแบบหรือข้อมูลให้มากเกินไป

การจัดประชุม **HA National Forum** ถือเป็นหลักเสมอมาว่าต้องทำให้เป็นการประชุมวิชาการที่ไม่เครียด ฟังง่าย ถ้าสนุกได้ก็ยิ่งดี ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือจากวิทยากรเป็นอย่างดี ความสนุกสามารถเกิดได้ในการทำงานและการพัฒนาคุณภาพ ถ้าเอาเป้าหมายเป็นที่ตั้ง เปิดโอกาสให้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสม ให้มีอิสระเสรีในการคิดและทดลองวิธีการทำงานใหม่ๆ ความสนุกจะไม่เกิดถ้ามีรูปแบบที่ตายตัวมากเกินไป และสิ่งนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่งานคุณภาพไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน



**เรียบง่าย** ตรงข้ามกับความซับซ้อน ความเรียบง่ายจะช่วยให้คนทำงานเกิดความสุข ไม่ยุ่งยาก ประหยัด และเข้าสู่เป้าหมายด้วยหนทางที่ตรงที่สุด การที่จะเกิดความเรียบง่ายได้ต้องเข้าใจเป้าหมายของงาน/การพัฒนา

เป้าหมายของการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย หรือ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย คือการตรวจจับปัญหา/ความต้องการที่ถูกกละเลยไป หรือเป็นการเรียนรู้จากผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยรายนั้น และปรับปรุงระบบการทำงานสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ เมื่อเข้าใจเป้าหมายแล้วจะสามารถทบทวนได้ด้วยความสะดวก ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา โดยทุกคนที่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องรอทีม ไม่ต้องรอให้เกิดปัญหา ไม่ต้องรอกำหนดเวลา ทบทวนแล้วถามตัวเองว่า ได้เรียนรู้อะไรจากผู้ป่วยรายนี้ และจะนำบทเรียนที่ได้ไปปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างไร

ความเรียบง่ายคือการทำให้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ถ้าทีมงานหยิบยกประเด็นเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยที่เห็นอยู่ตรงหน้าในผู้ป่วยแต่ละรายมาพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ จะเกิดความตระหนัก จะเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยไม่ต้องอาศัยการประชุม ไม่ต้องอาศัยโปสเตอร์เตือนใจ ไม่ต้องอาศัยแบบฟอร์ม





**เชื่อมต่อ** สรรพสิ่งล้วนเชื่อมโยงกันอยู่แล้วโดยที่เราอาจจะมองไม่เห็น การฝึกที่จะมองสิ่งต่างๆ อย่างเชื่อมโยง และฝึกที่จะต่อเชื่อมสิ่งต่างๆ เข้าหากัน จะช่วยให้เกิดความสมบูรณ์และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ

ผู้ป่วยหญิงสูงอายุมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเวียนศีรษะ ตรวจพบว่าชีพจรค่อนข้างช้า แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการวิกฤติแต่อย่างใด แต่เราก็สามารถใช้สถานการณ์นี้จุดประกายการพัฒนาคุณภาพได้มากมาย ซึ่งจะต้องคิดในเชิง proactive ว่าทำอย่างไรจะให้ผู้ป่วยลักษณะนี้ได้รับบริการที่เหมาะสมที่สุด ในเวลารวดเร็วที่สุด โดยทีมที่มีความรู้และทักษะ

การคิดเช่นนี้จะทำให้เราสามารถต่อเชื่อมไปถึงเรื่องต่างๆ มากมาย เช่น competency ของพยาบาลห้องฉุกเฉิน ในการประเมินอาการเบื้องต้น แนวทางในการตรวจ investigate ระบบการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์ แหล่งข้อมูลเพื่อการค้นคว้าหาความรู้ การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ ฯลฯ ทั้งหมดเพื่อตอบคำถามว่า จะทำอย่างไรให้โรงพยาบาลของเรามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลักษณะนี้ได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

การใช้มาตรฐาน HA ฉบับใหม่ จะเห็นความสำคัญของการเชื่อมต่อระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ในมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อโรงพยาบาล เชื่อมต่อระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ เชื่อมต่อระหว่างการทบทวนรายการณีสู่การปรับปรุงเชิงระบบ เชื่อมต่อระหว่างเป้าหมายขององค์กรกับเป้าหมายของหน่วยงานและบุคลากร ฯลฯ



## บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิด Sentinel events

พยาบาลจัดเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยมากที่สุดในทุกหน่วยงานทางคลินิก ฉะนั้นความท้าทายในการสร้างความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องตระหนัก โดยบทบาทสำคัญของพยาบาล คือการดูแลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การจัดอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงาน จัดให้มีการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะให้มีความทันสมัย จัดระบบการสื่อสารและสร้างเสริมวัฒนธรรมที่ดีให้เกิดขึ้นในองค์กร จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน

เรียนรู้จาก แนวคิดของการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ ตามข้อกำหนดของ Joint Commission Safety Initiatives ดังนี้

จากการทบทวนรายงานปัญหาหรือเหตุการณ์สำคัญ (Sentinel Events) จำนวน 1398 รายงานในเดือน มกราคม 2538 ถึง สิงหาคม 2544 พบ เป็นรายงานผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสูงสุดถึงร้อยละ 17.3 รายงานผู้ป่วยที่เกิดจากความผิดพลาดจากการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 12 ความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 11.6 ผ่าตัดผิดตำแหน่งร้อยละ 10.6 ตามลำดับ เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนร้อยละ 62.2 โรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 13.9 และได้รับรายงานโดยตรงจากโรงพยาบาลร้อยละ 68.1 จากการที่โรงพยาบาลตกเป็นข่าวร้อยละ 13.5



# บทบาทพยาบาลในการป้องกัน



## การเกิด Sentinel Events

ผลที่เกิดขึ้นจาก Sentinel Events ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 75 มีภาวะพิการร้อยละ 9 และเมื่อ วิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เป็นปัญหาสำคัญ ของการเกิด Sentinel Events ในทุกประเภทพบว่า มาจากการ ประชุมนิเทศ การอบรม การสื่อสารของบุคลากร และ เหตุการณ์สำคัญดังกล่าวมักพบในกระบวนการการประเมิน ผู้ป่วย มากเป็นอันดับต้น

### Preventing Operative and Post-operative Errors and Complication

การผ่าตัดเป็นการทำงานของทีมที่ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/พยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ช่วยพยาบาล ที่ต้องประสานงานกันอย่างดีเพื่อความปลอดภัย ราบรื่น

การป้องกัน Sentinel event ที่อาจเกิดขึ้น ควรมีการวาง ระบบเชิงป้องกัน ตั้งแต่ ก่อนส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด หลัง การได้รับยาดมสลบ พักพื้น หรือตลอดระยะเวลาของการ ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนั่นเอง ทั้งการผ่าตัดผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน

สิ่งที่น่าสนใจพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมีอัตราที่ เพิ่มขึ้น รวมทั้งความหลากหลายของการผ่าตัดก็เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ฉะนั้นความเสี่ยงและ Sentinel events ก็มีอัตรา สูงเพิ่มขึ้นไปด้วย จากสถิติของ LEAP (ค.ศ.1991) พบว่าร้อยละ 48 ของ Sentinel events ที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากการผ่าตัด รวมถึงการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และอีกร้อยละ 29 เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด

จากข้อมูลของ Joint Commission's sentinel events ที่ได้ ทบทวนจาก Sentinel events จำนวน 1,100 รายงาน ในช่วง เดือนมกราคม ค.ศ.1995 ถึง เดือนมิถุนายน ค.ศ. 2001 พบว่า Sentinel event ที่รายงานนั้นมีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อน



จากการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด สูงถึงร้อยละ 12.5 และในจำนวนร้อยละ 12.5 นั้นยังพบเป็นการ ผ่าตัดผิดตำแหน่ง (wrong site) สูงถึงร้อยละ 9.7

จากมุมมองเดิมที่ว่าความรับผิดชอบในกระบวนการ เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดนั้นอยู่ที่ศัลยแพทย์ นั้นหมาย รวมถึงความคาดหวังที่ว่าต้องสามารถป้องกันการ ผ่าตัดผิดตำแหน่งได้ แต่ผลจากการวิเคราะห์หา สาเหตุที่แท้จริง (Root cause) ของการผ่าตัดผิด ตำแหน่งนั้นยืนยันได้ว่า สาเหตุสำคัญคือ การ ประเมินผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารในการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผู้ที่ เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ การระบุตัวผู้ป่วย (Identification) ก่อนการผ่าตัด ตลอดจนความร่วมมือ ความ รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของแต่ละบุคคล

ดังนั้นวิธีการลดความเสี่ยงหรือป้องกันการ ผ่าตัดผิดตำแหน่งจึงอยู่ที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคน ทั้ง ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล และการ ที่วิชาชีพพยาบาลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องในเกือบทุก ขั้นตอน ทุกกิจกรรมของการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาล จึงมีส่วนป้องกันการเกิด Sentinel event ได้เป็น อย่างดีนั่นเอง



บทบาทของพยาบาลต่อการป้องกันความเสี่ยงในเชิงระบบเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่งและเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ต้องสร้างความเข้มแข็งและมุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกให้มากยิ่งขึ้น โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบป้องกันดังกล่าว



**Joint Commission** ได้ระบุปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการผ่าตัดผิดตำแหน่ง (Wrong site surgery) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านศัลยแพทย์ คือ มีศัลยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป หรือมีการเปลี่ยนศัลยแพทย์ดูแลผู้ป่วย
2. ปัจจัยด้านจำนวนการผ่าตัดในผู้ป่วยต่อราย คือ ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดซ้ำ หลายครั้งในช่วงเดียวกันของการอยู่โรงพยาบาลโดยเฉพาะเป็นการผ่าตัด / หัตถการหลายตำแหน่งในร่างกายผู้ป่วย
3. ปัจจัยจากความกดดัน หมายถึงความกดดันที่เกิดขึ้นจากการทำผ่าตัดในเวลาที่ไม่ปกติหรือมีความกดดันที่ต้องเร่งทำให้เสร็จภายใต้เวลาที่จำกัด
4. ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบในผู้ป่วยที่มีลักษณะที่ผิดปกติ เช่น ความผิดปกติทางร่างกายตั้งแต่กำเนิด เช่น แผลสยาม ผู้ป่วยอ้วนมากที่อาจต้องใช้อุปกรณ์พิเศษหรือส่งผลต่อการจัดทำผู้ป่วย เป็นต้น

**ผลวิเคราะห์ส่วนประกอบที่สำคัญของการผ่าตัดผิดตำแหน่ง พบดังนี้**

- การสื่อสารที่ผิดพลาดหรือไม่เพียงพอของทีมผ่าตัด
- การประเมินผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมครบถ้วน
- การไม่มีนโยบายหรือระบบการยืนยันผู้ป่วย (Verification policy) ขององค์กร
- โครงสร้างการจัดการในองค์กรมีหลายขั้นตอน
- การสื่อสารกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
- ในองค์กรไม่มีข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น
- ทีมงานถูกรบกวนขณะผ่าตัด
- การรับมือเหตุการณ์ที่ขาดทักษะ หรือมีทักษะไม่เพียงพอ

ดังนั้น ในการวางระบบเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดตำแหน่งและเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องนำข้อมูลทั้งด้านปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่วนประกอบที่สำคัญของการผ่าตัดผิดตำแหน่งมาพิจารณาอย่างครอบคลุม

ถึงแม้ว่าข้อมูลที่นำมาเล่าสู่กันฟังนั้นเป็นของต่างประเทศ แต่ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงเพื่อการออกแบบระบบที่รัดกุมต่อการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดให้มากขึ้น ตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วย การระบุผู้ป่วย การเตรียมการก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างและหลังผ่าตัด สิ่งที่สำคัญอีกประการสำหรับโรงพยาบาลคือการนำอุบัติการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดผิดตำแหน่งที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ให้ถึงสาเหตุที่แท้จริง เพื่อให้ได้ข้อมูลมาสู่การพัฒนาระบบในการป้องกันการเกิดซ้ำได้นั่นเอง

**ผ่องพรรณ ธนา**





ศ.นพ.สงวนสิน รัตน์เลิศ

ผมมักถูกแพทย์ใช้ทูลถามบ่อยๆว่า **ทำไมไม่โกนเส้นผมก่อนผ่าตัดสมอง?** เพราะเวลาผ่าตัดเส้นผมจะเข้าไปเกาะกะบริเวณที่ผ่าตัดทำให้ยากลำบากมากขึ้น ผมจะตอบรับว่าเป็นความจริง เพราะเส้นผมจะทำให้เย็บปิดแผลยากกว่าปกติ ยิ่งผ่าตัดนาน ความเหนื่อยล้ายิ่งมีมากขึ้นในขณะที่ในใจอยากให้ผ่าตัดเสร็จเร็ว หากเป็นนักศึกษาแพทย์หญิง ผมมักจะถามกลับว่าเวลารับปริญญา ทำไมต้องไปทำผมแต่งหน้าทาปาก บางคนต้องทำตั้งแต่ตี 3 ลำบากร่างกาย หากเป็นแพทย์ผู้ชายจะถามว่า เวลาซื้อของขวัญให้แฟน ทำไมต้องเป็นของที่ต้องดูดี ห่อกระดาษสีสวยงาม

เป็นไปได้ไหมที่เราจะให้ “ของขวัญ” แก่ผู้ป่วยที่ต้องถูกผ่าตัดสมอง ด้วยการให้ผู้ป่วยดูเสมือนไม่ได้ผ่านการผ่าตัดมา และให้ผู้ป่วยสามารถออกจากบ้านไปทำบุญที่วัด หรือพบปะเพื่อนฝูงได้โดยเร็ว ไม่ต้องจับเฝ้าอยู่ที่บ้าน หรือต้องหาวิกผมมาใส่แทน สำหรับคนบางคน ทรงผมอาจเป็นเหมือนภาพลักษณ์ของตน ช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และเชื่อว่าทุกคนให้ความสำคัญเช่นกันเพราะทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน อย่างน้อยพวกเราต้องส่องกระจกก่อนใช้ไหมครับ

## ผ่าตัดสมอง

### โดยไม่ต้องโกนผม

คำถามต่อมาคือ **ไม่กลัวติดเชื้อหรือ?**

คำตอบนี้ คงต้องย้อนเวลาไปค้นหาที่มาของคำถาม เพราะความเชื่อเรื่องความสะอาดของศีรษะ โดยการโกนผมมีมานานแล้ว ย้อนอดีตไปถึงการโกนผมของ Joseph ก่อนการเข้าพบฟาโรห์ กษัตริย์แห่งอียิปต์สมัยก่อนคริสตกาล ช่างทำผม (Barber) ในสมัยก่อน นอกจากเป็นผู้ที่ชำนาญในการโกนผมแล้ว ยังเป็นผู้ชำนาญในการทำความสะอาดแผลด้วย ซึ่งเป็นที่มาของ Company of Barber – Surgeons ที่ก่อตั้งในปี ค.ศ. 1461 สมัย King Edward IV หากเป็นร้านตัดผมสมัยก่อน จะมีสัญลักษณ์ข้าวแดง ม้วนรอบแท่งกลมสั้นๆ อยู่หน้าร้าน ต่อมาในสมัย King Henry VIII จึงแบ่งหน้าที่ในการทำผมเป็นของช่างทำผม หน้าที่ในการทำความสะอาดแผลเป็นของแพทย์ ซึ่งเป็นที่มาของ Company of Barber and Surgeons



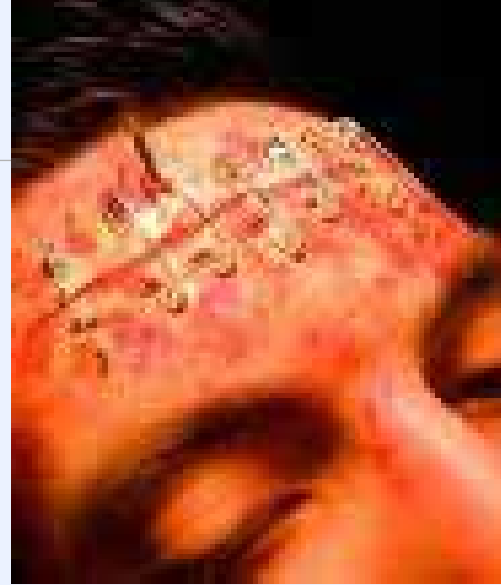
การโกนผมก่อนผ่าตัดมีการบันทึกไว้ครั้งแรกในปี 1886 โดยแพทย์ชาวเยอรมัน ชื่อ Gustav Neuber ประสาทศัลยแพทย์รุ่นบุกเบิก เช่น Sir Victor Horsley และ Harvey Cushing ต่างแนะนำให้โกนผมก่อนเริ่มผ่าตัด จึงเป็นที่มาของเวชปฏิบัติก่อนผ่าตัดสมองที่ต้องโกนก่อนผ่าตัด และเป็นความเชื่อกันต่อๆมาว่า สามารถป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้

### แล้วการโกนเส้นผมสามารถ ป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้จริงหรือไม่?

คำตอบจากงานวิจัยกลับเป็นตรงกันข้าม การโกนเส้นผมทำให้ติดเชื้อหลังผ่าตัดมากขึ้น จนหน่วยงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นในไทยหรือ CDC ของอเมริกา ต้องประกาศไม่แนะนำการโกนก่อนผ่าตัด

### แล้วเมื่อไหร่ จึงจะเห็นการงดโกนเส้นผมในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง?

คำตอบ คือ คงอีกนาน ไม่ใช่เป็นเพราะดีไม่ยอมทำ แต่เป็นเพราะถ้ามีเส้นผมอยู่ อาจทำให้การกำหนดตำแหน่งผ่าตัดทำได้ยากขึ้น ในบางภาวะเช่นกรณีอุบัติเหตุ การโกนเส้นผมช่วยให้เห็นบาดแผลได้ครบถ้วน หรือผ่าตัดได้เร็วขึ้น อีกทั้งเส้นผมอาจมีเศษสกปรกปะปนอยู่มากในบางกรณีอีกด้วย แต่มีพบว่าในบางกรณีสามารถงดการโกนเส้นผมได้ โดยใช้วิธีตัดเส้นผมให้สั้นแทนโดยกรรไกรหรือปัตตาเลี่ยน ก็ทำให้ผ่าตัดได้สะดวกมากขึ้น



### สิ่งที่สำคัญมาก คือ ต้องถามผู้ป่วยว่า ต้องการให้โกนเส้นผมหรือไม่

เพราะการวิจัยในเรื่องการโกนหรือไม่โกนเส้นผมก่อนการผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์นั้น ยังไม่พบความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ แม้กลุ่มที่ไม่โกนผมจะมีอัตราการติดเชื้อต่ำกว่าก็ตาม **ความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นคำตอบสุดท้าย** สำหรับผู้เขียน ที่จะเลือกว่าโกนหรือไม่โกนเส้นผม ประสิทธิภาพที่พบบ่อยคือในผู้ป่วยสูงอายุจะขอให้โกนเส้นผม ผู้ป่วยอายุน้อยโดยเฉพาะสาว ๆ จะขอเลือกแบบไม่โกนเส้นผมโดยเด็ดขาด

โกนไม่โกน ใช้คำตอบ รอบสุดท้าย เพราะมุ่งหมาย คือได้ช่วย ผู้ป่วยหาย หากต้องการ จะทำให้ ได้สบาย ทั้งใจกาย กลับอยู่บ้าน บานเบิกเออย





นายแพทย์ สมพร คำผิง

# ติดใจ เรื่องติดเชื้อ

ในช่วงที่ผ่านมาเราพบวิวัฒนาการของการควบคุมโรคติดเชื้ในโรงพยาบาลอย่างมากในโรงพยาบาลระดับต่างๆ นั้นเองทำให้เกิดคำถามมากมายในการปฏิบัติงาน จริงๆนั้น เป็นสิ่งที่ดีที่เดียวสำหรับการกระตุ้นการพัฒนา เพราะคำถาม “ทำไม” คือคำถามสร้างโลกมานักต่อนักแล้ว แต่ก็อีกนั่นแหละครับจากการไปเยี่ยมสำรวจเราก็ได้เรียนรู้จากคำถามนั้นเพิ่มเติมที่อยากมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากมาย รายละเอียดกับทางโรงพยาบาลและท่านผู้รู้ทั้งหลาย

คำถามที่มักจะได้ยินได้ฟังเสมอคือ คำจำกัดความโรคติดเชื้อจะหมายถึงความถึงแคไหน มีขอบเขตแคไหน เพราะหลายโรงพยาบาลอาจมองว่าโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ และ/หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาล บางแห่งบอกว่าน่าจะครอบคลุมการติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล บางแห่งก็ขอกรอบจักรวาลด้วยอาการของผู้ป่วยอาจจะเกิดขึ้นขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เพราะที่กล่าวมาล้วนเป็นคำจำกัดความของการติดเชื้อทั้งสิ้นในเชิงทฤษฎี

สิ่งหนึ่งที่สะท้อนผลของการเกิดการติดเชื้อ ได้แก่ ความเจ็บป่วยมากขึ้น อัตราตายเพิ่มขึ้น อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่าย บุคลากรได้รับเชื้อ การแพร่กระจายของเชื้อคืออย่าลืมนะ เหล่านี้เป็นสิ่งที่อยู่ในเป้าหมายจะลดหรือไม่ นั่นก็คงต้องวางเป้าหมายกันให้ชัดเจนถึงบทบาทความครอบคลุมในสิ่งเหล่านั้นมากกว่าจึงจะตอบว่าขอบเขตของการติดเชื้อจะมากแค่ไหนอย่างไร

เพราะเมื่อเป้าหมายชัด (เป้าหมายการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลลดอัตราการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความปลอดภัย เพิ่มขวัญกำลังใจ เพิ่มความคล่องตัว) จะนำสู่การค้นหาคำจำกัดความต่างๆ เพื่อหาทางป้องกันต่อไป



คำถาม ถัดมาคือ จะทำอย่างไรให้การปฏิบัติครอบคลุมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล นั้นอาจกล่าวได้ว่าทางทีมงานคงต้องลงไปหาปัจจัยชักนำการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ชัดเจน ได้แก่ อยู่กันอย่างแออัดหรือไม่ มีแหล่งเชื้อโรคหรือไม่ ภูมิต้านทานโรคต่ำไหม การรักษาหรือหัตถการบางอย่างมีผลกระทบต่อการรักษาหรือไม่ อย่างไร ซึ่งการรักษาที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น การสวนปัสสาวะ การผ่าตัด การช่วยหายใจ การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือด การทำแผล การฉีดยา การเจาะเลือด ฯลฯ

ซึ่งการมองให้ครอบคลุมปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่มาตรการในการจัดการที่ครอบคลุมและดีพอ นั่นเอง เช่น การกำจัดแหล่งของเชื้อโรค การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ผู้ป่วย การลดการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การทำลายเชื้อและการทำให้ปลอดเชื้อ การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องการเฝ้าระวังโรค เป็นต้น

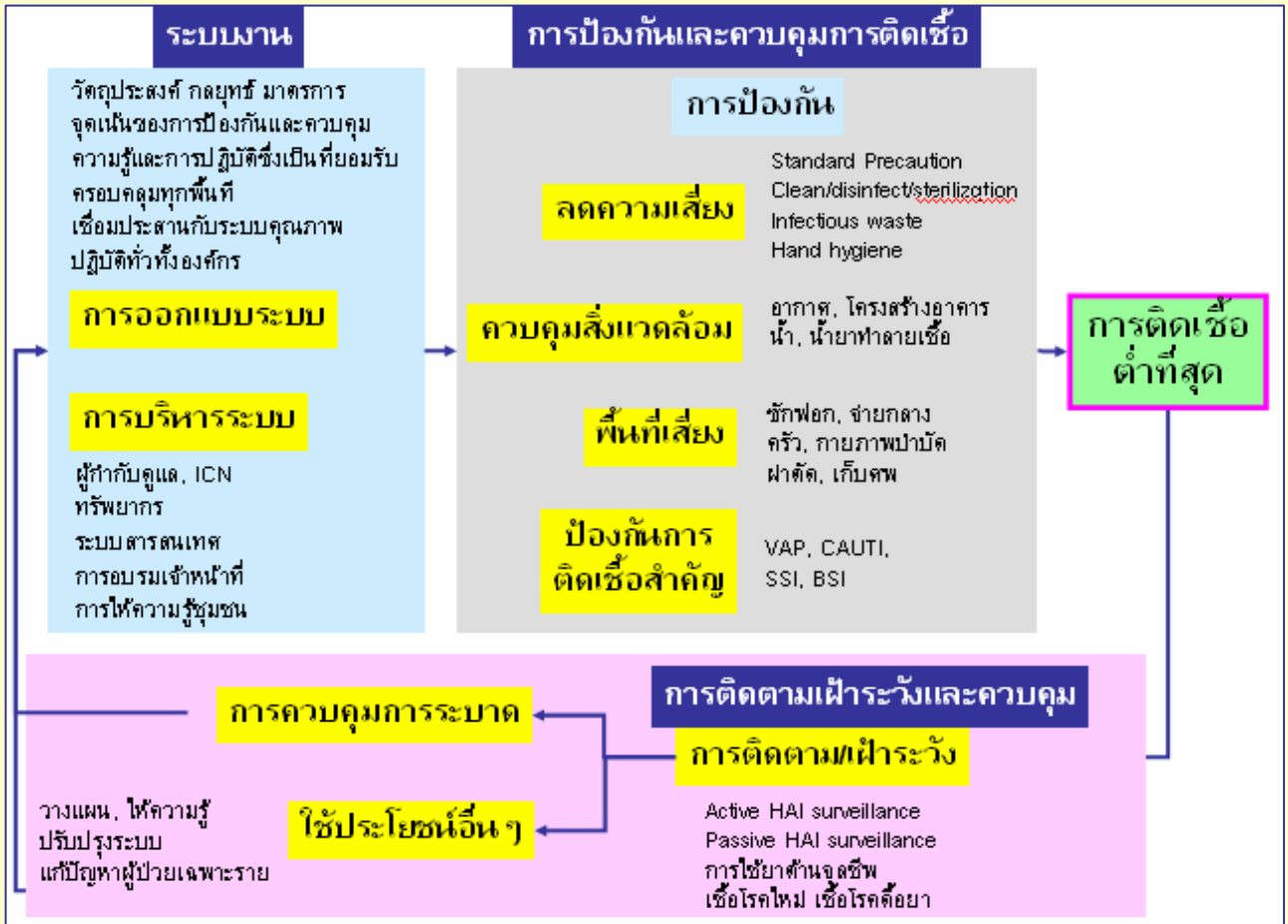




# ต้องติดตาม (รอย)



แผนผังระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มาตรฐาน HA ฉบับปี 2006



## การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) แบ่งเป็นโรคติดเชื้อที่พบประจำ (Endemic) และโรคติดเชื้อที่มีการระบาด (Epidemic) การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดีจะทำให้เราสามารถทราบสภาวะการณดังกล่าวได้ด้วยการติดตามการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถป้องกันได้เป็นหลัก นำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ห้อตราการติดเชื้อที่เป็นพื้นฐานของโรคติดเชื้อที่พบได้ประจำ ค้นหาระบาดของโรคได้ แพทย์ พยาบาลและผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญ อีกทั้งยังใช้ประเมินโครงการหรือวิธีควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ทางอ้อมเพื่อกระตุ้นและกวดขันทางอ้อมให้บุคลากรปฏิบัติอย่างถูกต้อง แสดงมาตรฐานของการรักษา ป้องกันการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ด้านการวิจัย การเฝ้าระวังโรคจะช่วยประเมินผลโครงการกรรมวิธีต่าง ๆ



การเฝ้าระวัง แบ่งเป็น การเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง (อัตราอุบัติการณ์) และการเฝ้าระวังโรคเฉพาะการณ(อัตราความชุก) การเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง กระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนออกจากโรงพยาบาล การเฝ้าระวังโรคเฉพาะการณคือการสำรวจหาโรคติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาอยู่(active infection)นั่นเอง เมื่อพูดถึงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องพูดถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อเสมอ เพราะเป็นเสมือนเครื่องมือในค้นหาโอกาสการพัฒนาในการควบคุมโรคติดเชื้อนั่นเอง

ที่ผ่านมาพบจุดที่น่าสนใจคือ การเฝ้าระวังที่ดีควรอาศัยทั้งฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและฐานข้อมูลทางคลินิกร่วมกัน

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เป็นผลสำรวจรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจเชื้อโรคที่พบ เพื่อประกอบการวิเคราะห์โรคทางคลินิก

ข้อดี คือการตรวจสอบการระบาดของโรคติดเชื้อ หรือโรคติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการนั้น ใช้เวลาน้อย ประหยัดเวลา

ข้อเสีย คือความถูกต้องของข้อมูลจะขึ้นกับจำนวนของสิ่งส่งตรวจ และคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ไม่สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสได้ และการติดเชื้อบางตำแหน่งต้องใช้การวินิจฉัยโดยอาการแสดงของโรคเป็นหลัก



ข้อมูลทางคลินิก เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบรายงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเพื่อหาข้อมูลที่เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าติดเชื้อ

ข้อดี คือ การวินิจฉัยโรคติดเชื้อถูกต้อง มีโอกาสติดตามการดำเนินของโรค สามารถให้คำปรึกษาได้เหมาะสม

ข้อเสีย คือ ใช้เวลามากกว่า ทำให้เสียเวลาหาเวลาเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ยาก หรือบางครั้งอาจไม่ทราบว่ามีภาวะระบาด

## Surviving Sepsis Campaign (SSC) Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock

Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea-Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM and the SSC Management Guidelines Committee

*Crit Care Med* 2004;32:858-873  
*Intensive Care Med* 2004;30:536-555  
 available online at  
[www.springerlink.com](http://www.springerlink.com)  
[www.sccm.org](http://www.sccm.org)  
[www.sepsisforum.com](http://www.sepsisforum.com)





## CONGRATULATIONS

It is my honour and privilege to have this opportunity to express my sincerest thoughts to all of you involved with HA Thailand.

HA Thailand is an amazing successful organization reaching out to 1,300 hospitals in Thailand because of you--the Board, the CEO, the COO, the surveyors, consultants and staff.

The Board under the visionary leadership of Dr. Jarat, and with the direction and strategy of Dr. Anuwat, has set HA Thailand on a clear path moving people and hospitals toward shared dreams of quality. Eleven years ago, I made my first presentation in Thailand about accreditation. I can remember a dark haired Orthopedic Surgeon named Dr. Anuwat busy taking down every word on his computer. What has changed? This CEO, Dr. Anuwat has turned a little grey, is still always on his computer but has led HA Thailand to a reality focusing on results and raising the standard of health care. What a tremendous pacesetter achievement in just a few years!

COO Duangsamorn has been a professional leader of ideas and people, thriving on the many challenges and changes, and always achieving high efficiencies with the team. Everyday you can see her multitasking or lecturing at 500 words per minute. She is to be admired as an independent achiever with great interpersonal skills networking in all 76 provinces. She has made a wonderful contribution to the organization and to Thailand.

The consultants come in many packages. You may be a Doctor and verifier like Dr. Chalermchai, good-looking like Dr. Jamikorn, or a new consultant like Dr. Udom or Dr. Somporn. The consultants may be from Bangkok like Dr. Rhonachai, from Chiang Mai like Dr. Warawut, or involved with the HPH program like Dr. Suchart. You may be a junior consultant like Khun Waraporn, Khun Worawan or Khun Piyaporn, or a pharmacist like Dr. Mangkorn or Ajarn Pussadee. Every consultant must be thanked individually as you are teaching quality many different ways to many different hospitals and communities.

The surveyors of HA Thailand are to be especially appreciated for their dedication, as they not only deal with the HA/HPH Standards, but with travel, time management and writing long reports. Many of you are part-time so you really work at two jobs. Accrediting almost 200 hospitals in the past few years is a wonderful accomplishment. I know you also have provided surveillance to many hospitals.

Congratulations to the first 5 surveyors—Khun Mor Panya, Ajarn Thida, Ajarn Rewadee, Dr. Wicharn, and Ajarn Pongpan for being such great role models for all the surveyors who trained after you. A very special thank you for your time, inspiration, and for your continued sharing and mentoring all these years.

Please excuse me as I cannot mention all your names but you the HA staff are very dedicated, loyal and knowledgeable in your departments. I have personally witnessed this team in action—getting the reports completed (even sleeping at the HA office), meeting you at the airport at midnight on a Friday night after a long day at a far away province, packing 5000 bags for the Forum with the organization and precision of a factory, scheduling all the hospital visits and making sure everyone gets the right TG ticket. I must mention Naddao as she can do the impossible. As the song says, “How can I thank You—let me count the ways”.

There are only core values to express your valuable contributions and dedication in quality, teamwork, individual commitment and patient focus all with a system perspective of CQI. Perhaps your strength has been in agility, creativity and innovation always focusing on results.

Wishing you all a sustainable quality future on behalf of myself and the Canadian consultants. We are very proud that you are one of the countries with a National Accreditation Program. Congratulations to you Dr. Anuwat and to all your team for a great 7th National Quality Forum and for a job well done!!

Best Regards,

Marion C. Suski



เปิดศักราชใหม่ก็ขออวยชัย อวยพร ให้สมาชิก QUALITY CARE มีความสุขกับปีใหม่นี้กันอย่างทั่วหน้า ฉบับนี้อาจจะล่าช้าแต่คุณภาพและความเข้มข้นของเนื้อหา ยังเหมือนเดิม อย่างไรก็ตามต้องขออภัยกับความล่าช้าที่เกิดขึ้นไว้ ณ ที่นี้ด้วยค่ะ

พรพ.ร่วมกับสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย จัดประชุมหารือร่วมกันเรื่อง “ความร่วมมือด้านวิชาการกับประเทศเยอรมันในเรื่องสิ่งแวดล้อม”



วันที่ 12 มกราคม 2549 นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกับ ดร.ไชยยศ บุญญากิจ รองประธานสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย จัดประชุมหารือร่วมกัน เรื่อง “ความร่วมมือด้านวิชาการกับประเทศเยอรมันในเรื่องสิ่งแวดล้อม” โดยมุ่งเน้นเรื่องความสัมพันธ์ของการบริการสุขภาพ การเกษตร และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อหาความชัดเจนในเรื่องความต้องการจากฝ่ายไทย ซึ่งการประชุมดังกล่าวมีผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ เข้าร่วมการประชุม เป็นจำนวนมาก

พรพ. จัดอบรมผู้เยี่ยมสำรวจมีอาชีพ ชั้นที่ 2 เน้นทักษะเชิงวิเคราะห์และการปฏิบัติงานจริง

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ผู้อำนวยการสถาบันฯ เป็นวิทยากรบรรยายในการอบรมหลักสูตร “ผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกมีอาชีพ” ชั้นที่ 2 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจพื้นฐานในเรื่องการวินิจฉัยของ

องค์กรและสร้างผู้มีความรู้ความสามารถในการเยี่ยมสำรวจตามมาตรฐาน HA/HPH 2006 โดยต่อยอดจากการอบรมในชั้นที่ 1 ที่ได้ดำเนินการจัดอบรมไปแล้วเมื่อเดือนธันวาคมปี 2548 สำหรับการอบรมในชั้นที่ 2 จะเน้นทักษะในการวิเคราะห์เชิงระบบ การสังเกต การให้ข้อเสนอแนะทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจมีอาชีพ จุดเน้นที่ควรใส่ใจในหน่วยงาน และระบบงานต่าง ๆ ลงฝึกปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล ตลอดจนการแลกเปลี่ยนการกับผู้เยี่ยมสำรวจจากต่างประเทศ



# มีเรื่องราว...บอกชาวเลา



## พรพ.ร่วมกับไทยประกันชีวิตเปิดตัวโครงการ “เพื่อนคุณภาพ”

นายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันฯ และดร. อภิรักษ์ ไทพัฒน์กุล กรรมการบริหารสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมเป็นประธานในการแถลงข่าวเปิดตัวโครงการ “เพื่อนคุณภาพ” ซึ่งเป็นการร่วมมือระหว่างบริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด กับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่าย ไทยประกันชีวิต เมดิแคร์ สามารถพัฒนามาตรฐานการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน HA โดยความร่วมมือในครั้งนี้ สถาบันฯ มีส่วนสนับสนุนในเรื่องการจัดอบรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา และการเข้าตรวจเยี่ยม เพื่อประเมินและให้คำแนะนำในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้กับโรงพยาบาลทั้ง 12 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ

### พรพ. ร่วมกับโรงพยาบาลเปาโล จัดประชุม

#### “Performance Excellence in Quality of Care”

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันฯ เป็นวิทยากรบรรยายในการจัดประชุมเรื่อง “Performance Excellence in Quality of Care” โดยการจัดประชุมในครั้งนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันฯ กับโรงพยาบาลเปาโล ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดประชุมครั้งนี้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายและโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานHA โดยมีโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้กว่า 19 แห่งซึ่งในการประชุมครั้งนี้ทางสถาบันฯ ได้เชิญ Mrs. Marion C.Suski และ Mrs. Janet Farrell ที่ปรึกษาของสถาบันฯ ชาวแคนาดา ของสถาบันฯ มาร่วมเป็นวิทยากรในการประชุมด้วย

ติดตามกิจกรรมข่าวคราวความเคลื่อนไหวของเรื่องราว บอกข่าวเล่าสู่ ได้ใหม่ ในฉบับหน้าค่ะ





ผุ่สดี บัวทอง

# ระบบรักษาความปลอดภัย ใครว่าไม่สำคัญ

**ก**ารลดขโมยทารกแฝดจากห้องพิเศษในโรงพยาบาล โดยการปลอมตัวเป็นเจ้าของที่ซึ่งตกเป็นข่าวครึกโครมในช่วงต้นเดือนเมษายนที่ผ่านมา คงเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้หลายคนเห็นความสำคัญของระบบรักษาความปลอดภัยในโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างชัดเจน จากโรงพยาบาลที่มีระบบอยู่แล้วก็หันมาทบทวนระบบที่มี มองหาจุดอ่อนของระบบรักษาความปลอดภัยของตนเอง และนำมาพัฒนากันอย่างจริงจัง จากที่ไม่เคยให้ความสำคัญกับเรื่องการรักษาความปลอดภัยมาก่อน ก็คงได้มาพูดคุยเพื่อวางระบบกันแบบเร่งด่วนจากความสนใจของประชาชนตามกระแสข่าว

ระบบรักษาความปลอดภัย เป็นหนึ่งในระบบสำคัญที่ได้กล่าวถึงไว้ใน บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของ มาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล นั้นแสดงให้เห็นว่าการลงเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล จะมีการลงเยี่ยมหน่วยงาน สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความรัดกุมของระบบรักษาความปลอดภัย สิ่งที่พบบ่อยๆ ในช่วงที่ผ่านมา มักพบว่าเรื่องระบบรักษาความปลอดภัยมักจะถูกละเลยหรือยังไม่ได้ถูกจัดเป็นเรื่องสำคัญในลำดับต้นๆของการพัฒนาคุณภาพ

หลายเหตุการณ์ที่สำคัญของระบบรักษาความปลอดภัย ไม่ได้นำมาทบทวนหรือวางระบบป้องกันเท่าที่ควร เวลามีปัญหาใดๆ ที่บันทึกไว้ในสมุดรายงานประจำวัน มักพบเพียงการรายงานให้หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปหรือหัวหน้าฝ่ายธุรการที่รับผิดชอบ ลงนามรับทราบเท่านั้น ก็จบไป ยังไม่มีการรวบรวมประเด็นปัญหาหรือความเสี่ยงที่สำคัญเข้าสู่การทบทวนและวางแผนป้องกันเชิงระบบมากเท่าที่ควร ทั้งๆที่สมุดบันทึกที่วันนั้นเป็นแหล่งข้อมูลชั้นดีเลยนะค่ะ



ภาพข่าวจาก [www.thairath.co.th](http://www.thairath.co.th)

กลับมาประเด็นที่เกี่ยวข้องจากข่าวกันดีกว่าค่ะ ว่าระบบรักษาความปลอดภัยเดี๋ยวนี้ถ้ามีเพียงกล้องวงจรปิด และพนักงานรักษาความปลอดภัยเดินสำรวจเป็นรอบๆ อาจไม่เพียงพอสำหรับบางโรงพยาบาลแล้วนะค่ะ มีการตั้งข้อสังเกตจากหลายท่านว่าการรู้จักสังเกตของผู้เกี่ยวข้องก็สำคัญ เช่น การอุ้มเด็กก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยไม่มีอุปกรณ์เด็กอ่อนใดๆ ผู้อุ้มไม่มีลักษณะเหมือนคนเพิ่งคลอดและเดินอย่างไร้แรง เป็นต้น ซึ่งถ้าคนเดินเข้าออกไม่มากคงพอสังเกตได้บ้าง แต่ถ้ามีผู้คนเดินสัญจรตลอดเวลา ก็น่าจะต้องมีระบบอื่นมาช่วยป้องกัน

จากการระดมสมองกันในหมู่ที่มงานมีประเด็นที่น่าสนใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้ เช่น การให้มีใบจำหน่ายหรือใบแสดงหลักฐานในทารกที่มาคลอดหรือมารักษาในโรงพยาบาลที่ต้องยื่นให้กับพนักงานรักษาความปลอดภัยก่อนนำเด็กออกจากโรงพยาบาล คล้ายๆ กับเวลาที่เรานำรถยนต์ไปตรวจสภาพที่ศูนย์รถนั้นแหละค่ะ จะนำรถออกได้ก็ต้องมีใบหลักฐานจากศูนย์ยื่นให้พนักงานรักษาความปลอดภัยก่อน ซึ่งก็เป็นระบบที่ดีนะค่ะ หรือบางท่านก็เสนอว่าไม่ต้องมีการแลกใบอะไรก็ได้ แต่ทุกคนที่นำเด็กเล็ก ทารกออกจากโรงพยาบาลต้องมีการลงชื่อ แสดงบัตรประชาชนที่พนักงานรักษาความปลอดภัยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานว่าใครเป็นผู้นำเด็กออกไป ก็เป็นแนวคิดดีๆ ลองมานำเสนอดูค่ะ แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ



# ตารางการอบรม และ หลักสูตรการอบรมประจำปี



	SAT	SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	SUN						
เม.ย.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
พ.ค.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
มิ.ย.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
ก.ค.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
ส.ค.			30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
ก.ย.							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ต.ค.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
พ.ย.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
ธ.ค.						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ม.ค.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
ก.พ.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
มี.ค.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
เม.ย.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					

ท่านใดสนใจการอบรมในหลักสูตรใด หรือจะติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

ได้ที่สำนักฝึกอบรม สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ( พรพ. )

โทรศัพท์ - [Navigation icons] [Navigation icons] [Navigation icons] [Navigation icons]

หรือเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ [Navigation icons] [Navigation icons] [Navigation icons]



## บรรณาธิการบอกกล่าว

ก่อนอื่นขอแจ้งข่าวการอำลาตำแหน่งเนื่องจากภารกิจที่เพิ่มขึ้นในฐานะอาจารย์มหาวิทยาลัย ของ ภก. ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ อดีตบรรณาธิการของเรา ที่ท่านได้ทุ่มเทมาตลอด 2 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จนมีการพัฒนารูปร่างหน้าตาออกอย่างที่เราเห็น และเป็นที่รู้จักของเราชาวคุณภาพกันหรืออยู่ในใจเรามาตลอด

อาจารย์มังกร เป็นบรรณาธิการที่มีความรู้ความสามารถและถ่ายทอดได้ดี รวมทั้งมีความเป็นศิลปินสูง มีการผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ในการรังสรรค์บทความจะหาใครเหมือน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ต้องขอขอบพระคุณ ภก. ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ มา ณ โอกาสนี้ และขอมอบ Quality care เป็นกิตติกรรมประกาศแก่อาจารย์มังกร ของพวกเราสืบไปครับ



## บทส่งท้าย

“ ก้นหม้อป้อฮ้อน

ไม่บ๊ใจเป็นแต่ไฟ

มันเป็นแต่ไฟ

บ๊ใจก้นหม้อ ”

เป็นกลอนบทหนึ่งในภาษาเหนือที่ทางบรรณาธิการ มีโอกาสไปเยี่ยมเยียนโรงพยาบาลมา รู้สึกประทับใจเนื่องจากความหมายกินใจลึกๆ ในทางเหนือ นั้นเราทราบกันดีว่าหม้อทางเหนือจะเป็นหม้อดิน ร้อนยาก แต่ถ้าร้อนก็จะต่อเนื่องและอุ่นให้อาหารได้อย่างดี แต่ตราบดีที่ไฟไม่สามารถให้ความร้อนอย่างต่อเนื่องได้ก็หมดความหมายที่จะใช้ประโยชน์จากหม้อ ดังนั้น Facilitators หรือผู้นำที่ดี ก็เปรียบเสมือนต้องเตือนตนเองอยู่ตลอดเวลาว่าต้องเป็นเหมือนไฟที่คอยสุกกันหม้อให้ต่อเนื่องยาวนานคงที่ถ้าไม่ได้เสียแล้วก็คงไม่สามารถโทษใครได้นอนจากตัวเองหรือไฟที่คอยสุกกันหม้อนั้นเอง

จากใจบรรณาธิการ

นพ.สมพร คำผิง

## Quality care

### ที่ปรึกษา

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา  
นพ.บัญญัติ สอนคม  
ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์  
นพ.เฉลิมชัย ชูเมือง  
ภก.ดร.มังกร ประพันธ์วัฒนะ  
นาง ผ่องพรรณ ธนา

### บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล  
นาง ดวงสมร บุญผดุง

### บรรณาธิการ

นพ.สมพร คำผิง

### กองบรรณาธิการ

นางสาว เรวดี ศิรินคร  
นพ.จามิกร เกษะสุต  
นพ.สรรวัช อัครเรืองชัย  
นพ.อุดม ลีลาทวิวุฒิ  
นาย โกเมธ นาควรรณกิจ  
นางสาว อาภากร สุปัญญา  
ภญ. ผุสดี บัวทอง  
นางสาว เนตรดาว นิลพัฒน์  
นางสาว อนุรัักษ์ กัณหารี

## Quality care

จดหมายข่าวราย 2 เดือน จัดทำโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและบริการของโรงพยาบาล

## Quality care

สมาชิกใหม่ ค่าสมาชิกรายปี 200 บาท  
สมาชิกเก่าต่ออายุปีละ 150 บาท ชำระเงินทางธนาคารในนาม “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ส่งจ่ายไปรษณีย์ปลายทางปท. นนทบุรี หรือชำระเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี”กองทุนเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล “สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข เลขบัญชี 340-2-04886-4 โดยระบุฉบับที่ต้องการเริ่มรับ

## เจ้าของ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี  
11000 โทรศัพท์ 0-2589-0023-4,0-2951-0103  
โทรสาร 0-2951-0238

