

บทคัดย่อผลงานวิชาการ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559

โดย ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลมหาสารคาม



โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL

โรงพยาบาลมหาสารคาม

MAHASARAKHAM HOSPITAL

คำนำ

หนังสือรวบรวมบทความคัดย่อผลงานวิชาการ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๕๙ เล่มนี้ ได้ถูกจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อรวบรวมผลงานของบุคลากรโรงพยาบาลทุกสาขาวิชาชีพที่ได้พัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้ นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ ในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและ ด้านรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพ และยังได้นำผลงานเหล่านั้นส่งเข้าประกวดในมหกรรมวิชาการทั้งระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวง

ผลงานที่ส่งเข้าประกวดมีหลายประเภท เช่น ผลงานวิชาการที่นำเสนอประเภทวาจา นำเสนอประเภท โปสเตอร์ นำเสนอประเภทนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ และผลงานวิชาการ R2R

ในปี ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา ผลงานวิชาการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับรางวัลมากมาย อันได้แก่ รางวัลในการประกวดมหกรรมวิชาการด้านสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ ๑๒ - ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๑๓ รางวัล รางวัลในการประกวดประชุมวิชาการนานาชาติ เขตสุขภาพที่ ๗ เมื่อวันที่ ๓ - ๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๔ รางวัล และรางวัลในการประกวดประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ วันที่ ๖ - ๘ กันยายน ๒๕๕๙ จำนวน ๔ รางวัล อันนำมาซึ่งความภาคภูมิใจแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน ผลงานแต่ละชิ้นล้วนแต่มีเนื้อหาสาระที่มีคุณค่า น่าสนใจและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ปฏิบัติ ในการส่งเสริม ป้องกันและรักษาโรคได้จริง

ในโอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วีระศักดิ์ อนุตรอังกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุน ร่วมกับเป็นขวัญ กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดผลงานวิชาการทุกชิ้น และสร้างสรรค์งานวิชาการ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ และเกิดความตื่นตัวทางด้านงานวิชาการให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง



(นายแพทย์สุดชาย เลยวานิชย์เจริญ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
ผลงานด้านการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ	
1. พญ.เบญจมาศ ดวงคำน้อย “Happy Friday”: The relaxing activities for medical students.	1
2. พญ.ชนิษฐา นาครินทร์ Stress level, Sources of stress and the Way to reduce stress among medical students	2
3. พญ.อินทิรา อนันตพิณีจวัฒนา Comparison of Khon Kaen University’s Nasal Packing Model to the Standard Nasal Packing Model	3
4. นพ.เก่งกาจ อุนฤทธิ The best bedside teaching method for 6 th year medical students in Thailand	4
5. นพ.ธนิน ฐิติพรรณกุล An assessment of why anatomical pathology residents are a minority group in Thailand	5
6. นพ.สัจจชน ช่างถม X-ray film interpretation efficiency before and after night shift of the surgical interns	6
7. นพ.สมคริต ศรีพลแทน ผลของการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลก ภายใน 4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อสมอง อย่างเดียวระดับรุนแรง ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม	7
8. ทพญ.นัชชา รัตนเดชสกุล แปรงสีฟันพร้อมท่อดูดน้ำลายสำหรับผู้ป่วยติดเตียง	8
9. ทพญ.นัชชา รัตนเดชสกุล ทำฟันครั้งแรกที่ห้องฟันคิตตี้ ห้องนี้ไม่ถอนฟัน	9
10. ทพญ.นัชชา รัตนเดชสกุล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคาม	10
11. สมชัย ยิ้มศิริ ฐานข้อมูลต้นทุนต่ำ เชื่อมเครือข่ายถ่ายภาพบำบัดเพื่อผู้ป่วย Stroke	11

	หน้า
12. สุรนนท์ กลิ่นศรีสุข	12
การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดในการเยี่ยมบ้านเพื่อการสื่อสาร และส่งต่อข้อมูลกับสหวิชาชีพ	
13. วรวรรธน์ ประมาคะเต	13
ผลลัพธ์ของการออกกำลังกายแบบ AROM EXS ต่อการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวของ ข้อไหล่ในผู้ป่วย MRM โรงพยาบาลมหาสารคาม	
14. บันดิษฐ ศรีธรรมมา	14
ประสิทธิผลการลบล้างสัญญาณตกค้างในระบบภาพรังสีดิจิทัล	
15. กมลเนตร พินทะปะกัง	15
การศึกษาอัตราการใช้โลหิต และการลดค่าใช้จ่ายในการเตรียมโลหิตแบบ Type and Screen ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2556	
16. ศิริพร ราชรามแก้ว	16
การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ 7 อาการ พื้นฐาน ในคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม	
17. ประถมพร มาตย์วิเศษ	17
การเปรียบเทียบผลการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างการนวดไทยแบบราชสำนักและ การนวดกันบก ต่อการลดความเจ็บปวดและลดเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม	
18. สุวิมล พุทธบุตร	18
การพัฒนาและประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล ในโรงพยาบาลมหาสารคาม	
ผลงานด้านการพยาบาล	
● R2R	
19. วิไลพร พิณนาดิเลย์, จุลินทร ศรีโพนทัน	19
รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก	
20. ชยวรักษ์ สัจจวาณิชย์	20
การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤต ที่คาท้อช่วยหายใจ	
21. ชวงค์ คชสาร	21
ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย เด็กโรคไข้เลือดออก หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคาม	

	หน้า
22. ดุจดาว ศิริพิชัย	22
ประสิทธิผลของการใช้หมอนรองสายระบายไตในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง	
23. นิศมา แสนศรี	23
ผลของกระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	
24. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล	24
การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ	
25. วไลพร ปักเคราะห์กา	25
การพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติ	
26. รัชชยา มหาสิริมงคล	26
ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับสუნทรบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัด	
27. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร	27
สถานการณ์โรคมะเร็งโรงพยาบาลมหาสารคาม	
28. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	29
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองต่อระดับบิลิรูบินและระยะเวลาส่องไฟรักษา หน่วยงานทารกป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม	
29. สุมาลี วุ่นเหลี่ยม	30
ปัจจัยที่มีผลต่อการบวมของฝีเย็บในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกและต้นขา	
30. อังคนา จันคามิ	31
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารคาม	
31. ชาลินี ยินดีมาก	32
ผลของการประคบเจลเย็นต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการดึงสายระบายเลือดออกในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก	
32. ดรุณี สมบูรณ์กิจ	33
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic Cholecystectomy โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	
33. พลัญฐ์ธวัช คำพันธ์	34
การศึกษาสถานการณ์การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในระบบบริการทางด่วนโรงพยาบาลมหาสารคาม	

	หน้า
34. พงพรรณ กาละนีโย	35
การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี ชุมชนสองเหนือตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	
35. เสาวภา พุทธิวงศ์	36
การพัฒนาศักยภาพด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ของผู้พิการทางสายตา จังหวัดมหาสารคาม	
36. รำไพ เกตุจิระโชติ	37
ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม	
● นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์	
37. วราลักษณ์ พรหมรินทร์	38
เสื้อปั๊มนมอุ่น : Hand free pumping warm bra	
38. จิรายุ อักกะมานัง	39
การพัฒนานวัตกรรมการได้น้ำเจลอุ่นเพื่อลดอาการเจ็บหัวนม หัวนมแตก	
39. สุภัตรา แสนมี	40
ผ้าพันคอมหัศจรรย์ (Magic Scarf)	
40. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร	41
นวัตกรรมตัวอย่าง Package ยา เพื่อช่วยป้องกันการงัดและเลื่อนผ้าตัด	
41. ชวมัย ปินะเก	43
นวัตกรรมสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต	
42. พงพรรณ กาละนีโย	44
มหัศจรรย์รวมพลังปลอกเข็มฉีดยา	
43. สุนิษฐ์ สุวรรณมิตร	45
นวัตกรรมป้ายคัดแยกถุงสีตรวจรักษาถูกต้องรวดเร็วผู้ป่วยปลอดภัย	
44. อัญชุลี ประคำทอง	46
นวัตกรรม ไฟจราจรสามสี สังเกตอาการเตือน	
45. รัชชยา มหาสิริมงคล	48
หอมเพลงบรรเลงใจ	
● เรื่องเล่า	
46. วันเพ็ญ วรามิตร	49
สุขกาย สุขใจ ดูแลหัวใจ ก้าวไปอย่างยั่งยืน	

	หน้า
47. พรหมจรรย์ ปาปะซี	51
ระบบงานดี ชีวิตมีสุข	
48. พิภูล ไชยคำภา	53
อิสราเอลจากโซ่ตรวน	
49. วทัญญู เนื่องมหา	56
ชีวิตที่ไม่สิ้นสูญ	
50. หอผู้ป่วยเด็กโต กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม	58
Home Ventilator กับความฝันในวันกลับบ้านของน้องพลอย	
51. ดุจดาว ศิริพยัคฆ์	60
ปลดปล่อยใจ เสริมการรัก พิชิตอุปสรรคและโรคภัย	
52. วิลัย ศรีเตชะ	63
ความหวังของแม่น้องพิมพ์	
53. วิไล ภวภูตานนท์	65
นางฟ้ากับแวนชยาย	
54. ชวมัย ปินะเก	67
สะพานบุญชีวิตใหม่ ของบุญหลาย	
55. พิชัยรัตน์ ฉิมพลี	70
การรอคอยที่ดูเลือนลาง	
56. ขวัญเรือน แก้วเข้า	72
สุดท้าย...ที่ปลายทาง	
57. สุรางค์รัตน์ ชินรัตน์	74
ไม่นับลูกดั้น..หมดสิ้นชีวิตลูก	
58. เพลินตา คำหลาย	76
XDR –TB ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด	
59. มะลิ เนื่องวงษา	77
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดึงศักยภาพทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาสารคาม	
60. อรุณข เสนานันท์	81
ให้รักนำทาง	
● CQI	
61. หอผู้ป่วยสูติกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม	82
พัฒนาระบบวัคซีน BCG ในทารกแรกเกิด	

	หน้า
62. หอผู้ป่วยสูติกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม การพัฒนากระบวนการให้ยาต้านไวรัสในทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ HIV	85
63. นิศมา แสนศรี XDR-TB ได้รับบริการเต็มที่ ดูแลอย่างดี ชีวีปลอดภัย	88
64. ทศนีพร ยศพล การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม	90
65. สุขัญญา เดชศิริ, บุษยมาศ ภิรมย์ ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในผู้ป่วยวิกฤติ	91
66. ราตรี จันทะจิต, ยุวดี เสตา RECTAL Cath ช่วยลด bed sore ได้	92
67. พิมลพรรณ อันทะหาว VAP ZERO	94
68. จีรพรรณ อินทะวัน, รสรินทร์ ยิ่งยีน การรักษาแผลไฟไหม้ลึกระดับสองแนวใหม่ (Modern wound care)	96
69. เตชนี พรหมเลิศ ชุดสายเครื่องช่วยหายใจคีนซีพ	98
70. ณรงค์ ภูนาขาว ช่วยประหยัดค่าอุปกรณ์การตรวจสอบประวัติผู้บริจาคโลหิตด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์ในหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลมหาสารคาม	100
71. พุทธัญญา นารณศิลป์, ปารีชาติ หิตายะโส ลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ	101
72. พุทธัญญา นารณศิลป์, ปารีชาติ หิตายะโส Safety lock A – line	103
73. พุทธัญญา นารณศิลป์, นางสาวไกรสร เทกอง พัฒนาคุณภาพการพยาบาล การฉีดยา Enoxaparin	106
74. พุทธัญญา นารณศิลป์, นาดยา สุมาลา นวัตกรรมความทรงจำสี่รู้	109
75. พุทธัญญา นารณศิลป์, คุณนภาพร ธิภาศรี นวัตกรรม หมอนทราย สะกดจุด หยดเลือดไหล	111

	หน้า
76. สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง	114
หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันและจัดการภาวะ extravasation ในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2	
โรงพยาบาลมหาสารคาม	
77. ศุภรินทร์ ยิ้มศิริ	115
การพัฒนางานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)	
จังหวัดมหาสารคาม	
78. นลินรัตน์ นุริตานนท์	116
การพัฒนาระบบการให้บริการ รับ-แลกเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ งานศูนย์จ่ายกลาง	
โรงพยาบาลมหาสารคาม	
79. พิชัยรัตน์ ฉิมพลี	117
คนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วน	
80. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	119
การศึกษาการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ Emergency Severity Index : ESI งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม	
81. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	121
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ Total case	
82. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	122
การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
โรงพยาบาลมหาสารคาม	
83. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	124
ผู้ป่วยถักใจ ได้ยาไวคัก ด้วยระบบ drug express	
84. วไลพร ปักเคราะห์	125
การควบคุมและป้องกัน การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (ventilator associated pneumonia: V A P)	
85. บันดิษฐ ศรีธรรมมา	127
การศึกษารูปแบบของการเปิดลำรังสีที่มีผลต่อภาพรังสี บนแผ่นรับภาพรังสี	
ในระบบคอมพิวเตอร์	
86. เอกพงษ์ เงินขาว	129
การฝึกกลืนสำหรับผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีความบกพร่องในการกลืน	
87. นันทพญาน์ พิมพ์บุตร	131
Beware ADR	

	หน้า
88. กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด	133
แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองใน โรงพยาบาลมหาสารคาม	
89. จิระวรรณ บุตรพูล	134
การวางแผนการจำหน่าย	
90. ภัทราภรณ์ บรรณกิจ	135
นวัตกรรม เก็บ ใส่ใจ ป้องกันการติดเชื้อได้ เข็มไม่ทิ่มแทง	
91. หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลมหาสารคาม	137
กลองหยอดตา	
92. พุทธกัญญา นารถศิลป์	138
การพัฒนาระบบบริการ Fast track STEMI จังหวัดมหาสารคาม	
93. ปารณีย์ มากดี	140
Bed Shampoo & Med. SKT 8 (การระดมร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT8)	
94. สุมลมาลย์ บุพเต	142
การพัฒนาระบบการจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุนของผ้าพันแผล	
95. งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม	143
โครงการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการใช้ Safety bag	
96. ญ.ปริญญา ถมอุตทา	144
ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอเมือง จ.มหาสารคาม	
97. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	146
Smart use smart gloves	
98. เพ็ญศรี บำรุง, วไลพร ปักเคราะห์กา	147
การพัฒนารูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล	
99. ญ.เพชรรัตน์ดา ราชดา	149
การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลจากการใช้ตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool)	
100. วิภาดา ดวงพิทักษ์	151
โครงการควบคุมการใช้วัสดุการแพทย์	
101. คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์	153
การ Identify patient	
102. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร	154
นวัตกรรมการตรวจตับและท่อน้ำดี	

	หน้า
103. นิกร เชื้อคำฮด	156
หมวกนิรภัยส่องสว่าง	
104. ธวัชไชย วรรณชัย	158
โปรแกรมการบันทึกผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาจ่ายค่าตอบแทน	
105. บังอร ศรีป๋อง	159
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน	
106. สุมาลี พลเสน	161
วงล้อหลังผ้าตัดทรรษา	
107. รัฐินันท์ จันทะพา	163
เสื้อมีชีวิต Colostomy	
● ผลงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันและควบคุมโรค	
108. ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์	165
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม	
109. วราภรณ์ สาวสิทธิ์	166
การศึกษาทัศนคติและภาวะผู้นำของผู้นำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีผลต่อการไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่	
110. นิจลารวรรณ เพ็ชรรินทร์	167
รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเสี่ยงบ้านโนนแสนสุข หมู่ที่ 8 ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	
111. กรรณิการ์ โง่นสุข	168
การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	
112. ทรรศตวรรษณ เดชมลาลา	169
การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในสถานศึกษาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา	
113. นางปราณี ถีอาสนา	170
ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน จังหวัดมหาสารคาม	

	หน้า
114. ทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์	171
การศึกษาสถานการณ์ และการใช้แนวทางการรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัข บ้ากรณีศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม	
115. วิศรุตดา ตีเมืองซ้าย	172
การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	
ภาคผนวก	
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดงานมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาล มหาสารคาม ปี 2559	
- คณะผู้จัดทำ	

“Happy Friday”: The relaxing activities for medical students.

พญ.เบญจมาศ ดวงคำน้อย

Background: “Happy Friday” is the extracurricular activity was held for medical students to relive pressure and teach non -medical skills for daily life. The purpose of this study is to evaluate the satisfactions and reflections of medical students on the happy friday activities.

Summary of work: The 4th to 6th year medical students at Mahasarakham medical education center were enrolled in this study.Each student completed the questionnaire about their satisfactions level as overall of Happy Friday activities which consist of cooking, drawing, photography, movies and excellent service behavior (ESB). The scores range from 1(very poor/very dissatisfied) to 5(very good/very satisfied); the satisfactions score was interpreted as poor, fair and good.

Summary of Result: 47 questionnaires (100%) were returned and analyzed. Overall satisfactions level was 4.8/5.The benefits of this project are relaxing and can be adapted to use in daily real life (80% and 70%) respectively, and all reflections suggest to continue this “happy Friday” activities.

Discussion and Conclusions: The finding in this study showed the satisfaction rate was very good. The happy friday activities not only relieve academic stress but, also adapted to use in the daily life from this experience through process of learning by doing.

Take-home messages: The medical curricular and the extracurricular activities were essential for medical students to become a good doctor in the future.

Stress level, Sources of stress and the Way to reduce stress among medical students

พญ.ชนิษฐา นาครินทร์

Background: Stress is important common problem in medical education that may affect academic performance of medical students, there is no such study in Mahasarakham Hospital so this study aimed to assess stress level, sources of stress and way to reduce stress among medical students in Mahasarakham Hospital

Summary of work: Cross-sectional study was conducted in 46 fourth to sixth-year medical students, they were asked to fill out the questionnaire including personal information and Suanprung stress test (SPST-20) Ministry of Public Health, Thailand. The response rate was 76% (35 questionnaire returned, male 15, female 20). Personal data was collected. The scores were measured and categorized into mild, moderate, high and severe stress

Summary of result: The prevalence of high and severe stress was 54.3 % (19/35) of medical students, most of them were 4th and 6th year medical students (47.4% and 42.1%). The major sources of stress were academic activities like examination (85.7%), study (51.4%), duty (45.7%), the other sources of stress was relationship with staffs and friends. 77.1% of them stated that Medicine rotation cause stress most compare with other rotation. Sex, grade point average, duration of sleep showed no correlation with stress level ($p > 0.05$). There were many way to reduce stress such as listening (80%), seeing movie (71.4%), having party (63.6%), playing sport (38.2%) and meditation (11.8%)

Discussion: The result revealed more than half of medical students had high and severe stress level which may lead to physical and mental problems. This might affect daily life and academic activities such as patient care, impair learning, judgment, graduation and even suicide.

Conclusion: Prevalence of severe stress in medical students was high and these findings can make the staffs understand and help their students to cope with stress.

Take home message: Stress among medical students should be explored so that we can prevent its effects

Comparison of Khon Kaen University's Nasal Packing Model to the Standard Nasal Packing Model

พญ.อินทิรา อนันตพินิจวัฒนา

Introduction: The Department of Otorhinolaryngology at Khon Kaen University (KKU) created an innovative model for anterior nasal packing. This study aims to evaluate KKU's nasal packing model to the standard nasal packing model.

Material and methods: The Department of Otorhinolaryngology set up an anterior nasal packing class to teach and compare the standard nasal packing model to the KKU nasal packing model. Medical students practiced both models. A standard questionnaire (VAS 0-10) was used to compare the models based on a list of criteria: satisfaction; confidence in the test; confidence to perform the procedure; confidence when performing with a patient; procedure adequacy; and a sense of satisfaction.

Results: The mean difference between the two models was not statistically significant: satisfaction was 0.48 (95 %CI -0.72, 1.68); confidence in the test was 0 (95 %CI -1.03, 1.03); confidence to perform the procedure was 0.33 (95 %CI -0.75, 1.42); confidence when performing with a patient was 0.86 (95 %CI -0.21, 1.93); procedure adequacy was 0.57 (95 % CI -0.44, 1.59); and 12 medical students reported being satisfied with both models (57.1%).

Discussion: The standard model is three times more expensive than the KKU model. The KKU model can perform anterior and posterior nasal packing, tracheostomy and change silver tubes. The KKU model was found to be the model of choice and can potentially replace the standard nasal packing model due to greater affordability, durability and multi-functionality. It is also important to note that medical students felt that the standard model, having a cross sectional translucent plastic cover in 1 site of model, made it easier to perform and visualize the packing layers. The KKU model should look into further developing their model based on these points.

Take-home message:

The KKU model is more affordable, durable and demonstrated better performance by medical students than the standard model.

The best bedside teaching method for 6th year medical students in Thailand

นพ.แก่งกาจ อุ่นฤทธิ

Background: In Thai medical school, we have two types of bedside teaching: discussion beside patient beds and outside discussion. The aim of this study is to discuss the best bedside teaching method for medical students.

Summary of work: All 6th year medical students in pediatric department 2015 were selected. Two types of bedside teaching; i.e. discussion beside patient beds (mode in) and outside discussion (mode out) were taught to the students. Following the activity, the students were asked to complete the questionnaires. Mean and pair sample test were used to analyze the data.

Summary of Results: The mean of stress in mode in was insignificantly higher than that in mode out (5.4 vs 4.1 in mode in; $P=0.114$). The mean of shame when they were unable to answer in mode in was significantly higher than that in mode out (3.95 vs 2.4 in mode out; $P=0.036$). The mean of the feeling toward the risk of being sued in mode in was significantly higher than that in mode out (4.0 vs 2.35 in mode out; $P=0.05$). The mean of students' satisfaction toward mode out teaching was insignificantly higher than that of the mode in teaching (7.5 vs 6 in mode in; $P=0.054$). The means of the knowledge of the two teaching modes were not different (7.85 vs 7.5 in mode out; $P=0.163$).

Discussion and Conclusion: Discussing beside patient beds caused shame for medical students when they were unable to answer the questions and also caused the feeling of risk of being sued. There was little difference between the two types of teaching in terms of the stress, the satisfaction, and the knowledge.

Final remarks: Discussion outside seems to be more beneficial than discussion beside patient beds, and it may reduce the feeling of risk of being sued and the feeling of shame when they were unable to answer the questions.

An assessment of why anatomical pathology residents are a minority group in Thailand

นพ.ธนิน จิตติพรณกุล

Background: In Thailand, anatomical pathologists are considered a minority in the medical field. There are no studies evaluating the reason behind this phenomenon. Due to the major lack of pathologists in Thailand, it is necessary to understand why current anatomical pathologists choose to specialize in anatomical pathology before their residency training.

Methods: Structured questionnaire were designed and completed by 21 anatomical pathologists in 3 Thai medical faculties: Khon Kean University, Siriraj Hospital, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Results: 61.9% of the residents were female; aged between 24-28 Years; and their response rate was 100%. The 80% reported choosing anatomical pathology because there was no need for personal contact with patients; 30% because they could train immediately upon graduation; 20% because they were proud of the profession; and 20% because they were satisfied by the income.

Discussion: Anatomical pathology is not a popular specialization in the medical field in Thailand. Our findings show that Thai medical residents do not choose anatomical pathology because of role models or because of the proud profession. However, it is significantly associated with the working style of a pathologist. Based on our findings, we suggest that strategies to increase interest in anatomical pathology focus on (1) inspiring undergraduate medical students through strong pathologist role models; And (2) increasing the income of an anatomical pathologists in order to appeal to recently graduated medical doctors.

Conclusion: Medical students choose to go the route of anatomical pathology because of the working style.

X-ray film interpretation efficiency before and after night shift of the surgical interns
นพ.สัจजन ช่างถม

X-rays Film interpretation efficiency before and after s night shift of the surgical interns

Abstracts

Background: Night shift can be energy consuming and interruption of sleep and fatigue can affect the ability for interns to interpret results of investigation such as x-rays films. Little is known whether the effect of night shift on one's ability to use critical thinking for x-rays films interpretations. This study carried out tests to see the various effects

Objective: To determine the differences between the ability to interpret x-rays films of surgical interns before and after night shifts

Methods: 12 surgical interns at Mahasarakam hospital were tested with the same sets of quiz before they had their night shifts. The same sets of quiz but in different order were used to test them again after they had their night shifts. The primary outcomes were the comparison between the points they scored from the quiz before the night shifts and after the night shifts.

Results: A total of 12 interns were enrolled in the study. There was no statistically significance on how the night shifts would have an effect on the points they scored before and after the night shifts. However they reported to have a quite enough sleep of 4 hours each night

Conclusions: Despite the interruption of their sleep during the night and fatigue, there was no decrease in their abilities to interpret x-rays film results

ผลของการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลก ภายใน 4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อสมองอย่างเดียว

ระดับรุนแรง ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

นพ.สมคริต ศรีพลแทน

อุบัติเหตุต่อสมองระดับรุนแรง เป็นภาวะที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายอย่างโดยเฉพาะระยะเวลาที่เสียไปในการรอดชีวิตมีผู้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของเวลาในการรอดชีวิตกับการพยากรณ์โรคและมีรายงานผลการศึกษาที่แตกต่างกันออกไปซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาย้อนหลัง ในผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อสมองอย่างเดียวระดับรุนแรง จำนวน 40 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2558 เก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาจากแฟ้มประวัติและแบบบันทึกข้อมูลที่กำหนดขึ้นตามมาตรฐานการรักษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยจำแนกออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกเพื่อลดความดันในสมองภายใน 4 ชั่วโมงและกลุ่มผ่าตัดภายหลัง 4 ชั่วโมงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยระดับการฟื้นตัวขณะจำหน่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.077$) แต่กลุ่มผ่าตัดภายใน 4 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยระดับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มผ่าตัดภายหลัง 4 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และกลุ่มผ่าตัดภายใน 4 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดภายหลัง 4 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดเปิดกะโหลกภายใน 4 ชั่วโมงส่งผลดีต่อระดับการฟื้นตัวและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อสมองอย่างเดียวระดับรุนแรง

คำสำคัญ : การผ่าตัดเปิดกะโหลก อุบัติเหตุต่อสมองอย่างเดียวระดับรุนแรง

แปรงสีฟันพร้อมที่ดูดน้ำลายสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

ทพญ.นัชชาพร รัตนเดชสกุล

การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากปริมาณเชื้อในช่องปากอาจส่งผลต่อการติดเชื้อที่ปอดได้ รวมทั้งการเกิดฟันผุจะทำให้ผู้ป่วยปวดฟันและทานอาหารลำบากส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การทำความสะอาดช่องปากและแปรงฟันทุกครั้งหลังทานอาหาร สามารถลดการติดเชื้อในช่องปาก โรคฟันผุและโรคปริทันต์ลงได้ โดยผู้ป่วยติดเตียงในเขตรับผิดชอบของศสม.บ้านส่องนางใยเครือข่าย รพ.มหาสารคามมีทั้งหมด 8 ราย มี 3 รายที่มีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถถูลูกน้ำและแปรงฟันได้ด้วยตนเอง จึงเป็นหน้าที่ของ ผู้ดูแลที่ต้องแปรงฟันให้ผู้ป่วย โดยพบปัญหาการสำลักน้ำลายขณะนอนแปรงฟันบนเตียง จึงได้คิดแปรงสีฟันพร้อมที่ดูดน้ำลายที่สามารถใช้งานได้ร่วมกับเครื่องดูดน้ำลายที่บ้านของผู้ป่วย ร่วมกับการจัดทำในการแปรงฟัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแปรงฟัน และลดการสำลักน้ำลายขณะแปรงฟัน ซึ่งเดิมผู้คิดค้นใช้แปรงสีฟันแบบดังกล่าวกับผู้ป่วยโดยนำเข้ามาจากประเทศญี่ปุ่น แต่มีราคาแพงจึงคิดค้นจากวัสดุที่มีในประเทศ

จากการนำไปใช้พบว่า ผู้ดูแลสามารถแปรงฟันให้ผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีประสิทธิภาพในเวลาสั้นลง ลดการสำลักขณะแปรงฟัน ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในช่องปากซึ่งส่งผลต่อการติดเชื้อที่ปอด รวมทั้งป้องกันการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในผู้ป่วยติดเตียง

ทำฟันครั้งแรกที่ห้องฟันคิตตี้ ห้องนี้ไม่ถอนฟัน

ทพญ.นิชนพ รัตน์เดชสกุล

ประสบการณ์การทำฟันครั้งแรกสำหรับเด็กส่งผลต่อทัศนคติในการทำฟันได้ตลอดชีวิต ดังนั้น ความนุ่มนวลและบรรยากาศที่ดีในการทำฟันเป็นสิ่งสำคัญ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโยไยเครือข่ายรพ.มหาสารคาม จึงพัฒนารูปแบบการทำฟันครั้งแรกของนักเรียนชั้น ป.1 โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในอนาคตและลดการกลัวการมาพบทันตแพทย์ได้ และเพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้ารับการทำฟัน จากรูปแบบเดิมคือนักเรียนเข้ามาทำฟันโดยพิจารณาตามปัญหาเร่งด่วนคือ ฟันแท้ขึ้นซ้อน ฟันน้ำนมไม่หลุด รากฟันน้ำนมแทงทะลุเหงือก และรักษาโดยการถอนฟัน ทำให้เด็กมีความหวาดกลัวการทำฟันครั้งแรก ส่งผลเสียต่อทัศนคติในการทำฟันในครั้งต่อไปหรืออาจไม่ยอมมาทำฟันอีกเลย โดยรูปแบบใหม่จะทำฟันในบรรยากาศที่อบอุ่นในห้องฟันคิตตี้สีชมพู ทำการเคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ และ อุดฟันแท้โดยไม่มีการถอนฟัน ซึ่งจะมีจดหมายถึงผู้ปกครองให้พาไปรักษาที่รพ.มหาสารคามภายหลังในกรณีที่มีฟันต้องถอนในภายหลัง **วัตถุประสงค์:** 1. เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำฟันครั้งแรกของนักเรียนชั้น ป.1 โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม 2. เพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้ารับการทำฟัน 3. เพื่อให้บริการทันตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันแท้ในเด็ก **วิธีการดำเนินงาน:** 1. เข้าตรวจฟันนักเรียนชั้น ป.1 โดยการตรวจหน้าห้องเรียน ระหว่างคาบเรียน ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อลดความกังวลในการรอตรวจฟันจากแบบเดิมที่นำเด็กจำนวนมากมานั่งรอที่หอประชุม พร้อมกับมีการสอนทันตสุขศึกษาและอธิบายการทำฟันโดยไม่มีการถอนฟัน แนะนำขั้นตอนการเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ และการอุดฟัน พร้อมวิดีโอทัศน์แสดงขั้นตอนการทำฟันและบรรยากาศการทำฟันเพื่อลดความกลัวในการทำฟันครั้งแรก 2. นัดนักเรียนเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโยไย ครั้งละ 12 คน โดยก่อนให้บริการ มีการแจกแปรงสีฟัน สอนแปรงฟัน และให้นักเรียนแปรงฟันด้วยตนเอง โดยในห้องทำฟันตกแต่งด้วยการ์ตูนคิตตี้และโทนสีชมพูให้ดูนุ่มนวลอบอุ่น 3. ทำการเคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ และ อุดฟันแท้โดยไม่มีการถอนฟัน ซึ่งจะมีจดหมายปิดผนึกถึงผู้ปกครองให้พาไปรักษาที่รพ.มหาสารคามภายหลังในกรณีที่มีฟันต้องถอน ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมคือ นัดนักเรียนเข้ามาทำฟันโดยพิจารณาตามปัญหาเร่งด่วนคือ ฟันแท้ขึ้นซ้อน ฟันน้ำนมไม่หลุด รากฟันน้ำนมแทงทะลุเหงือก และทำการรักษาโดยการถอนฟัน **ผลการศึกษา:** ก่อนการดำเนินการในปี 2557 ที่ใช้รูปแบบเดิม นักเรียนชั้น ป.1 จำนวน 337 คน ยินยอมมาทำฟัน 123 คน ได้รับการถอนฟัน 24 คน เคลือบหลุมร่องฟัน 69 คน อุดฟันแท้และเคลือบหลุมร่องฟัน 19 คน เคลือบฟลูออไรด์ 11 คน จำนวนนักเรียนที่มาทำฟันทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 36.50 หลังการใช้รูปแบบใหม่ในปี 2558 พบว่า นักเรียนชั้นป.1 จำนวน 346 คน ยินยอมมาทำฟัน 302 คน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน 212 คน อุดฟันแท้และเคลือบหลุมร่องฟัน 65 คน เคลือบฟลูออไรด์ 25 คน จำนวนนักเรียนที่มาทำฟันทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 87.28 เห็นได้ว่า นักเรียนได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองให้มาทำฟันเพิ่มมากขึ้นและยินยอมเข้าทำฟันโดยสมัครใจ เพราะมีการงดบริการถอนฟัน เนื่องจาก ผู้ปกครองและเด็กมีความกลัวการถอนฟัน รูปแบบดังกล่าว สามารถลดความกลัวการมาทำฟันของทั้งเด็กและผู้ปกครองลงได้ ผู้ปกครองจึงไว้วางใจในการอนุญาตให้เด็กในความปกครองมาทำฟัน **การนำไปใช้ในงานประจำ:** รูปแบบ “ทำฟันครั้งแรกที่ห้องฟันคิตตี้ ห้องนี้ไม่ถอนฟัน” สามารถนำไปใช้ได้ ในนักเรียน ทุกระดับชั้น เพื่อประสบการณ์และ ทัศนคติที่ดีต่อการทำฟัน **บทเรียนที่ได้รับและปัจจัยแห่งความสำเร็จ:** ทัศนคติที่ดีต่อการทำฟันในครั้งแรก เป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากรวมถึงการให้ความร่วมมือในการทำฟันของเด็ก รูปแบบการทำฟันดังกล่าวสามารถสร้างทัศนคติที่ดีให้กับ นักเรียนชั้น ป.1 ให้ยินยอมเข้ารับการทำฟันมากขึ้นถึงร้อยละ 51.08 ส่งผลให้ทันตแพทย์สามารถให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุ รวมทั้งอุดฟันเพื่อป้องกันการลุกลามของโรคฟันผุ ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียฟันแท้ในเด็กได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคาม

ทพญ.นัชชา รัตน์เดชสกุล

เรือนจำมหาสารคามมีจำนวนประชากรผู้ต้องขังรวม 2,432 ราย ซึ่งในจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดจะมีผู้ต้องขังจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาด้านทันตกรรมและไม่สามารถออกมาใช้บริการรักษาที่โรงพยาบาลได้เหมือนปกติ และถ้ามีการนำตัวผู้ต้องขังมาเข้ารับบริการด้านทันตกรรมที่โรงพยาบาลจะมีข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในช่องปากของผู้ต้องขังและจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพตามมา ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางใยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขในเรือนจำมหาสารคาม จึงได้มีการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคามขึ้น โดยมีการนำอุปกรณ์และเครื่องมือเข้าไปให้บริการทางทันตกรรมกับผู้ต้องขังในเรือนจำ มีการสร้างชมรมผู้มีสุขภาพฟันดีขึ้น มีช่องทางและศูนย์ดูแลช่วยเหลือด้านทันตกรรม ซึ่งจะช่วยเหลืออัตราการป่วยทางทันตกรรมต่อไป **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคาม

วิธีการศึกษา/ดำเนินงาน มีวิธีในการดำเนินงานทั้งหมด 5 ขั้นตอน 1. สำรวจข้อมูลและคัดกรองภาวะสุขภาพในช่องปากให้ผู้ต้องขังในเรือนจำทุกราย 2. คั้นข้อมูลปัญหาสุขภาพในช่องปากของผู้ต้องขังให้กับเจ้าหน้าที่เรือนจำและร่วมวางแผนแนวทางการให้การดูแลทางทันตกรรมกับผู้ต้องขัง 3. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ บุคลากร ที่จะเข้าไปให้บริการภายในเรือนจำ 4. ให้บริการตรวจรักษาทางทันตกรรมโดยทันตแพทย์ 5. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและถอดบทเรียนในการดำเนินงาน **ผลการศึกษา:** พบว่า ได้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคามขึ้น ซึ่งมีวิธีในการดำเนินงานทั้งหมด 5 ขั้นตอน นอกจากนี้ ผู้ต้องขังทั้งหมดจำนวน 2,432 คน ได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟันจำนวน 2,403 คน คิดเป็นร้อยละ 98.81 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 16.02 ผู้ต้องขังได้รับการดูแลทางทันตกรรม จำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แบ่งเป็น ได้รับการขูดหินปูน จำนวน 351 คน ได้รับการถอนฟัน 29 คน **สรุปผลและบทเรียนที่ได้:** การดำเนินการเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมหาสารคามขึ้นนั้นจะต้องอาศัยภาคีเครือข่าย และจะต้องมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อป้องกันปัญหาอื่นๆตามมาและเพื่อไม่ให้ผิดระเบียบข้อบังคับภายในเรือนจำและควรคำนึงถึงประเด็นของความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะช่วย พัฒนาคุณภาพการดูแลด้านทันตกรรมสำหรับผู้ต้องขังได้เป็นอย่างดี

ฐานข้อมูลต้นทุนต่ำ เชื่อมเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อผู้ป่วย Stroke

สมชัย ยิ้มศิริ

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) มีการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและทำกายภาพบำบัด 100 % มีระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบการส่งต่อโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาและระบบ HHC ของโรงพยาบาล แต่จากการนิเทศติดตามโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามในปีงบประมาณ 2556 กลับพบว่า นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลชุมชนแทบทุกแห่ง ไม่ได้รับข้อมูลผู้ป่วย Stroke ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสภาพ ในปีงบประมาณ 2557 มีการปรับปรุงระบบส่งต่อโดยประสานงานแพทย์ผู้ส่งต่อ ให้ส่งต่อเพื่อพบนักกายภาพบำบัดด้วย และเพิ่มช่องทางการสื่อสารในเครือข่ายกายภาพบำบัดมหาสารคาม โดยการแจ้งชื่อและที่อยู่ผู้ป่วยผ่านกลุ่มปิดใน Facebook จากการประเมินผลพบว่า ระบบการส่งต่อโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาและ HHC ยังไม่ได้ผล นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากการส่งผ่านกลุ่มปิดใน Facebook แต่ก็ไม่สามารถประเมินจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และไม่สามารถประเมินผลการฟื้นฟูสภาพได้ เนื่องจากไม่มีการกำหนดช่องทางสื่อสารตอบกลับผลการติดตาม

วิธีการศึกษา: เตรียมไฟล์ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke) จังหวัดมหาสารคาม โดยมีข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การติดตามฟื้นฟูสภาพและผลการฟื้นฟูสภาพ นำไฟล์ฐานข้อมูลที่สร้างจากโปรแกรม Excel เก็บไว้ที่ Google Drive กำหนดขั้นตอนวิธีการใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke) จังหวัดมหาสารคามตั้งแต่การนำเข้าข้อมูล บันทึกข้อมูล และการประเมินผลการฟื้นฟูสภาพให้นักกายภาพบำบัดทุกคนในจังหวัดมหาสารคามร่วมใช้ฐานข้อมูล โดยมีชื่อกลุ่มและรหัสสำหรับเข้าใช้ฐานข้อมูลร่วมกันใช้ช่องทางการสื่อสารทำความเข้าใจผ่านกลุ่มปิดใน Facebook Line และ Google Drive

ผลการศึกษา: นักกายภาพบำบัดทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามสามารถเข้าถึงฐานข้อมูล และสามารถประเมินผลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke)ในจังหวัดมหาสารคามได้สรุปและเสนอแนะ เทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตมีการพัฒนาที่รวดเร็วมาก หน่วยงานต่างๆสามารถนำมาปรับใช้ในการทำงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและใช้งบประมาณน้อยที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาที่สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายกายภาพบำบัดจังหวัดมหาสารคามด้วยฐานข้อมูลที่เก็บไว้ที่ Google Drive ทำให้ผู้ป่วย Stroke ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สูงสุดตามศักยภาพที่มีอยู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดในการเยี่ยมบ้านเพื่อการสื่อสารและ ส่งต่อข้อมูลกับสหวิชาชีพ

สุนันท์ กลิ่นศรีสุข

งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้พิการโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการจัดตั้งและดำเนินการมาโดยตลอด ซึ่งจะมีการคัดเลือกผู้ป่วยจากทั้งส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ต่างจังหวัด, หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล และข้อมูลจากโรงพยาบาลตำบลเป็นผู้เลือกผู้ป่วยให้ทีมลงเยี่ยม นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการ โดยหลังจากการตรวจประเมิน ให้การรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงให้ Home program แล้ว ยังต้องมีการสรุปผลและส่งต่อข้อมูลให้เจ้าของพื้นที่และสหวิชาชีพทราบ บางครั้งการส่งต่อข้อมูลให้สหวิชาชีพทราบยังไม่สามารถเข้าใจได้ตรงกัน ทำให้การติดตามผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการทำความเข้าใจและพัฒนา เพื่อพัฒนาการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างนักกายภาพบำบัดกับสหวิชาชีพ และเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้พิการได้รับการเข้าถึงการบริการเยี่ยมบ้านได้ตามเหมาะสม **วิธีการศึกษา:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการทำงานของทีมเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ พยาบาลประจำตึก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบล เป็นต้น ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลใน ลักษณะ ในสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งปริมาณ และคุณภาพเชิงลึก รวมทั้งดูผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละปีตั้งแต่ปี 2556 – 2558 **ผลการศึกษา:** ผลการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งมีหน่วยการศึกษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนักกายภาพบำบัด ซึ่งผลการศึกษาสามารถสรุปประเด็นสำคัญ คือ การประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้ Bathel Index score เพื่อการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการจะสามารถทำความเข้าใจได้ดี และประเมินได้ง่าย ส่วนการประเมินโดยใช้ ICF ในทางปฏิบัติยังประสบกับปัญหาการใช้เวลาค่อนข้างนานในการสัมภาษณ์ รวมทั้งบางข้อคำถามจะต้องใช้ความสัมพันธ์และความเข้าใจในการให้คะแนน ส่วนแบบการประเมินทางกายภาพบำบัด ยังไม่สามารถนำมาสื่อสารกับสหวิชาชีพได้เท่าที่ควร และยังไม่สามารถเห็นความแตกต่างได้ในภาพรวม โดยผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้พิการนั้น มีแนวโน้มได้รับการติดตามซ้ำได้อย่างเหมาะสมดีขึ้น ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยไม่ได้ซ้ำตามแผน 69 ราย (61.61 %) 2557 มีจำนวนผู้ป่วยไม่ได้เยี่ยมซ้ำตามแผน 3 ราย (5.88 %) และปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยไม่ได้เยี่ยมซ้ำตามแผน 24 ราย (22.42 %) **สรุปและข้อเสนอแนะ:** การขยายผลการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Bathel index score ในการส่งต่อข้อมูลในการเยี่ยมบ้านจากหอผู้ป่วยในลงไปถึงชุมชน และทำให้ทีมเยี่ยมบ้านตระหนักถึงข้อมูลที่เป็นปัญหา จะทำให้เกิดการกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และสามารถเรียงลำดับความสำคัญในการติดตามผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์ของการออกกำลังกายแบบ AROM EXS ต่อการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วย MRM โรงพยาบาลมหาสารคาม

วรวรรณ ประมาคะเต

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการออกกำลังกายแบบ AROM EXS ต่อการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วย MRM โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน เป็นผู้ป่วย MRM ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามปี 2558 โดยคัดเลือกมาแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินตามแบบประเมินการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion Evaluation) ส่วน upper extremities ก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบ AROM EXS ร่วมกับการพยาบาลตามปกติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 14 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การออกกำลังกายแบบ AROM EXS เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย MRM แบบบันทึกผล โคนิโอมิเตอร์และแบบประเมินการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion Evaluation) ส่วน upper extremities วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา **ผลการศึกษา:** พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน มีองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ Full ROM หลังการออกกำลังกายแบบ AROM EXS และกลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ไม่เพิ่มขึ้น จากการประเมินด้วยแบบประเมินการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion Evaluation) ส่วน upper extremities **สรุปและข้อเสนอแนะ:** การออกกำลังกายแบบ AROM EXS ช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อรอบ ๆ หัวไหล่และการเคลื่อนไหวข้อไหล่ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย MRM

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ผู้ป่วย MRM องศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ การออกกำลังกายแบบ AROM EXS

ประสิทธิภาพการลบสัญญาณตกค้างในระบบภาพรังสีดิจิทัล

บัณฑิติชฐ ศรีธรรมมา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการลบสัญญาณตกค้าง (Erasure cycle efficiency) ของเครื่องแปลงสัญญาณ (CR Reader) จากการใช้งานระบบภาพรังสีดิจิทัล พบปัญหาการเกิดรอยผิดปกติบนภาพ (Artifact) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีสัญญาณตกค้างสะสมในแผ่นรับภาพ ทำให้ต้องมีการเอกซเรย์ผู้ป่วยซ้ำ ต้องเปลี่ยนแผ่นรับภาพ (IP Plate) เร็วเกินไปและส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของภาพถ่ายรังสี จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการลบสัญญาณตกค้าง โดยกลุ่มตัวอย่างคือแผ่นรับภาพ (Image plate) ที่ใช้งานเกิน 17,000 ครั้ง และเกิดรอยผิดปกติบนภาพ (artifact) จำนวน 5 แผ่น ทำการทดสอบประสิทธิภาพการลบสัญญาณตกค้าง โดยลบสัญญาณทุกเข้าก่อนใช้งาน และใช้งานเอกซเรย์แผ่นละ 10 ครั้งต่อวัน ทดสอบและบันทึกการมีรอยแปลกปลอมบนภาพ (Artifact) ระยะเวลา เก็บข้อมูล 15 วัน ผลการศึกษาพบว่า แผ่นรับภาพที่ทำการลบสัญญาณทุกวันมีการเกิดรอยผิดปกติบนภาพ (artifact) น้อยกว่า ร้อยละ 1 ของจำนวนครั้งที่ใช้ทดสอบทั้งหมด ซึ่งโดยมาก Artifact เกิดกับแผ่นรับภาพหลังจากที่ใช้การเอกซเรย์ปริมาณรังสีที่สูงแล้วไม่มีการลบสัญญาณซ้ำและแผ่นดังกล่าวมีภาพหลงเหลืออยู่ (Ghost Image) ต้องทำการลบซ้ำอีกครั้งก่อนนำมาใช้งาน การลบสัญญาณตกค้างของแผ่นรับภาพทุกวันก่อนนำมาใช้งานทำให้ได้ภาพที่มีคุณภาพที่ดี อัตราการเอกซเรย์ซ้ำลดลง และทำให้แผ่นรับภาพใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพได้ยาวนานขึ้น

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพการลบสัญญาณ, รอยแปลกปลอมบนภาพ, แผ่นรับภาพ, ภาพแฝง

การศึกษาอัตราการใช้โลหิต และการลดค่าใช้จ่ายในการเตรียมโลหิตแบบ Type and Screen ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2556

กมลเนตร พินทะปะกัง

งานธนาคารโลหิต กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้นำวิธีการเตรียมโลหิตแบบ Type and Screen (T&S) มาใช้ ในหอผู้ป่วยในโครงการเตรียมโลหิตแบบ T&S ได้แก่ หอผู้ป่วยตาหูกอจุมก นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ สูติกรรม และห้องคลอด เพื่อช่วยลดการเตรียมโลหิตเกินความจำเป็น ช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่งานธนาคารโลหิต ลดโลหิตหมดอายุ วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการใช้โลหิตในหอผู้ป่วยในโครงการ และค่าใช้จ่ายในการเตรียมโลหิต เปรียบเทียบระหว่างการเตรียมโลหิตแบบ T&S กับการเตรียมโลหิตแบบปกติ (cross match) ในหอผู้ป่วยในโครงการเตรียมโลหิตแบบ T&S โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2556 **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยศึกษาข้อมูลการเตรียมโลหิตจากหอผู้ป่วยในโครงการเตรียมโลหิตแบบ Type and screen (T&S) ได้แก่ หอผู้ป่วยสูติกรรม นรีเวชกรรม ห้องคลอด ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ตาหูกอจุมก ในปีพุทธศักราช 2556 (1 มกราคม- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556) เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการใช้โลหิต และค่าใช้จ่ายในการเตรียมโลหิต เปรียบเทียบระหว่างการเตรียมโลหิตแบบ T&S กับการเตรียมโลหิตแบบปกติ (cross match) **ผลการศึกษา:** พบว่า งานธนาคารโลหิตได้เตรียมโลหิตให้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในโครงการเพื่อทำหัตถการต่างๆ รวม 4,794 ราย (6,654 ยูนิต) เตรียมโลหิตแบบ T&S 2,883 ราย (3,416 ยูนิต) เตรียมโลหิตแบบปกติ (cross match) 1,911 ราย (3,149 ยูนิต) อัตราการใช้โลหิตในหอผู้ป่วยในโครงการเตรียมโลหิตแบบ T&S ได้แก่ หอผู้ป่วยตาหูกอจุมก นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ สูติกรรม และห้องคลอด คิดเป็นร้อยละ 50, 16.17, 24.59, 38.76, 26.72 และ 6.28 ตามลำดับสรุป การเตรียมโลหิตแบบ T&S สามารถลดจำนวนโลหิตที่ต้อง cross match ลง 3,362 ยูนิต คิดเป็นร้อยละ 50.53 ของการเตรียมโลหิตทั้งหมด และสามารถลดค่าใช้จ่าย 504,300 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.72 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเตรียมโลหิตแบบปกติ (cross match) ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาการขอโลหิตแบบปกติมาเป็นการขอโลหิตแบบ T&S ในหอผู้ป่วยอื่นๆต่อไป โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่มี C/T ratio มากกว่า 2.0 แต่ทั้งนี้ งานธนาคารโลหิต ต้องมีจำนวนโลหิตคงคลังที่เพียงพอต่อการใช้จริง และทันต่อเหตุการณ์

การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ 7 อาการพื้นฐาน ในคลินิก เวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม

ศิริพร ราชรามแก้ว

คลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม เปิดบริการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ 7 อาการพื้นฐาน ดังนี้ 1.ปวดกล้ามเนื้อ 2.วิงเวียนศีรษะ 3.ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก แพ้อากาศ แพ้เกสรดอกไม้ 4.ท้องอืด ท้องเฟ้อ ภาวะอาหาร 5.ท้องผูก ริดสีดวงทวาร 6.ปวดประจำเดือน ประจำเดือนผิดปกติ ตกขาว 7.น้ำหนักน้อย หรือไม่มีน้ำหนัก หลังคลอดบุตร ซึ่งยาแผนไทยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถรักษาและบรรเทาอาการนี้ได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อติดตามผลการรักษา มูลค่าการใช้ยาและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อยาแผนไทย **วิธีการศึกษา:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเชิงติดตามผลการรักษา ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เป็นลักษณะของการติดตามผลเชิงประจักษ์และเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผ่านการคัดกรองจากพยาบาลคัดกรองที่จุดคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน เข้ารับการรักษาที่คลินิกเวชกรรมไทย ติดตามผลการรักษา อย่างน้อย 2 ครั้ง มีการประเมินผลโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากสาขาชีพ **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยจำนวน 70 ราย ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม พบผู้ป่วยเพศหญิงเข้ารับการรักษาสูงกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 74.29 อาการที่มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษามากที่สุดคือ ไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ มีน้ำมูก คิดเป็นร้อยละ 38.57 รองลงมาคือ ถ่ายลำบาก เป็นริดสีดวงทวาร คิดเป็นร้อยละ 24.26 อาการจุกเสียดแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ คิดเป็นร้อยละ 15.71 อาการปวดตามกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 14.26 และอาการวิงเวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 7.14 ตามลำดับ ทำการรักษาโดยการทานยารักษาอาการในบัญชียาหลักแห่งชาติ ติดตามผลการรักษา 2 ครั้ง พบมูลค่าการรักษาในแต่ละอาการ คิดเป็นค่าเฉลี่ย คือ 232,217,284,390 และ 489 บาทตามลำดับ ผลจากการรักษาดีขึ้น และหายเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 72.9 อาการทรงตัว คิดเป็นร้อยละ 20 และอาการไม่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.1 ส่งต่อการรักษาไปแพทย์แผนปัจจุบัน ระดับความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 44.3 พพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 พพอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.3 และพพอใจน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.9 **สรุปและข้อเสนอแนะ:** จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าการรักษาด้วยยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถรักษาและบรรเทาอาการของผู้ป่วยได้ มีมูลค่าการรักษาที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายแผนปัจจุบันได้ซึ่งผู้ทำการศึกษาจะนำไปศึกษาในอนาคต และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่ยินยอมมารับการรักษาและติดตามผลจำนวนน้อย และยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาทดลองควบคู่กันเพิ่มเติมเพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาสุขภาพของประชาชนต่อไป

การเปรียบเทียบผลการดูแลผู้คลอดครั้งแรกระหว่างการนวดไทยแบบราชสำนักและการนวดกันบกต่อการลดความเจ็บปวดและลดเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม
ประภพพร มาตย์วิเศษ

บทนำ : การเจ็บครรภ์คลอดในผู้คลอดครั้งแรก ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งการนวดไทยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวด วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลผู้คลอดครั้งแรกระหว่างการนวดไทยแบบราชสำนักและการนวดกันบกต่อการลดความเจ็บปวดและลดเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการนวดกันบก โดยใช้เวลานวดข้างซ้าย 15 นาทีและข้างขวา 15 นาที รวมระยะเวลา 30 นาที การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และส่วนที่ 3 มาตรวัดความเจ็บปวดเปรียบเทียบกับสายตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย Paired samples *t*-test, Independent samples *t*-test, Chi-square test และ 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.285$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.27 คะแนน ร้อยละผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดลดลงหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.098$) และกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ยในระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.023$)

การพัฒนาและประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล

ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

สุวิมล พุทธิบุตร

การผ่าตัดต่อมทอนซิลเป็น 1 ใน 2 อันดับแรกของการผ่าตัดทางหูคอจมูกของโรงพยาบาลมหาสารคาม และพบปัญหาและความเสี่ยงสำคัญหลังการผ่าตัด ได้แก่ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะ Bleeding in air way ผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 7 วัน มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดการ RE-admit ด้วยมีเลือดออกภายใน 28 วัน นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะอื่นๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ น้ำหนักลด เสียงเปลี่ยน อุบัติการณ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้ หากได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิลในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2558 ถึงเดือน เมษายน 2559 โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการประยุกต์ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดและประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาวิเคราะห์และร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าความเที่ยงตรง .98 ระยะที่ 2 เผยแพร่และนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก และ 60 ปี ชั้น 4 โดยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทั้งหมด 10 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล 2) ความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ และ 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับการบริการของผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล 4) อุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทอนซิล หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยจำนวน 47 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติไค-สแควร์ และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ ผลการศึกษา พบว่า 1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินความรู้และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด 2) การดูแลหลังผ่าตัด Cold Packing 3) Position 4) การประเมิน Pain 5) อาหารเหลว เย็น 6) การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2. ภายหลังจากส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการจัดทำคู่มือ ให้ความรู้ ให้ข้อมูลย้อนกลับพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล มากกว่าก่อนดำเนินการส่งเสริมการใช้ทุกหมวดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพิ่มจากร้อยละ 66.04 เป็นร้อยละ 86.85 3. อุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1) อัตราการ Readmit ด้วยเลือดออกหลังการผ่าตัด ร้อยละ 0 2) อัตราการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 100 3) อัตราการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด Pain Score < 3 ร้อยละ 80 ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กระบวนการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทอนซิล เป็นไปอย่างเป็นขั้นตอนและสามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการปฏิบัติ จึงควรมีระบบการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันและศึกษาอุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนให้มากขึ้น

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก

จุลินทร ศรีโพนทัน, วิไลพร พิณนาติเลย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น จำนวน 24 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 11 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และแบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: 1. การวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก พบว่า ในปีงบประมาณ 2557 มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 118 คน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตขณะส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 2 ราย สาเหตุจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่ไม่ชัดเจน พยาบาลที่มส่งต่อขาดความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อไม่มีความมั่นใจในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก จำนวน 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะการเตรียม ประกอบด้วย การเตรียมเจ้าหน้าที่ รถและอุปกรณ์ต่างๆ และการเตรียมผู้ป่วยด้านต่างๆ 2) ระยะการดูแลขณะส่งต่อตามหลัก ABCDE 3) ระยะการส่งมอบผู้ป่วยโรงพยาบาลปลายทาง 3. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST ยก พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อในระยะเวลาเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 ระยะการดูแลขณะส่งต่อตามหลัก ABCDE ได้ความถูกต้อง ร้อยละ 91.66 ระยะการส่งมอบผู้ป่วยโรงพยาบาลปลายทาง ร้อยละ 100 และไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อ, กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยก

การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ ชยวาร์กซ์ สัจจวานิชย์

การบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นการแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลงานวิสัญญี ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่มีแบบบันทึกที่ชัดเจนเพื่อใช้ในส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ ดังนั้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคามมีความต้องการพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยชั้นวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลงานวิสัญญีให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ แบบบันทึกพัฒนาขึ้นโดยพยาบาลวิสัญญีจำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจำนวน 5 คน วิสัญญีแพทย์จำนวน 2 คน ระยะเวลาในการพัฒนา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน ทดสอบความตรงทางด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธี Inter-rater

ผลการศึกษา พบว่า แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด จำนวนการเสียเลือด เลือดและสารน้ำที่ได้รับ ยากลุ่มความเสี่ยงสูงที่ได้รับ ชนิดของการคาต่อช่วยหายใจ การคาอุปกรณ์อื่นๆ ไว้ในร่างกาย เครื่องมือเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังขณะส่งต่อ แบบบันทึก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ทดสอบค่าความเที่ยง (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกการส่งต่อในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.71$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแบบบันทึกส่งต่อผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ เป็นเครื่องมือสื่อสารทางพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเที่ยง

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย, ผู้ป่วยคาต่อช่วยหายใจ

ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค

ไข้เลือดออก หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคาม

นางชวงศ์ คชสาร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงปริมาณแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ผู้ดูแล จำนวน 30 คน ต่อแนวปฏิบัติจำนวน 3 ชิ้นงาน ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะพักฟื้น/Flow chart โรคไข้เลือดออก/ใบ OK IV และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย จำนวน 7 ชิ้นงาน ประกอบด้วย สัญลักษณ์ธง 3 สี/ป้ายเตือนเพื่อการเฝ้าระวังโรค/แผ่นพับโรคไข้เลือดออก/แผ่นอ่านผล TT -test/ใบ force ORS/ระบบติดตามการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Scale IV แบบกระดาดและวงล้อการปรับระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยแนวปฏิบัติและนวัตกรรมจะนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคไข้เลือดออกหรือสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกที่นอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน วัดผลแนวปฏิบัติและนวัตกรรม จากการประเมินความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ.2558

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติและนวัตกรรมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ชิ้นงาน ประกอบด้วย Flow chart โรคไข้เลือดออก/แนวปฏิบัติทางการพยาบาล/ใบOK IV/สัญลักษณ์ธง 3 สี/ป้ายเตือนเพื่อการเฝ้าระวังโรค/แผ่นพับโรคไข้เลือดออก/แผ่นอ่านผล TT - test/ใบ force ORS พยาบาล/Scale IV แบบกระดาดและวงล้อการปรับระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ เนื่องจากความคิดเห็นของแพทย์ต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออกมาใช้โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออกมาใช้โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคไข้เลือดออกมาใช้โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง แนวปฏิบัติและนวัตกรรมดังกล่าวจึงมีความครอบคลุมเพียงพอตามมาตรฐานวิชาชีพที่จะนำมาใช้ให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชนในโอกาสต่อไป

ประสิทธิผลของการใช้หมอนรองสายระบายไตในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง

ดวงดาว ศิริพยัคฆ์

การผ่าตัดนิ่วไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังเป็นวิธีการผ่าตัดที่ถนอมเนื้อไต อัตราการปลอดนิ่วสูง แผลเล็ก ผู้ป่วยฟื้นสภาพเร็ว หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะใส่สายระบายไตไว้ 3 -5 วัน ตำแหน่งของสายระบายค่อนไปกลางหลังทำให้ผู้ป่วยนอนลำบาก เกร็งกล้ามเนื้อจนทำให้ปวดเมื่อย เหนื่อยล้าและนอนทับสายทำให้สายระบายหักพังงอเกิดการอุดตันของเลือด บางครั้งทำให้สายเลื่อนจากตำแหน่งเกิดเลือดออกเพิ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 87.9 เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ กลัวนอนทับสายระบายทำให้เกิดความปวดทุกข์ทรมานขณะคาสายระบายเพิ่มขึ้น จากสถิติบริการปี 2556 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดซ้ำหลังผ่าตัด เท่ากับ 6.75 % มีการอุดตันของสายระบายสายหักพังงอ เท่ากับ 12.5 % ทำให้ไม่สามารถถอดสายระบายได้ผู้ป่วยต้องคาสายระบายนานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้นซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาหมอนรองสายระบายไตที่ช่วยให้การจัดทำผู้ป่วยและจัดสายระบายไตได้ตรงไม่หักงอ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความปวด ความทุกข์ทรมานนอนหลับพักผ่อนได้ดีส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น **วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective comparative study design) โดยเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนัง ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลร่วมกับการใช้หมอนรองสายระบายไต ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัด PCNL แบบวางแผนล่วงหน้าปี 2556 ที่รับการพยาบาลมาตรฐานปกติ (ไม่ได้ใช้หมอน) จำนวน 89 คน ปี พ.ศ.2557 ที่ได้รับการใช้หมอนรองสายระบายไต จำนวน 87 คน รวมประชากรทั้งหมด 176 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวใช้วิธีการจับสลากสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน คือกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่ได้ใช้หมอน ในปี 2556 และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดที่ใช้หมอนรองสายระบายไต ในปี 2557 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดของทั้ง 2 กลุ่มด้วย t-test โดยกำหนดค่า $\alpha = 95$ **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1ที่ไม่ได้ใช้หมอนรองสายระบายไต มีภาวะอุดตันของสายร้อยละ 10 มีภาวะตกเลือดซ้ำร้อยละ 4 คาสายระบายนานกว่า 5 วันถึงร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน พบว่ากลุ่มที่ 1 มีความเจ็บปวดในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีความทุกข์ทรมานมากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุปและเสนอแนะ:** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายระบายเป็นเรื่องที่ต้องดูแลอย่างถูกต้อง ดูแลให้การระบายของเหลวเป็นไปได้อย่างสะดวก ไม่อุดตัน ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วไตแบบเจาะรูผ่านผิวหนังจำเป็นต้องให้การพยาบาลร่วมกับการใช้หมอนรองสายระบายไตสามารถลดและป้องกันภาวะตกเลือดซ้ำ สายไม่อุดตัน ผู้ป่วยมีความปวด ความทุกข์ทรมานน้อยลงสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็วขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับข้อมูลการดูแลสายระบายไต การใช้หมอนรองสายระบายที่ทันสมัยทุกครั้งขณะนอนบนเตียงจะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลของกระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม นิศมา แสนศรี

การปฏิบัติของบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ได้อย่างถูกต้อง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง **มีวัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของกระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนของโกรล์และลอเรนซ์¹ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 17 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนและคู่มือกระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติกรพยาบาลในป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และแบบเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์การวินิจฉัยการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา² วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัดส่วนความเสี่ยง **ผลการศึกษา:** ภายหลังจากใช้กระบวนการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อน พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.7 เป็นร้อยละ 59.5 โดยพบว่ากิจกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนขวดรองรับเสมหะพร้อมสายต่อขวด suction ทุก 8 ชั่วโมง และ จัดทำอนศิระสูง 30-45 องศา หากไม่มีข้อห้าม พยาบาลมีการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 100.0 รองลงมาตามลำดับคือ กิจกรรม mouth care ด้วย 0.12% chlorhexidine gluconate ร้อยละ 56.5 และกิจกรรม mouth care ทุก 4 ชั่วโมง ร้อยละ 54.3 และพบว่ากิจกรรมที่พยาบาลไม่ปฏิบัติ คือ การล้างมือด้วยสบู่ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ร้อยละ 100 กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสผู้ป่วย ร้อยละ 13.0 รองลงมาตามลำดับ คือ สวมถุงมือ sterile ก่อนดูดเสมหะทุกครั้งในท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 19.6 และ เปลี่ยนชุดอุปกรณ์ ventilator circuits (สาย closed suction) ทุก 7 วัน หรือเมื่อสกปรก/ปนเปื้อน ร้อยละ 34.8 ส่วนอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 13.95 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็น 14.87 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ
รัตนารักษ์ ยนต์ตระกูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ ได้แก่ 1) เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และ 4) พยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง กันยายน พ.ศ. 2558 ดำเนินการใน 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการ และ 3) ประเมินผลเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล แนวคำถามการสนทนากลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา **ผลการวิจัย:** ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะพัฒนาระบบบริการ ได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจรคุณภาพ เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) การให้คำปรึกษา 5) เครื่องมือการส่งต่อ และ 6) การติดตามผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ **ระยะประเมินผล** ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่าพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกร้อยละ 100 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการให้บริการ พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ เฉลี่ย 2.26 นาที (SD = 1.35) ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเฉลี่ย 6.94 นาที (SD = 2.99) มีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์เฉลี่ย 23.50 นาที (SD = 13.98) มีการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉลี่ย 34.62 นาที (SD = 14.82) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเฉลี่ย 46.79 นาที (SD = 22.79) เข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยเฉลี่ย 52.38 นาที (SD = 10.77) ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 70.5

คำสำคัญ: ระบบบริการช่องทางด่วน, โรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติ วไลพร ปีกเคราะห์

ต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ การป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจึงเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 11 รายและผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่ต่อช่วยหายใจก่อนและหลังพัฒนาระบบ 1 เดือน จำนวน 45 รายและ 37 รายตามลำดับ การพัฒนาระบบใช้โมเดลของ CURN เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การแจกแจงปัญหา 2) การสร้างแนวปฏิบัติ 3) การนำแนวปฏิบัติไปใช้และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติและระบบ ระหว่างพัฒนาระบบใช้กระบวนการ P-D-C-A เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบที และไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดก่อนพัฒนาระบบเดือนตุลาคม 2558 เท่ากับ 46.41 ครั้งต่อ 1,000 วันการคาต่อช่วยหายใจ และหลังการพัฒนาระบบ เดือนพฤษภาคม 2559 เท่ากับ 4.54 ครั้งต่อ 1,000 วันการคาต่อช่วยหายใจหลังการพัฒนาระบบลดลงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 8.26 เป็น 4.29 ครั้ง/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.50 เป็นร้อยละ 98.75 ตามลำดับ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในระดับสูงมาก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติสามารถเพิ่มคุณภาพของการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดผู้ป่วยวิกฤติ

ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับสุคนธบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นางสาวรัชชา มหาสิริมงคล

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี 2557-2558 แบ่งเป็น มะเร็งเต้านม 412, 375 ราย ตามลำดับ และมะเร็งลำไส้ 146, 118 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด ปัญหาส่วนใหญ่พบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 40 เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ร้อยละ 55.7 และผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลประมาณร้อยละ 80 ในปี 2557-2558 พบผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับยาเคมีบำบัดจากสาเหตุความเหนื่อยล้าและวิตกกังวลจำนวน 5 ราย ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา และคุณภาพชีวิต ต้องเลื่อนระยะของการให้ยา อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลดลง การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า การใช้ดนตรีบำบัดและสุคนธบำบัด (กลิ่นหอมระเหย) ขณะให้ยาจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา โดยมี **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับสุคนธบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด **วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้รายใหม่และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว STAI From Y - 2 ของ Spielberger และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (PFS) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของทั้ง 2 กลุ่มด้วย สถิติ t-test **ผลการศึกษา:** พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับสุคนธบำบัด มีระดับความวิตกกังวล ระดับเล็กน้อย (คะแนนเฉลี่ย 34.07) และความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย (คะแนนเฉลี่ย 3.80) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุปและข้อเสนอแนะ:** การใช้ดนตรีบำบัดและสุคนธบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เป็นวิธีการที่เหมาะสม โดยเฉพาะดนตรีพื้นเมืองอีสานที่นำมาใช้ได้รับการตอบรับที่ดีและผู้ป่วยมีความชื่นชอบซึ่งเหมาะกับช่วงวัยและบริบทวัฒนธรรมอีสาน และกลิ่นสุคนธบำบัดที่ผู้ป่วยชื่นชอบจะเป็นกลิ่นมะลิ ซึ่งเป็นกลิ่นหอมอ่อนละมุนและเป็นกลิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย จึงควรพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะส่งผลให้การงดและเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดจากสาเหตุดังกล่าวลดลง รวมถึงเป็นเครื่องมือให้บุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สถานการณ์โรคมะเร็งโรงพยาบาลมหาสารคาม

กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร

ปี 2555-2556 จังหวัดมหาสารคามมีจำนวนประชากร 945,149 และ 955,644 คนตามลำดับ และในปีเดียวกันมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 1,185 และ 1,150 คน ตามลำดับ จากปัญหาการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ในปัจจุบันโรงพยาบาลมหาสารคามได้บันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยทุกรายลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยข้อมูลจะถูกเก็บบันทึกแยกตามแผนกต่างๆ ที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ ข้อมูลกระจายตามแหล่งบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการ ส่งผลให้การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเป็นไปด้วยความยากลำบาก ข้อมูลมีการจัดเก็บที่ไม่เป็นระบบระเบียบ เกิดความยุ่งยากต่อการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ถ้าการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์จะทำให้ข้อมูลผู้ป่วยขาดหายไป ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้รับการรักษาดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และยังเป็นปัญหาต่อเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่ต้องการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยมะเร็ง วางแผนในการป้องกันและควบคุมติดตามการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่ที่ตนเองดูแลรับผิดชอบได้ไม่เท่าที่ควร ดังนั้น ในปี 2557 โรงพยาบาลมหาสารคามจึงศึกษาสถานการณ์มะเร็งในโรงพยาบาลมหาสารคามและได้จัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registration) ขึ้น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคมะเร็ง สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นระบบ และต่อเนื่องเกี่ยวกับจำนวนการเกิด และลักษณะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งทุกชนิดที่เกิดจากทุกอวัยวะ เพื่อใช้ในการวางแผน ป้องกัน และควบคุมติดตามการเกิดโรคมะเร็งในพื้นที่นั้น ๆ และเพื่อสนองตอบนโยบายระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ครอบคลุมยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ด้าน เกี่ยวกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็ง ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์แก่ผู้มารับบริการด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งทุกมะเร็งในโรงพยาบาลมหาสารคาม **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดที่มาใช้บริการทุกแผนกที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 1,408 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2557 แหล่งข้อมูลได้จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับเวชระเบียนของโรงพยาบาล **การเก็บรวบรวมข้อมูล:** 1.รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งรายใหม่ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2557 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับเวชระเบียนของโรงพยาบาล จากนั้นมีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อค้นหาหลักฐานที่แน่ชัดว่าเป็นมะเร็งจริงให้ครบถ้วน รวมถึงการติดตามวินิจฉัยและผลการรักษาเพื่อบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มรายงานโรคมะเร็ง และทำการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Thai Cancer Base ติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยจนสมบูรณ์ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2.การตรวจสอบสถานภาพการเสียชีวิต สืบค้นโดยใช้เวชระเบียนของโรงพยาบาลและเลขบัตรประจำตัวประชาชนจากฐานข้อมูลประชากรของจังหวัด และตรวจสอบข้อมูลจากงานประกันสุขภาพ ค้นหาตั้งแต่วันที่เริ่มวินิจฉัยตลอดจนช่วงระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง (วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม

2558) **การวิเคราะห์ข้อมูล:** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และใช้สถิติพรรณนาเป็นจำนวนผู้ป่วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,408 คน เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม 1,397 คน (99.02%) อยู่นอกเขตจังหวัดมหาสารคาม 11 คน (0.78%) เป็นเพศหญิง 847 คน (60.2%) เพศชาย 561 คน (39.8%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด 22.44% การตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ใช้มากที่สุด คือ รังสีวินิจฉัยร่วมกับการส่องกล้อง และการทำอัลตราซาวด์ 29.97% ลักษณะเซลล์เป็นชนิด Moderately differentiated มากที่สุด 11.5% ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 2 (10.2%) ตำแหน่งของการแพร่กระจายของมะเร็งที่พบมากที่สุด คือบริเวณต่อมน้ำเหลือง (8.88%) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ใช้มากที่สุด 73.1% อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบพบในช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด เป็นเพศชาย 4.19 % และเพศหญิง 3.05% **สรุปผลการศึกษา:** การทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการอย่างเป็นระบบระเบียบและมีความสำคัญต่อการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคามและแก่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการเฝ้าติดตามอาการ และควบคุมโรคของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งในและต่างจังหวัด เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย
2. ควรมีการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากรของจังหวัด และทะเบียนมะเร็งระดับประเทศต่อไป

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองต่อระดับบิลิรูบินและระยะเวลาส่องไฟรักษา หน่วยงานทารกป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม

นางเพิ่มพูน ศิริกิจ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มโรค 1 ใน 5 ที่พบมากในหน่วยงาน ในปี พ.ศ 2556-2558 พบจำนวน 350 , 446 และ 532 ราย การรักษาส่วนใหญ่โดยการส่องไฟรักษา ซึ่งจำนวนวันในการส่องไฟรักษาเฉลี่ย 3.5 - 4 วัน ขึ้นกับระดับบิลิรูบินการดูแลขณะส่องไฟรักษา การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) แบบ before and after intervention study มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะตัวเหลืองในทารกต่อระดับบิลิรูบินและระยะเวลาส่องไฟรักษา กลุ่มตัวอย่างคือทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่รักษาในหอทารกป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 60 รายกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติกลุ่มละ 30 ราย ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการดูแลทารกตัวเหลือง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และบันทึกกิจกรรมการดูแลทารกตัวเหลืองสำหรับพยาบาล ดำเนินการศึกษิตตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (CPGs implementation framework of the Australian National Health and Medical Research Council) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) และ T-test ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย MB ของกลุ่มทารกหลังการใช้แนวปฏิบัติต่ำกว่ากลุ่มทารกก่อนการใช้แนวปฏิบัติที่ Day 1, Day 2 และ Day F/U อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.34, p=.000; F= 7.08, p=.010; t =4.31, p=.000$, เรียงตามลำดับ) และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย MB ของกลุ่มทารกที่ Day D/C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.25, p=.139$) และมีระยะวันนอนเฉลี่ย 1.43 วันน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะตัวเหลืองในทารก, ระดับบิลิรูบิน

ปัจจัยที่มีผลต่อการบวมของฝีเย็บในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกและต้นขา

สุมาลี วุ่นเหลี่ยม

กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญทางออร์โธปิดิกส์ โดยที่กระดูกขาหักพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 30 – 40 โดยเฉพาะกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นกระดูกที่ใหญ่และแข็งแรงที่สุด มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนักตัวของร่างกาย กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญทางออร์โธปิดิกส์ โดยที่กระดูกขาหักพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 30 – 40 โดยเฉพาะกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นกระดูกที่ใหญ่และแข็งแรงที่สุด มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนักตัวของร่างกาย การจัดทำ Fracture table ในผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกชนิดแกนโลหะในโพรงกระดูกเป็นกิจกรรมสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดกระดูกในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักขณะผ่าตัด จากรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2557 พบผู้ป่วย มีฝีเย็บบวมซ้ำเพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย และประสบกับความปวดระดับมาก ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และการเริ่มฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินช้า **วัตถุประสงค์การวิจัย** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบวมของฝีเย็บในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกและต้นขา **วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางย้อนหลัง **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีกระดูกต้นขาและข้อสะโพกหักแบบปิดและได้รับการใส่โลหะตามกระดูกชนิดแกนโลหะในโพรงกระดูกโดยการจัดทำใช้ Fracture table ทุกคน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2557 ที่ห้องผ่าตัดกระดูกโรงพยาบาลมหาสารคาม **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การผ่าตัดและการบวมฝีเย็บ ตามเกณฑ์การประเมินการบวมของฝีเย็บ **การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบรายงานผู้ป่วยของห้องผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลมหาสารคาม **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Multiple Logistic Regression **ผลการวิจัย** กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 58.85 ปี (SD = 21.59) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 54.5 และอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.5 เพศชาย ร้อยละ 55.4 เพศหญิง ร้อยละ 44.6 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25 ร้อยละ 83.3 มีตำแหน่งกระดูกหักที่ trochanteric ร้อยละ 71.3 มีระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 41.6 มากกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 30.7 ได้รับการจัดทำใช้ Fracture table โดยมีองศาการกางขาในการขึ้นขาหยั่ง น้อยกว่า 30 องศา ร้อยละ 70.3 และได้รับการดึงกระดูกในแนวทิศทางเฉียง ร้อยละ 75.2 **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบวมของฝีเย็บในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกและต้นขา** ปัจจัยที่ทำนายการการบวมของฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระยะเวลาในการผ่าตัดและองศาการกางขาในการขึ้นขาหยั่ง ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้านสามารถอธิบายความผันแปรของการบวมของฝีเย็บได้ร้อยละ 76 (Nagelkerke $R^2 = 0.76$, $p < .05$)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลมหาสารคาม

อังคณา จันคามิ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด กลุ่มเป้าหมายคือ ทารกแรกเกิดทุกรายที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - 1 เดือน ที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 464 ราย โดยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติในปี 2554-2555 จำนวน 231 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติในปี 2557-2558 จำนวน 233 ราย ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด (อังคณา จันคามิ, 2557) ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 1) แผนผังการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 องค์ประกอบที่สำคัญคือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี และการสื่อสารที่ดี ร่วมกับการใช้นวัตกรรมลวดโค้ง (Logan Bow) นวัตกรรมลวดตัด (Tubing holder) ที่นอนรังนกผ้าและรังนกรองศีรษะ (Nest) นวัตกรรมการติดยึดพลาสติกแบบ “Buddy Fix” ผลการศึกษาพบว่า ทารกกกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.5 ต่ำกว่าทารกกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งพบท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจำนวน 49 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.21 จากการศึกษาี้สรุปว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล, ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด, ทารกแรกเกิด

ผลของการประคบเจลเย็นต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการดิงสายระบายเลือดออกในผู้ป่วย

กระดูกต้นขาหัก

ชาลินี ยืนดีมาก

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประคบเจลเย็นต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการดิงสายระบายเลือดออกในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะที่คาสายระบายเลือด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 6 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองจำนวน 3 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ ถุงเจลเย็นสำเร็จรูป 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเจลเย็นขณะดิงสายระบายเลือดออกมีระดับความปวดปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 5 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเจลเย็น มีระดับความปวดปานกลาง-มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 8.3 คะแนน) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการประคบเจลเย็นก่อนการดิงสายระบายเลือดออกสามารถลดความเจ็บปวดขณะดิงสายระบายเลือดออกในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic Cholecystectomy โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

นางดรุณี สมบูรณ์กิจ

การรักษานิ่วในถุงน้ำดีมีทั้งแบบผ่าตัดเปิดช่องท้องและการผ่าตัดโดยใช้กล้อง โดยปัจจุบันการผ่าตัดโดยใช้กล้องเป็นที่นิยมแพร่หลายเนื่องจากมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ การที่มีบาดแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดน้อย, ใช้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น, มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจน้อย และสามารถกลับไปปฏิบัติภารกิจเดิมได้อย่างรวดเร็ว วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic Cholecystectomy โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidenced – Based Practice Model) ทางพยาบาล ของศุภพัช ปี ค.ศ. 2000 เป็นกรอบแนวคิด การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 1- 3 เท่านั้นคือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้มีการกำหนดคำสำคัญ (keyword) ในการสืบค้นดังนี้ Laparoscopic cholecystectomy, Nursing intervention, Pre – post operative care, Surgical nursing โดยใช้ฐานข้อมูล PubMed, CINAHL , Science Direct, www.google.com และเอกสารอ้างอิงเกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษาได้มีการคัดสรรงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 7 เรื่อง นำมาสังเคราะห์ ซึ่งเป็น Meta-analysis 1 เรื่อง, RCT 1 เรื่อง, Quasi-experimental study 1 เรื่อง, Cross-sectional observational study 1 เรื่อง และบทความ 3 เรื่อง มาวิเคราะห์สังเคราะห์สรุปประเด็นที่สำคัญและร่างเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการนำไปใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง Laparoscopic Cholecystectomy ข้อเสนอแนะ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องโดยใช้กระบวนการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้ศึกษาจะได้นำไปทดลองใช้ร่วมกับการประเมินผลทั้งทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ให้สามารถเป็น CNPG ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

การศึกษาสถานการณ์การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในระบบบริการทางด่วน
โรงพยาบาลมหาสารคาม
นางพลภัฏฐ์ธวัล คำพันธ์

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในระบบบริการทางด่วน โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 37 ราย บุคลากรที่มีสุขภาพ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน นักเทคนิคการรังสี จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึง เดือนกันยายน 2558 เก็บข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอผ่าตัด เฉลี่ย 240 นาที ระยะเวลาในการรอผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เฉลี่ย 30 นาที จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเลื่อนผ่าตัด โดยมีสาเหตุจากรูปแบบและแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยยังไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน และนอกจากนี้จากการสนทนากลุ่มพบปัญหาในการให้บริการ ดังนี้ 1) แผนการดูแลที่พัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ชัดเจน 2) กระบวนการแก้ปัญหาและการวางแผนร่วมกันไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการแก้ปัญหาเชิงระบบ ทำให้ไม่ทราบจุดอ่อนของระบบอยู่ตรงไหน 3) การสื่อสารและประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ 4) ความเข้าใจในกระบวนการเตรียมผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 5) ขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยมีมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นก่อให้เกิดความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในระบบบริการทางด่วน โรงพยาบาลมหาสารคามต่อไป

การพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี ชุมชนสองเหนือตำบลลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พงพรรณ กาละนีโย

มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีไทย ซึ่งสามารถป้องกันได้ โดยการตรวจคัดกรองโรค การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในชุมชนสองเหนือ ตำบลลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในชุมชนสองเหนือ ตำบลลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่อายุ 30-60 ปี พักอาศัยอยู่ในชุมชนสองเหนือ ตำบลลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สภาพปัญหาที่พบในสตรีกลุ่มตัวอย่าง คือมีอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 52.5 สาเหตุมาจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ทศนคติไม่ตื่นต่อการตรวจ อายุ กลัว ไม่มีเพื่อนแนะนำ มีอาการเจ็บป่วย ติดธุระ ไม่มีเวลามาตรวจ ไปทำงานต่างถิ่น และการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงและพบว่า แรงจูงใจของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มาตรวจมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 85.4 มีความคิดเห็นในมีส่วนร่วมและขบวนการ พัฒนาการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี พักอาศัยอยู่ในชุมชนสองเหนือ ตำบลลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม BANSONG Model คือ สร้างความศรัทธา สร้างองค์ความรู้ ภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง องค์กรทำงานรูปแบบใหม่ๆ เพื่อผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ “Belief Appreciation Network Strong Organization New Activities Goal results”

การพัฒนาศักยภาพด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ของผู้พิการทางสายตา จังหวัดมหาสารคาม

เสาวภา พุทธิวงศ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวของผู้พิการทางสายตา จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้พิการทางสายตาในเขต 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง วาปีปทุม บรบือ และนาหว้า จำนวน 450 ราย โดยใช้วิธีเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ดำเนินการ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2555-พฤษภาคม 2557 การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ใบคัดกรองผู้พิการทางสายตา แบบประเมินทักษะความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว แบบสอบถามพึงพอใจ และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา **ผลการวิจัย:** พบว่า 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า มีผู้พิการทางสายตาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.88 มีช่วงอายุที่มีความพิการมากที่สุด 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 72.44 มีความพิการทางสายตาที่เกิดจากโรคและความเสื่อมของร่างกาย ร้อยละ 94 มีความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 6 พิการตาบอด ร้อยละ 29.12 สายตาเลือนราง ร้อยละ 70.88 จากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการเข้าสังคม และทำกิจวัตรประจำวัน 2. จัดอบรมหลักสูตรการทำความคุ้นเคยการเคลื่อนไหว จำนวน 80 ชั่วโมง ระยะเวลา 10 วัน โดยฝึกอบรมตามแนวทางในการพัฒนาศักยภาพด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ผลการพัฒนาพบว่า ผู้พิการทางสายตามีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ไม้เท้าขาในการเดินออกสู่ภายนอกบ้านด้วยความมั่นใจ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ผู้พิการมีทักษะความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ระดับดีขึ้น ร้อยละ 87.6 ผู้พิการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 87 การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวของผู้พิการทางสายตา สามารถช่วยให้ผู้พิการทางสายตาสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้อย่างสะดวก ปลอดภัย ได้

คำสำคัญ: ผู้พิการทางสายตา, การพัฒนาศักยภาพ, การทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม
รำไพ เกตุจิระโชติ

การวิจัยย้อนหลังครั้งนี้มี **วัตถุประสงค์**: เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 234 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยใช้แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการทดสอบไคสแควร์ **ผลการวิจัย**: พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 26.45 ปี เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 21.8 สตรีตั้งครรภ์อายุมาก ร้อยละ 15.8 เป็นสตรีครรภ์แรก ร้อยละ 57.5 เป็นความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ร้อยละ 56.8 มีภาวะชัก ร้อยละ 4.3 การคลอดก่อนกำหนดพบ ร้อยละ 29.1 หลังคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก/กึ่งหนัก ร้อยละ 4.3 ทารกแรกเกิดคะแนนแอปการ์นาทที่ 1 และ 5 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ร้อยละ 12 และ 5.6 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 37.6 ทารกถูกส่งไปหอผู้ป่วยทารกป่วย/วิกฤต ร้อยละ 75.4 อายุของมารดาและการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพมีความสัมพันธ์กับชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 12.43$, $p = .014$) และ .001 ($X^2 = 23.987$, $p = .000$) ตามลำดับ ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับคะแนนแอปการ์นาทที่ 1 นาที่ที่ 5 และน้ำหนักทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($X^2 = 27.164$, $p = .000$), ($X^2 = 28.337$, $p = .000$) และ ($X^2 = 22.198$, $p = .000$) ตามลำดับ เห็นได้ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก พบมีภาวะชักและมีการชักซ้ำ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแล **ข้อเสนอแนะ**: 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล 1.1 เพิ่มการเฝ้าระวังในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Preeclampsia ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์แรก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์อายุมาก สตรีตั้งครรภ์แฝด และสตรีที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม 1.2 ทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาภาวะ Preeclampsia โดยการศึกษาเชิงลึกรายการณีที่มีภาวะ Eclampsia โดยเฉพาะกรณีชักซ้ำ 2. ด้านการบริหารการพยาบาล 2.1 ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลรักษาภาวะ Preeclampsia ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ 3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล 3.1 ศึกษาไปข้างหน้าเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะ Preeclampsia และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากภาวะ Preeclampsia

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะชัก ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์

เสื้อปั้มนมอุ่น: Hand free pumping warm bra

นางวราลักษณ์ พรหมรินทร์

เครื่องปั้มนมไฟฟ้า ใช้ในการแก้ไขปัญหาในคลินิกนมแม่ เพื่อกระตุ้นการหลั่งและลดการคัดตึงเต้านม ใช้เวลาปั้มนมต่อเนื่อง 15-20 นาที เป็นที่มาของการจัดทำ “เสื้อปั้มนมอุ่น” ขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการปวดเมื่อย การเลื่อนหลุดของกรวย จากการใช้แขนจับกรวยปั้มนมไฟฟ้าเป็นเวลานาน นวัตกรรมได้รับการพัฒนาโดยกระบวนการ PDCA 3 วงรอบจนได้นวัตกรรมที่เหมาะสมต่อการใช้งาน และประเมินประสิทธิภาพโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มาใช้บริการคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มทดลองที่ใช้เสื้อปั้มนมอุ่น (n=30) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ปั้มนมโดยวิธีเดิม (n=30) เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินผล และแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่ใช้เสื้อปั้มนมอุ่น มีความปวดเมื่อย และการเลื่อนหลุดของกรวยขณะปั้มนม น้อยกว่ากลุ่มที่ปั้มนมแบบเดิม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มมารดาที่ใช้เสื้อปั้มนมอุ่นรู้สึกว่าได้รับการกระตุ้น/ระบายน้ำนมออกได้ดี มีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ใช้การปั้มนมแบบเดิม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มารดาที่ทดลองใช้เสื้อปั้มนมอุ่นมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมอยู่ในระดับ ดีมาก จากการทดลองพบว่า “เสื้อปั้มนมอุ่น” เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ดัดแปลงมาจากของใช้ประจำผู้หญิง ซึ่งทำได้ง่ายมารดาสามารถทำใช้เองได้ มีราคาถูกลงกว่าเสื้อปั้มนมในท้องตลาดถึง 10 เท่า มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการปวดเมื่อย และช่วยระบายน้ำนมออกได้ดี ผู้ทดลองใช้มีความพึงพอใจ หากมีการขยายผลนำไปใช้แพร่หลายมากขึ้น ทั้งสถานพยาบาล และใช้เองที่บ้าน จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปั้มนมแก่มารดาหลังคลอดได้มากขึ้น

การพัฒนานวัตกรรมการโดนัทเจลอุ่นเพื่อลดอาการเจ็บหัวนม หัวนมแตก

จิรายุ อักกะมานั่ง

การพัฒนานวัตกรรมการโดนัทเจลอุ่นต่อระดับการเจ็บหัวนม หัวนมแตกและประสิทธิภาพการให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มานอนพักในหอผู้ป่วยตึกพิเศษ 60 ปีชั้น 5 โรงพยาบาล มหาสารคาม จำนวน 10 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม แบบประเมินการวัดระดับการแตกของหัวนม แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า นวัตกรรมโดนัทเจลอุ่น ซึ่งทางหน่วยงานผลิตขึ้นเอง สามารถลดการเจ็บหัวนม หัวนมแตก ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ใช้งานง่าย ทำความสะอาดง่าย ให้ความปลอดภัย และสุขสบายกับผู้ป่วย ประหยัด มีต้นทุนในการผลิตชิ้นละ 45 บาท หลังใช้นวัตกรรมโดนัทเจลอุ่น 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีสีของหัวนมปกติ (ระดับการแตกของหัวนมเฉลี่ยอยู่ในระดับ 0) ความเจ็บปวดลดลงจากเจ็บปวดเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนนเป็น 2 คะแนน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 86 ส่วนบุคลากรที่มสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมร้อยละ 81 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการใช้นวัตกรรมโดนัทเจลอุ่น ผลการพัฒนานวัตกรรมแสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมโดนัทเจลอุ่น สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการเจ็บหัวนม หัวนมแตก ในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ผ้าพันคอหัตถ์จรรยา (Magic Scarf)

สุภัตรา แสนมี

หัตถ์การเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นหัตถ์การที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการผ่าตัดเปิดหลอดคอโดยผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอเพื่อใส่ท่อหลอดลมคอ การเจาะคอพบได้หลายกลุ่มโรค (Scase,2004) จากสถิติการดำเนินงานของหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคามพบว่าโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน (Upper airway obstruction ,CA nasopharynx) ซึ่งพบว่าสถิติ 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 7,9,17 ตามลำดับ หลังการผ่าตัดเจาะคอผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติและผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้ และพบว่า มีผู้ป่วยบางราย on Tracheostomy tube ไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกอาย และมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังมีอายุน้อย บางรายจะเก็บตัวเงียบอยู่แต่ในบ้าน ซึ่งทางหอผู้ป่วย หู คอ จมูก มีความตระหนักในเรื่องดังกล่าว ร่วมกับการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วย จึงสร้างนวัตกรรมผ้าพันคอหัตถ์จรรยา ที่ใช้ในการปกปิดท่อเจาะคอ เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับตัวผู้ป่วย ทำให้สามารถออกสู่สังคมและใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่รู้สึกกังวลใจและอายอีกต่อไป **วัตถุประสงค์:** 1. เพื่อป้องกันสิ่งแปลกปลอมที่จะเข้าไปในท่อเจาะคอ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจไม่กังวลกับภาพลักษณ์ตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข **วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์:** อุปกรณ์ : ผ้าสีเรียบ หรือผ้ามีลวดลายแล้วแต่ผู้ป่วยชอบ และกระดุมสำหรับติด เข็มและด้าย **ขั้นตอนและวิธีการ:** 1. ใช้กรรไกรตัดผ้าที่เตรียมไว้ ขนาดกว้าง 10 ซม. ยาว 60 ซม. (ทั้งนี้เพื่อให้พอดีกับคอผู้ป่วย) 2. นำผ้าที่ตัดไปเย็บขอบให้เรียบร้อย 3. วัดขนาดความพอดีกับคอผู้ป่วยและติดกระดุมเจาะรังดุม เย็บผ้าเป็นแบบที่กำหนด 4. ใส่ผ้าพันคอปิดบังท่อเจาะคอตั้งรูป **การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์:** ทดสอบกับผู้ป่วยหลังเจาะคอที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก จำนวน 5 ราย ประเมินความพึงพอใจพบ 100 % **ประโยชน์/การนำไปใช้:** กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเจาะคอ ในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก จำนวน 17 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล จากตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 โดยทดลองใช้ในการดำเนินชีวิตในเวลากลางวัน รวบรวมผลการใช้ผ้าพันคอ 1 เดือน

นวัตกรรมตัวอย่าง Package ยา เพื่อช่วยป้องกันการงดและเลื่อนผ่าตัด

กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร

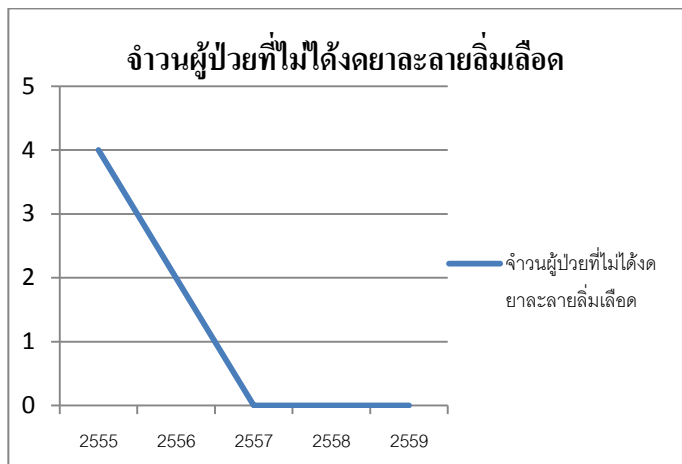
ในปี พ.ศ. 2555-2558 มีผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับบริการทำการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน จำนวนทั้งหมด 1,175 , 1,189 , 1,076 และ 1,095 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา และเสียโอกาสในการผ่าตัด จำนวน 6 ราย (ปี 2555-2556) สาเหตุเนื่องจากไม่ได้งดยาละลายลิ้มเลือดก่อนผ่าตัด ซึ่งปกติผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินจะต้องงดยาละลายลิ้มเลือดอย่างน้อย 7-14 วันก่อนผ่าตัด เพราะผลของยาจะทำให้เลือดออกไม่หยุดขณะทำการผ่าตัด เสียเลือดมากและอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ในที่สุด จากสถิติ ปี 2555-2556 พบผู้ป่วยที่ไม่ได้งดยาละลายลิ้มเลือดจำนวน 4 รายและ 2 รายตามลำดับ จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา พบว่าเกิดจากการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ซักประวัติการรักษา ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องงดยาชนิดใดก่อนผ่าตัด และลักษณะของยามีลักษณะเช่นใด ทำให้ยังรับประทานยาต่อเนื่องมาจนถึงวันที่ทำการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาที่วางไว้ ต้องงดและเลื่อนการผ่าตัดออกไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลต้องสูญเสียรายได้จากการเตรียมการผ่าตัดซ้ำ ดังนั้น กลุ่มงานศัลยกรรม ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้พัฒนาตัวอย่าง Package ยาที่มีผลต่อการผ่าตัดร่วมกับงานเภสัชกรรม เพื่อนำมาใช้ในการคัดกรอง สื่อสาร และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นชนิดของยา สีและลักษณะของเม็ดยาที่รับประทานที่ต้องงดก่อนการผ่าตัดได้ชัดเจน ทำให้การสื่อสารเป็นไปได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ **วัตถุประสงค์:** 1) เพื่อลดอุบัติการณ์ของการงดและเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้งดยาที่มีผลต่อการผ่าตัด 2) เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการคัดกรองและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด **วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์:** 1) ประชุมทบทวนตัวชี้วัดที่มีปัญหา พบว่า การงดและเลื่อนผ่าตัดเป็นอันดับหนึ่ง และสาเหตุที่สามารถป้องกันได้คือ ผู้ป่วยไม่ได้งดยาละลายลิ้มเลือดที่มีผลต่อการผ่าตัด 2) วิเคราะห์หาสาเหตุปัญหา พบว่า การสื่อสารจากการซักถามเรื่องยาไม่มีประสิทธิภาพ 3) วางแผนหารูปแบบที่ช่วยให้การประเมินในกระบวนการซักประวัติการรับประทานยาประจำของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ เป็นการเสนอความคิดเห็นจากทีมพัฒนา ซึ่งได้จากการปฏิบัติ โดยการใช้ยาของผู้ป่วยที่นำมาด้วยและชี้ให้ผู้ป่วยคว่ำยาชนิดนี้ที่เป็นยาละลายลิ้มเลือดยังรับประทานอยู่ก่อนมารพ.หรือไม่ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ชัดเจนว่ารับประทานหรือไม่ 4) กำหนดรูปแบบและจัดทำเป็นนวัตกรรมตัวอย่าง Package ยาที่ต้องงดก่อนการผ่าตัด โดยนำยาจริงมาให้ผู้ป่วยดูขณะซักประวัติการรักษา **การทดลองประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์:** 1) นำยาละลายลิ้มเลือดมาบรรจุใส่ Package และนำไปใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารในการซักประวัติผู้ป่วยกลุ่มที่เตรียมผ่าตัดทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นสี และลักษณะของยาจริงจากการนำนวัตกรรมมาใช้ พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบได้ว่ายาประจำที่รับประทานใช่ยาละลายลิ้มเลือดหรือไม่ และยังมีรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่หรือไม่ 2) ทบทวนผลของการใช้นวัตกรรม พบว่า ยาที่นำมาใส่ซองไม่มี Packaging ใส่ที่คงทนถาวร เม็ดยามีการแตกสลายได้ง่าย และยังไม่ครอบคลุมยาชนิดอื่นที่มีผลต่อการผ่าตัด จึงได้มีการปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมอีกครั้งในปี 2557 โดยใช้กล่องพลาสติกที่แข็งแรงคงทนถาวร ป้องกันการแตกสลายของเม็ด

ยาได้ และเพิ่มความครอบคลุมยาชนิดอื่นๆที่มีผลต่อการผ่าตัด จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin gr.1 Aspirin gr.5 2) ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Warfarin 3) ยาแก้ปวดชนิดต่างๆ ได้แก่ Ibuprofen, Diclofenac, Meloxicam, Naproxen, Indomethacin, Piroxicam 1) กำหนดเป็นแนวทางเพิ่มในกระบวนการคัดกรองก่อนผ่าตัด เมื่อสามารถซักประวัติที่ชัดเจนได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาชนิดใดโดยไม่ได้ดยา ต้องรายงานแพทย์รับทราบเพื่อประเมินความเสี่ยงและพิจารณาความเหมาะสมในการผ่าตัดอีกครั้ง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบและนำสู่การปฏิบัติหลังจากที่ได้มีการพัฒนา และติดตามประเมินผลการปฏิบัติ/มีการทบทวน อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหา 3) ขยายผลใช้ในหน่วยงานอื่น เช่น จุดคัดกรองผู้ป่วย OPD (Pre-admit) เป็นต้น

ผลของการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด การงดและเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุไม่ได้งดยาที่มีผลต่อการผ่าตัด ปี 2557-2558 = 0

ปี	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้งดยาละลายลิ้มเลือดก่อนผ่าตัด (คน)	
	ก่อนใช้ Package	หลังใช้ Package
2555	4	-
2556	2	-
2557	-	0
2558	-	0
2559	-	0



ประโยชน์/การนำไปใช้: 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา ไม่เสียโอกาสการผ่าตัด 2) มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เกิดนวัตกรรมในการทำงาน 3) มีกระบวนการคัดกรองก่อนการผ่าตัดที่ชัดเจน เป็นรูปแบบทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 4) ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล /ผู้ป่วย 5) ลดภาระงานของพยาบาลในการเตรียมการผ่าตัดซ้ำ

นวัตกรรมสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต

ชวมัย ปินะเก

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องโดยเฉพาะระยะก่อนล้างไต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต จากการศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้นานถึง 7 ปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) อย่างไรก็ตามจากการให้บริการในคลินิกโรคไตที่ผ่านมา พบปัญหาผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมและส่วนใหญ่ไม่ทราบภาวะสุขภาพ ณ ปัจจุบันของตนเอง ทำให้ไม่สามารถจะจัดการตนเองให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ บางรายถึงแม้จะได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพแล้วแต่เมื่อเวลาผ่านไป มักคิดว่าตนเองอยู่ในสภาวะใดของโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่เหมาะสม จึงทำให้ต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ของเสียคั่งมากขึ้น ความดันโลหิตสูง บางรายมีโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติ กับบุคลากรผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การติดตามกำกับอาการที่เกิดขึ้นและภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต **วัตถุประสงค์:** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินอาการและดูแลชะลอไตเสื่อม 2. เพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต 3. เพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยและทีมสุขภาพและเครือข่าย **กรอบแนวคิด:** การพัฒนาสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไตใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2558) **ขั้นตอนการดำเนินการ:** 1. ศึกษาปัญหาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในคลินิก เกี่ยวกับการประเมินการดูแลตัวเองของผู้ป่วย 2. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า เกิดจากการให้บริการที่ยุ่งยากหลายขั้นตอน ขาดเครื่องมือที่ใช้ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย 3. ประชุมวางแผนการดำเนินงานโดยจัดทำคู่มือสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากรและนักกายภาพบำบัด โดยมีนักศึกษาระดับปริญญาโทเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ร่วมจัดทำสื่อ ออกแบบ รูปเล่ม 4. ขั้นตอนการจัดทำคู่มือสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต 4.1 กำหนดเนื้อหาที่มีความเหมาะสม ครอบคลุม เข้าใจง่าย มีประเด็นเนื้อหา ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคไต เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้โรคไต 2) การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะ เป็นเนื้อหาที่เน้นการปฏิบัติของผู้ป่วย และติดตามผลการรักษา 3) การรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ละระยะ ที่มีความเหมาะสมของผู้ป่วยโรคไต 4) ความรู้เรื่องยาและการดูแลตนเองเรื่องยา เป็นเนื้อหาที่เน้นการรับประทานยา และความรู้เกี่ยวกับยาที่จำเป็นในผู้ป่วย 5) ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและสามารถติดตามผลการรักษาและประเมินสภาวะของไตวายในแต่ละระยะได้ถูกต้อง 6) การติดตามผลการรักษาและข้อควรปฏิบัติขณะมาติดตามผลการรักษา เป็นข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพสามารถกรอกข้อมูล และเฝ้าระวังติดตามการรักษาได้อย่างถูกต้อง 7) คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เป็นเนื้อหาของคำแนะนำที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย 8) การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 9) ตัวอย่างห้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง นักศึกษาระดับปริญญาโทเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดทำสื่อ ออกแบบ รูปเล่ม 4.2 ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ช่วยตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาและรายละเอียดต่างๆ 4.3 นักศึกษาระดับปริญญาโทเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จัดทำสื่อ ออกแบบ รูปเล่ม 5. ปรับปรุงเนื้อหาตามผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำ 6. ผลการพัฒนา ได้รูปแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยระยะก่อนล้างไต จำนวน 30 หน้าขนาด 6 X 8 นิ้ว ปกสี ตัวหนังสือ Front 18 มีรูปการ์ตูนประกอบ อ่านเข้าใจง่าย อยู่ระหว่างการทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 ราย และส่งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย 10 แห่ง และกำลังอยู่ในระยะปรับปรุงแก้ไข รูปลักษณ์ให้น่าสนใจ อ่านเข้าใจง่าย

มหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา

พงพรรณ กาละนิโย

งานนวัตกรรมชิ้นนี้เกิดจากการพบปัญหาในการปฏิบัติงานในขณะที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการบาดเจ็บที่มีภาวะกระดูกหักหรืออวัยวะผิดปกติ จำเป็นจะต้องตาม (Splint) กระดูกก่อนให้การเคลื่อนย้ายเพื่อส่งต่อไปโรงพยาบาลแต่เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ไม่มีการผลิตไม้ตาม (Splint) ไม้ใช้ และจากการปฏิบัติงานพบว่าไม้ปลูกเข็มฉีดยาจำนวนมากที่ได้จากการฉีดยาและฉีควัคซีนและไม่ได้ใช้ประโยชน์ ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าวและมีวัสดุที่หาได้จากการทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโยจึงได้นำเอาปลูกเข็มฉีดยาและผ้าที่ไม่ได้ใช้แล้วมาผลิตเป็นไม้ตาม (Splint) เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยและยังเป็นการนำวัสดุที่ไม่ได้ใช้ มาสร้างเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและเป็นประโยชน์ผู้ป่วยโดยมีวิธีการดำเนินการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาปัญหาในการทำงานเกี่ยวกับการ splint และการจัดหาอุปกรณ์ในการ splint 2) คิดค้นนวัตกรรม มหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา โดยมีขั้นตอนการประดิษฐ์ดังนี้ 2.1 จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการประดิษฐ์นวัตกรรมได้แก่ ผ้าที่เหลือใช้, ปลูกเข็มฉีดยา, กาวร้อน 2.2 ใช้ผ้าที่เหลือใช้หรือไม่ได้ใช้แล้วนำมาเย็บให้เป็นผืนเท่ากับอวัยวะที่จะทำการตาม (Splint) โดยเย็บเป็นรูปร่างที่จะสามารถสอดปลูกเข็มฉีดยาได้และจัดทำไว้หลายขนาด 2.3 นำปลูกเข็มฉีดยาที่ได้จากการปฏิบัติงานมาประกอบกันโดยเอาส่วนหัวของปลูกเข็มฉีดยามาต่อกับส่วนท้ายของปลูกเข็มฉีดยาอีกอันและติดด้วยกาวร้อนให้ได้ความยาวเท่ากับขนาดของผืนผ้า 2.4 นำปลูกเข็มฉีดยาที่ประกอบกันแล้วมาสอดเข้าตามร่องผ้าที่เย็บไว้แต่ละร่องตามแนวยาวของผ้า 3) ดำเนินการทดลองใช้งานนวัตกรรม มหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา 4) สรุปผลการดำเนินงานโดยประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ต่อการใช้นวัตกรรม มหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา และขยายการใช้งาน จากการใช้นวัตกรรม พบว่า นวัตกรรมมหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา สามารถใช้งานได้จริงและมีความสะดวกในการใช้งานและยังเป็นการนำวัสดุที่ไม่ได้ใช้งานนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมมหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยาคิดเป็น 100 % โดยระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมมหัศจรรย์รวมพลังปลูกเข็มฉีดยา อยู่ในระดับมากที่ระดับคะแนน 4.50 - 5.00

นวัตกรรมป้ายคัดแยกฉุกเฉินตรวจรักษาฉุกเฉินต้องรวดเร็วผู้ป่วยปลอดภัย

นายสุนิตย์ สุวรรณมิตร

ปัจจุบันผู้มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีเป็นจำนวนมากเป็นผู้รับบริการทุกประเภททุกระดับ ทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งต้องมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตได้เข้าถึงการให้บริการอย่างทันทีทันใด ผู้รับบริการ และผู้ป่วยอื่นๆได้รับบริการในเวลาที่เหมาะสม ในการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละครั้งจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ประกอบหลายอย่าง ทำให้มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงาน และใช้อุปกรณ์เพิ่มขึ้นทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจากวัสดุอุปกรณ์เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ ผู้จัดทำจึงได้จัดสร้างนวัตกรรมนี้ขึ้นมาเพื่อเป็นการลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานและลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน ปัจจุบันห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคามได้ทำการคัดกรองผู้ป่วยโดยแบ่งตามความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 สีแดง (Resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องได้รับการตรวจรักษาทันที ระดับที่ 2 สีชมพู (Emergency) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินมีความเสี่ยงหากให้รอ ต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน 10 นาที ระดับที่ 3 สีเหลือง (Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยเร่งด่วน ต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที ระดับที่ 4 สีเขียว (Semi-Urgent) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงรอรักษาภายใน 1 ชั่วโมง ระดับที่ 5 สีขาว (Semi-Urgent) หมายถึงผู้ป่วยทั่วไป รอตรวจได้ภายใน 2 ชั่วโมง เดิมห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ใช้กระดาษ A4 ในการเขียนชื่อ-สกุล อาการผู้ป่วย และการมารักษาของผู้ป่วยแล้วนำไปติดกับฟิวเจอร์บอร์ด Chart สี ต่างๆเพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ทราบถึงระดับอาการที่จะรักษาก่อนหลังและหลังจากที่ผู้ป่วยได้ทำหัตถการต้องเดินไปหยิบแผ่น Chart ระบุหัตถการที่นำมาแขวนที่เปลนอนอีกแผ่นซึ่งทำให้ยุ่งยากหลายขั้นตอน ดังนั้นทีมจึงได้สร้างป้ายคัดกรองผู้ป่วยที่สะดวก ลดเวลาที่สำคัญประหยัดลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน **วัตถุประสงค์:** 1.ลดค่าใช้จ่ายในการ Copy กระดาษที่ใช้ในการเขียนชื่อ-สกุล อาการของผู้ป่วยลง 2. ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงาน **วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์:** วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ 1.กระดาษ A4 สีแดง ชมพู เหลือง เขียว 2.กรรไกร 3.แผ่นเคลือบใสกระดาษ A4 4.ห่วงทองเหลือง 5.เชือก ขั้นตอน คือ 1.นำกระดาษ A4 สีแดง ชมพู เหลืองและเขียว พิมพ์ ชื่อ-สกุลผู้ป่วยอายุอาการและการมารักษา 2.หลังจากนั้นนำแผ่นกระดาษที่พิมพ์เสร็จแล้วไปเคลือบพลาสติกใสอีกครั้งเพื่อทำให้สามารถเขียนด้วยปากกามาจิกลงบนแผ่นกระดาษที่เคลือบพลาสติกได้และสามารถลบเพื่อเขียนใหม่ได้ 3.นำแผ่นกระดาษสีต่างๆพิมพ์หัตถการต่างๆที่ทำลงไปแล้วนำไปเคลือบด้วยแผ่นใสแล้วนำมาตัดให้ได้ขนาดตามที่ต้องการ 4.หลังจากนั้นนำแผ่นที่ได้มาทำการเจาะรูแล้วนำห่วงมาร้อยใส่ให้เป็นขึ้นขึ้นเดียวกันกับแผ่นแรกที่เป็นชื่อ-สกุล อายุ อาการ การมา รพ. 5.เจาะรูนำเชือกมาร้อยที่แผ่นที่ประกอบเสร็จแล้วเพื่อสามารถนำไปแขวนได้ตามที่ต้องการ **การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์:** ผลของการเปลี่ยนแปลง คือ 1.ในการคัดกรองผู้ป่วย 1 ราย ต่อหนึ่งแผ่นป้ายคัดกรองทำให้ลดขั้นตอนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไปได้ถึง 3 ขั้นตอน คือ 1.เขียนชื่อ-สกุล อาการ และการมา ลงแผ่นป้าย กระดาษ A4 2. ต้องใช้เทปกาว ในการติดระหว่างกระดาษ A4 กับ Chart สีต่างๆ 3.แผ่น Chart สีต่างๆ ไปแขวนกับเปลคนไข้ 2.ขณะที่แพทย์ตรวจและสั่งทำหัตถการหลังจากทำหัตถการเสร็จก็สามารถพลิกแผ่นป้ายบอกหัตถการที่แผ่นป้ายคัดกรองสีได้เลยโดยไม่ต้องเดินออกไปหยิบแผ่นป้ายบอกหัตถการต่างๆมาแขวนเหมือนแต่ก่อนลดขั้นตอนในการทำงานของเจ้าหน้าที่ 3. ขณะที่ตรวจเสร็จคนไข้กลับบ้านถ้าเป็นแบบเดิมต้องนำกระดาษ A4 ที่เขียนชื่อ-สกุลทั้งลงทั้งขยะแต่ถ้าเป็นแบบใหม่ สามารถใช้แปลงลบกระดานลบและนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีกเป็นการลดปริมาณกระดาษและค่าใช้จ่ายในการ Copy กระดาษดังนี้คือ ปี งบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยมารับบริการห้องฉุกเฉินจำนวน 50,000 ครั้งค่าถ่ายเอกสารแผ่นละ 1 บาท ใน 1 ปี ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่า 50,000 บาท (ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม) **บทเรียนที่ได้รับ:** สามารถนำเอาอุปกรณ์ที่ทำขึ้นไปใช้งานในการคัดกรองผู้ป่วยหลายระดับเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจของแพทย์และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานด้วยความรวดเร็วและลดขั้นตอน ลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาช่วยหน่วยงาน

นวัตกรรม ไฟจราจรสามสี สังเกตอาการเตือน

อัญชุลี ประคำทอง

โรคจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังใช้ระยะเวลานานในการบำบัดรักษา มีเพียง 30 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่หายขาดจากโรค อีก 30 เปอร์เซ็นต์ของการเจ็บป่วยจะมีอาการเป็นๆ หายๆ ที่เหลือจะเป็นโรคจิตไปตลอดชีวิต การดำเนินการของโรคจะมีการกำเริบซ้ำได้สูง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การกินยาไม่สม่ำเสมอ การขาดยา การใช้สิ่งเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า การที่ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวทอดทิ้งในการกำเริบซ้ำของโรคจิตผู้ป่วยจะแสดงอาการเตือนก่อน ซึ่งแต่ละคนจะใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มากระตุ้น เมื่อเกิดอาการเตือนหากผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งมีแนวทางการดูแลจัดการอาการเตือนที่เกิดขึ้นจะสามารถลดความรุนแรงของโรค โดยนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วและง่ายยิ่งขึ้น ในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการเตือนจะใช้เครื่องมือ CGI-S (Clinical Global Impression - Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคได้ โดยจะแบ่งเป็นระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1-7 โดยระดับที่ 1-3 เป็นระดับปกติ ระดับที่ 4-5 เป็นระดับที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ส่วนระดับ 6-7 เป็นระดับที่ผิดปกติชัดเจน โดยกำหนดการประเมินในด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ดังนั้น จึงได้นำเครื่องมือดังกล่าว มาพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังและสังเกตอาการของโรคจิตให้สามารถใช้ได้ง่าย สะดวก อีกทั้งจะทำให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำหรือเมื่อเกิดขึ้นจะเกิดความรุนแรงน้อยที่สุด เพราะได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข **วัตถุประสงค์:** 1) เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนที่ผิดปกติได้ง่ายมากยิ่งขึ้น 2) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบซ้ำ 3) เพื่อให้ใช้เครื่องมือในการสังเกตอาการได้ **ขั้นตอนการผลิต:** ประกอบด้วย 3.1 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ กระดาษสี 3 สี ประกอบด้วย สีเขียว สีส้ม สีแดง แผ่นพลาสติกใส จำนวน 1 แผ่น แผ่นพลาสติกใสบางสำหรับเคลือบกระดาษสี ตาไก่ กรรไกรตัดกระดาษ/วงเวียน



3.2 ขั้นตอนการผลิต แบ่งระดับอาการทางจิตตามสีไฟจราจร คือ สีเขียว สีส้ม สีแดง โดยใช้เกณฑ์ตามเครื่องมือ CGI ตามประเด็นอาการทางด้านอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม พร้อมแนวทางการดูแลในแต่ละระดับ ตามรายละเอียด ดังนี้

	ประเด็นอาการ			
	อารมณ์	การรับรู้	พฤติกรรม	การดูแลผู้ป่วย
ระดับปกติสีเขียว	- อารมณ์ปกติ - ไม่หงุดหงิด - ควบคุมอารมณ์ได้	- ไม่มีพูดบ่นคนเดียว - ไม่มีหิวแหว่ ภาพหลอน	- การแสดงออกปกติ	- ส่งเสริมให้มีการกินยาอย่างต่อเนื่อง
ระดับเริ่มผิดปกติสีส้ม	- อารมณ์หงุดหงิด - โหม่งง่าย - ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ - เอาแต่ใจตัวเอง	- ทำปากขมขมบิบ - พูดบ่นคนเดียว - ไม่เชื่อฟังใคร	- ไม่กินยา - นอนน้อย - ไม่ดูแลทำกิจวัตรประจำวัน	- พุดคุยให้กำลังใจ - หลีกเลี่ยงการปะทะทางอารมณ์ - ดูแลการกินยาอย่างสม่ำเสมอ - โทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ - นำส่งโรงพยาบาล
ระดับผิดปกติสีแดง	- อารมณ์หงุดหงิด - ฉุนเฉียวมากขึ้น - ควบคุมอารมณ์ไม่ได้	- มีอาการกลัว - หวาดระแวง - พูดบ่น	- ไม่อยู่นิ่ง เดินไปมา - รื้อค้นสิ่งของ - ไม่นอน	- ดูแลเรื่องการกินยา - หลีกเลี่ยงการปะทะอารมณ์ - ประสานอบต.หรือตำรวจ หรือ 1669 เพื่อนำส่งโรงพยาบาล

3.3 ตัดกระดาษให้เป็นวงกลม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 6.5 นิ้ว และ 5 นิ้ว อย่างละ 1 วง โดยวงกลมที่ใหญ่กว่าจะแบ่งออกเป็น 6 ช่อง ตัดกระดาษสีที่สีเหมือนกันติดในช่องตรงกันข้าม พร้อมเขียนข้อความอาการแต่ละระดับสีและแนวทางการดูแล ส่วนวงกลมเล็กแบ่งเป็น 6 ช่องเหมือนกัน แต่ให้ตัด 1 ช่องและช่องตรงกันข้าม นำพลาสติกใสมาติด แล้วนำวงกลมเล็กมาประกบกัน ทำให้แน่นมากยิ่งขึ้นด้วยการใช้ตาไก่ แต่ต้องให้วงกลมเล็กสามารถหมุนได้ ก็จะได้เครื่องมือสังเกตอาการพร้อมแนวทางปฏิบัติ 4. ได้นำผลิตภัณฑ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและประเมินและทดลองใช้ 5. ได้มีการปรับแก้เนื้อหาเป็นบางส่วน เพื่อสื่อสารให้ผู้ดูแลได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น 6. การนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วย คือ คัดเลือกผู้ดูแลแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เคยมีอาการกำเริบซ้ำจำนวน 5 คน ชี้แจงการใช้เครื่องมือ ออกแบบการบันทึกผลการสังเกตอาการของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ พร้อมบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 1 มีนาคม – 31 มีนาคม 2559 **สรุป:** ผู้ดูแลหลักสามารถใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างคล่องตัวมากยิ่งขึ้นใช้ได้ง่าย สะดวกและยังเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา รวมทั้งเป็นช่องทางที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและแผนการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วย เกิดสายใยแห่งความรัก ความผูกพันภายในครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่ที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สมดังที่ว่าเป็นบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ตลอดไป

หอมเพลงบรรเลงใจ

นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี 2556 - 2557 แบ่งเป็น มะเร็งเต้านม 412, 375 ราย ตามลำดับ และมะเร็งลำไส้ 146, 118 ราย ตามลำดับ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด พบว่ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 40 เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ร้อยละ 55.7 และผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลพบประมาณร้อยละ 80 ในปี 2556 - 2557 พบผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา ยาเคมีบำบัดจากสาเหตุความเหนื่อยล้าและวิตกกังวลจำนวน 5 ราย ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตต้องเลื่อนระยะของการให้ยา อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลดลง เนื่องจากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมปรึกษากันในทีมเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการหาแนวทางแก้ไข ได้ข้อสรุปให้มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด และพบว่า การใช้ดนตรีบำบัดและสุนทรียบำบัด (กลิ่นหอมระเหย) ขณะให้ยาจะช่วยลดอาการดังกล่าวได้ จึงร่วมกันสร้างนวัตกรรมหอมเพลงบรรเลงใจขึ้น

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) เพื่อลดการดื้อและเลื่อนให้ยาเคมีบำบัดที่มีสาเหตุจากความวิตกกังวลและเหนื่อยล้า

วิธีการพัฒนา: การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) และจัดแยกหมวดหมู่ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเพื่อสร้างนวัตกรรมทางพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการสืบค้นได้งานวิจัยระดับ 2 ทั้งหมด 5 เรื่อง และระดับ 3 ทั้งหมด 2 เรื่อง นวัตกรรมที่ได้ คือเพลงดนตรีพื้นเมืองอีสานซึ่งเป็นแผ่น ซีดีเพลงบรรเลงที่ได้รับการอนุเคราะห์จากคุณอุบล จวงพานิช ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วว่าสามารถใช้ลดความวิตกกังวลได้ และกลิ่นหอมระเหยที่ใช้ได้แก่กลิ่น มะลิ กระดังงา กุหลาบ และลาเวนเดอร์

การทดสอบประสิทธิภาพสิ่งประดิษฐ์: 1) นำนวัตกรรมหอมเพลงบรรเลงใจมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ประเมินแรกรับแล้วพบว่ามีความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไป ทั้งหมด 30 ราย 2) วัดผลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมโดยใช้ แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว STAI From Y - 2 ของ Spielberger และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (PFS)

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง: ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม ก่อนใช้นวัตกรรมความวิตกกังวล Mean 42.48 ระดับปานกลาง (N = 30) ความเหนื่อยล้า Mean 5.02 ระดับปานกลาง (N = 30) แต่หลังใช้นวัตกรรม พบว่า ความวิตกกังวล Mean 34.07 ระดับเล็กน้อย (N = 30) ความเหนื่อยล้า Mean 3.80 ระดับเล็กน้อย (N = 30) สรุปได้ว่า การใช้ดนตรีบำบัดและสุนทรียบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เป็นวิธีการที่เหมาะสมโดยเฉพาะดนตรีพื้นเมืองอีสานที่นำมาใช้ได้รับการตอบรับที่ดีและผู้ป่วยมีความชื่นชอบซึ่งเหมาะกับช่วงวัยและบริบทวัฒนธรรมอีสาน และกลิ่นสุนทรียบำบัดที่ผู้ป่วยชื่นชอบจะเป็นกลิ่นมะลิ ซึ่งเป็นกลิ่นหอมอ่อนละมุนและเป็นกลิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย จึงควรพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป จากการทำเนิงานพบว่า ในปี 2558

1. อัตราการดื้อและเลื่อนให้ยาเคมีบำบัดสาเหตุจากความวิตกกังวลและเหนื่อยล้า = 0
2. อัตราความพึงพอใจภายหลังการได้ฟังดนตรีบำบัดร่วมกับสุนทรียบำบัด 100 %

ประโยชน์/การนำไปใช้: 1. ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล (Anxiety / Stress Management) 2. สามารถลดอาการเหนื่อยล้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้ 3. ช่วยให้สงบ และนอนหลับได้ 4. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีทัศนคติที่ดีในการเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สุขภาพ สุขใจ ดูแลห่วงใย ก้าวไปอย่างยั่งยืน

วันเพ็ญ วรามิตร

ข้าพเจ้า นางวันเพ็ญ วรามิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอศัลยกรรมกระดูกและข้อชายโรงพยาบาลมหาสารคาม และมีโอกาสได้รับการอบรมเฉพาะทาง ตั้งแต่ปี 2531 หลังจากนั้นได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกระดูกและข้อเป็นต้นมาจนกระทั่ง ได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยถึงปัจจุบัน และได้ ดูแลผู้ป่วยชื่อนายสมศรี โคทาศรี อายุ 38 ปี ภูมิลำเนา ที่บ้านหมี่ ต.เขวา อ.เมือง จ.มหาสารคาม

ประวัติ นายสมศรี โคทาศรี ได้รับอุบัติเหตุ รถมอเตอร์ไซด์ รั้งจ้ำชนกับรถยนต์ ในกรุงเทพมหานคร เป็นอัมพาตครึ่งท่อน ไส้สายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับระดับ 4 ลึกถึงกระดูก ก้นกบ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มหาสารคาม ปี 2532 ด้วยสภาพที่อืดโรย หมดกำลังใจ คุณภาพชีวิตที่หมดหวัง ญาติเกิดความท้อแท้ ประจวบ กับเป็นชายหนุ่มไม่ทราบว่าจะใครจะเป็นคนดูแลต่อเนื่อง

โปรแกรมการรักษาพยาบาลเราเริ่มต้นด้วยการทำงานเป็นทีมตั้งแต่นั้นมาโดยการนำของ นพ.อภิชาติ ฉวีกุลรัตน์ เป็นแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ปัจจุบันรับราชการที่ รพ.ชุมพร) ทีมพยาบาล กายภาพบำบัด และญาติ โภชนาการ และอื่นๆ มีความทุกข์ยากลำบากในการดำรงชีวิตทั้งภาวะเจ็บป่วย ความยากจน การนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานถึง 8 เดือน ต้องได้รับการตกแต่งบาดแผลทั้งหมด 6 ครั้งในห้องผ่าตัด การดูแลเรื่องอาหาร ญาติต้องเปลี่ยนกันดูแลกลางวันและกลางคืน โดยสลับเวรกัน การเตรียมญาติในการมีส่วนร่วมให้สามารถดูแลสุขภาพ สายสวนปัสสาวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่าย สามารถกลับบ้านได้อย่างเข้มแข็ง หลังจำหน่ายทีม จะออกเยี่ยมและให้กำลังใจต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทุกๆ ปีละ 1 ครั้ง

ได้พบแนวคิดในการพัฒนาดังนี้

1) สร้างชุมชนเป็นสถานบริการ (community Health care) จัดให้มีการประสานร่วมมือกับชุมชน ต.เขวา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกอาชีพ ซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า จัดบ้านให้มีบาร์โหน ช่วยตัวเองได้บนเตียง การดูแลด้านจิตวิญญาณให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย การเอื้ออำนวยความสะดวก ช่วยเหลือยามฉุกเฉิน และภาวะปกติ การสื่อสาร ตลอดจนถึงข้อดีอย่างเสมอภาค

2) สร้างหมอประจำครอบครัว (community doctor) มีญาติซึ่งเป็นน้องสาว เป็นอาสาสมัคร สาธารณสุข และมีเพื่อนบ้านที่มีศักยภาพช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กรณีรับยา การใช้ยา ดูแลสายสวนปัสสาวะ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การปฐมพยาบาล การดูแลด้านจิตใจ

3) ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพ (self-care) ด้วยการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การพลิกตะแคงตัวเอง โดยทำเชือกผูกตัวบ้านในการช่วยดึงเป็นบาร์โหนป้องกันแผลกดทับ อาหาร ออกกำลังกายบนเตียง การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ทำความสะอาดร่างกาย การดื่มน้ำ การสังเกตภาวะผิดปกติ

4) สนับสนุนจากทีมสุขภาพ (team Support) มีการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลออกเยี่ยมต่อเนื่องทุกๆ 1 เดือน จนปัจจุบันมีการออกเยี่ยมเมื่อจำเป็น รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 27 ปีในการดูแลกันและกัน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น: ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข นอนติดเตียง ไม่มีแผลกดทับ สายสวนปัสสาวะได้เปลี่ยนเป็น การทำ cystostomy ซึ่งง่ายต่อการดูแล ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ดี มีอาชีพ ในการซ่อม พัดลม วิทยุ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ชุมชนมีส่วนร่วม และทีมงาน มีความเข้มแข็ง ทีมสห วิชาชีพโรงพยาบาลมหาสารคามออกเยี่ยมปีละ 1 ครั้งตลอดมา

บทเรียนที่ได้รับของทีมงาน: ทีมงานเชื่อว่าครอบครัว ผู้ป่วยมีศักยภาพที่เข้มแข็งในการดูแลตัวเอง มีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย เพียงแต่เรามีการประสานงานที่ดี ให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพ พาทำ ทำน้า ทำด้วย และช่วยทำ ทุกๆส่วนในการดูแลร่วมกันแบบยั่งยืน ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ตามสภาพและยอมรับตนเองอย่างสง่างามและคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดมา

ระบบงานดี ชีวิตมีสุข

พรหมจรรย์ ปาปะชี

มีความรู้เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เกิดทีมงานที่เข้มแข็งมีระบบเฝ้าระวัง/รายงานชัดเจน รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการสนับสนุน สื่ออุปกรณ์ต่างๆและมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล และที่สำคัญผู้บริหารตระหนักและเห็นความสำคัญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ **เป้าหมาย:** เพื่อพัฒนาระบบงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ **ที่มาของปัญหา:** สืบเนื่องจาก ดิฉันผู้ปฏิบัติงานเองขาดความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(Infection Control:IC) ซึ่งครั้งแรกต้องการย้ายมาปฏิบัติงานที่งาน IC เดิมมี ICN 2 คน (Infection Control Nurse: ICN) ต่อมาลาออก 1 คน ขณะนั้นหัวหน้างาน IC ชักชวนให้มาทำงานด้วย จึงตอบตกลงและย้ายมาปฏิบัติงานที่งาน IC ต่อมาหัวหน้างาน IC ลาออกทำให้รู้สึกเคืองแค้นไม่รู้จะทำอย่างไร ประกอบกับดิฉันเพิ่งย้ายเข้ามาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาสารคามได้ไม่นาน ซึ่งยังไม่คุ้นเคยกับบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคาม และยังขาดความรู้ด้าน IC ทำให้ไม่มั่นใจในการประสานงาน บางครั้งเกิดความท้อแท้และช่วงระยะเวลา ปี 2550-2557 มีโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเกิดขึ้น และโรงพยาบาลมีการรับรองคุณภาพบริการ (HA) ซึ่งระยะเวลานั้นมี ICN 2 คน แต่อีกคนติดภารกิจที่ต่างประเทศ รู้สึกเครียดมาก ในฐานะผู้ปฏิบัติงานตัวเล็กๆคนหนึ่ง ซึ่งจะต้องปฏิบัติภารกิจให้ลุล่วงตามที่ได้รับมอบหมาย **กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา:** 1) ศึกษาหาความรู้ค้นคว้าด้วยตัวเอง 2) เข้าร่วมประชุมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3) การอบรมหลักสูตรแรก (2 สัปดาห์) “การพยาบาลพื้นฐานการป้องกันการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ.2550”และหลักสูตรที่ 2 (4 เดือน) “การพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ” คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2551: 4) ทำให้เกิดเครือข่าย 5) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 6) มีการสร้างทีมพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) ที่เข้มแข็งและมีการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น กลุ่มline, กลุ่ม face, โทรศัพท์ เอกสาร และ Intranet มีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ ICWN โดยวาระการประชุมประจำเดือน มีการแจกของขวัญ ซึ่ง ICN ช่วยกันจัดหา จากการไปประชุม/อบรมต่างๆมามอบให้ ICWN โดยไม่ได้ใช้งบประมาณของโรงพยาบาล และมีการจัดให้ไปศึกษาดูงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในโรงพยาบาล มีการนิเทศหน้างานโดยไม่ใช้ระบบสั่งการ ให้คำแนะนำ แบบ Coaching สามารถปฏิบัติได้จริง เมื่อเกิดปัญหาหน้างานสามารถรายงานและขอคำปรึกษาได้ทันที จึงเกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน 7) มีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญการจากการอบรม IC 2 สัปดาห์ และ4 เดือน ซึ่งสามารถขอคำแนะนำ/ปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้าน IC **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น:** 1) มีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อผ่านการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานสามารถมองเชิงระบบได้ 2) มีทีมงานที่เข้มแข็งประกอบด้วยมีแพทย์ด้าน IC ตำแหน่งรองผู้อำนวยการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นที่ปรึกษา/คำแนะนำ มี ICWNประจำหอผู้ป่วยและมีการทำกิจกรรมต่อเนื่อง 3) มีระบบเฝ้าระวัง/รายงานชัดเจน รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ โดย ICWN และ ICN มีบทบาทให้คำแนะนำ/ปรึกษา ร่วมวินิจฉัยและสอบสวนเมื่อมีปัญหาหรือขาดความมั่นใจ 4) ICN มีบทบาทการให้

ความรู้ร่วมกับ ICWN ที่หอผู้ป่วย และจัดวิชาการประจำปี ICWN ก็มีบทบาทร่วมเป็นวิทยากร 5) มีการพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างสม่ำเสมอ 6) เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยบุคลากรทุกระดับตระหนักถึงความปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อถือเป็นหน้าที่ของทุกคน เช่น การล้างมือ 7) มีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 8) ผู้บริหารให้การสนับสนุนสื่ออุปกรณ์ต่างๆ และเห็นความสำคัญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยนำไปกำหนดเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลจึงเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 9) ขอบคุณกำลังใจจากเพื่อนร่วมงานทุกๆ ท่าน ที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนเป็นกำลังใจ ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติต่างๆ มาได้ ปัจจุบันทำงานอย่างมีความสุขพร้อมที่จะพัฒนางานให้ดีขึ้น

บทเรียนที่ได้รับ:

- มีความรู้ทำให้มั่นใจ - มีเครือข่ายและผู้เชี่ยวชาญ - มีทีมที่เข้มแข็ง - มีการประชุม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอ - มีการสื่อสารที่ดี หลายช่องทาง เช่น กลุ่มline, กลุ่มface, โทรศัพท์, เอกสารและ Intranet
- มีการนิเทศงานโดยใช้แบบ Coaching ไม่ใช้ระบบสั่งงาน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน
- ชยัน อดทน

อิสรภาพจากโซ่ตรวน

พิบูล ไชยคำภา

เช้าวันอังคารที่แสนวุ่นวาย การเตรียมซักรั้วก่อนพบแพทย์ “คิวที่ 61 คุณไกรสร” เสียงพยาบาลคนสวยเรียกซักรั้ว มีหญิงวัยชราเดินเข้ามาพร้อมนั่งลงที่เก้าอี้ พยาบาลได้ถามชื่อข้าว่านายไกรสร หญิงชราไม่ตอบแต่ใช้การพยักหน้าว่า ไกรสรค่ะ พยาบาลถามซ้ำให้เอาคนไข้เข้ามาด้วย หญิงชราบอกมาไม่ได้ ยายมารักษาแทน พยาบาลถามซ้ำว่าเพราะอะไรคนไข้ไม่มา แต่ก็ไม่ได้รับคำตอบ เกิดความเจ็บช้ำวุ่น หลังจากนั้นก็เลยได้ว่า ลูกชายขาดยามา 3 เดือน ดิฉันเสียงสูง บอกป้าทำอย่างไรจึงขาดยา คำตอบคือบ้านไกลมาก เดินทางลำบากไม่มีรถยนต์จึงได้ฉีดยาแค่เพียงครั้งเดียว มีแต่ยากินเท่านั้น ซ้ำร้ายบางวันยังไม่ยอมกิน ขณะที่เล่าไปน้ำตาก็คลอเบา หญิงชราสีหน้าเศร้าหมอง หลบสายตามองลงพื้นเป็นช่วงๆ และเล่าต่อว่า 3 วันที่แล้วเป็นวันพระใหญ่ลูกชายไม่ยอมหลับนอน ร้องเสียงโหยหวนตลอดเวลา พุดจาเพื่อเจ้อเสียงดังทำให้เพื่อนบ้านไม่ได้หลับนอน ทำความเดือดร้อนให้คนอื่น ไม่ยอมทานข้าว สุกบูหรือจัด ร้องขอน้ำใ้กินน้ำดื่มตลอด พยาบาลจึงสงสัยว่าเหตุใดหญิงชราจึงได้ทำให้ทุกอย่าง หญิงชราตอบด้วยเสียงสั่นเครือว่าได้ล่่ามโซ่ลูกชายไว้กับเสาบ้าน

พยาบาลตกใจพูดทวนเบาๆ “ป้าล่่ามโซ่เขาไว้หรือคะ ป้าเล่าใหม่นะคะสาเหตุอะไรลูกชายจึงถูกล่่ามโซ่” ป้าเล่าพร้อมกับย่ำว่าถ้าไม่ล่่ามโซ่ไว้ลูกชายจะออกจากบ้าน กลัวว่าเขาจะถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อวันก่อนก็ถูกชาวบ้านเอาไม้ไล่ตีเพราะไปด่าทอเขา ขณะที่เล่าดวงตาจะเป็นสีแดงมีน้ำตาไหลคลอออกมาตลอดเวลา หญิงชราได้เอามือปิดน้ำตาเป็นครั้งคราว ช่างเป็นภาพที่พยาบาลสาวสวยแก่ออย่างดิฉันเห็นความรักความห่วงใยของความเป็่นแม่

ในวันนั้นสมองของดิฉันก็ครุ่นคิดตลอดเวลาว่า เราต้องทำอะไรซักอย่างหนึ่ง เค้าเป็นมนุษย์ ไม่ใช่สัตว์ที่แ่่งๆเค้ามีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีอิสระมีเสรีภาพ ดังนั้นจึงมีการนัดการประชุมเพื่อวางแผนว่าเราจะทำอะไรดี ใครจะร่วมทีมได้บ้าง โดยมีเป้าหมายว่าจะต้องปลดโซ่ตรวน และคนทุกคนต้องมาช่วยกัน ไม่ว่าจะเป็่นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประชาชนในชุมชนนี้ ที่ขาดไม่ได้เลยค้่าหมออนามัยต้องไปด้วยกัน

บ้านกุดเว็ยนเป็นเขตรอยต่อระหว่างจังหวัดมหาสารคาม กาฬสินธุ์และร้อยเอ็ด เป็นเขตรอยต่อที่มีเพียงแค่แม่น้ำชีไหลผ่าน เส้นทางที่ขั้บรถผ่านเป็นทุ่งนาและถนนดินแดง ขรุขระเป็นหลุม ระยะทาง 3 กิโลเมตรจากบ้านกุดเว็ยนถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตูม การเดินทางของชาวบ้านที่นี่ใช้จักรยานถีบหรือมอเตอร์ไซค์เพียงเท่านั้น ราวกับว่าเป็นพื้นที่ชายขอบ เมื่อเห็นดังนั้นดิฉันจึงรู้สึกเห็นใจป้าสมรขึ้นมาทันที เพียงแค่การเดินทางยังยากลำบากแล้ว การไปรักษาหรือพบแพทย์คงยากยิ่งกว่า ดิฉันถามน้องพยาบาลในการมาฉีดยาให้ผู้ป่วย น้องบอกว่าต้องอาศัยรถมอเตอร์ไซค์ของอนามัยหรือรถยนต์ขึ้นอยู่กับว่าระยะทางที่จะไปนั้นมีความยากลำบากสักเพียงใด น้องรถมาสักกระยะรถตู้ได้มาจอดที่หน้าบ้านของไกรสร บ้านหลังนี้เป็นบ้านพื้นยกสูง ใต้ถุนโล่ง พื้นบ้านเป็นดินที่เต็มไปด้วยเศษกระดาษกันบูหรือ มีแคร่ไม้ไผ่ 2 ตัว พบชายวัยทำงานไม่สวมเสื้อสวมแค่กางเกงเก่าๆ ผมยุง ตามตัวมอมแมม สายตาที่มองมาเต็มไปด้วยความหวาดระแวง ปลายเท้าข้างขวามีโซ่ตรวนลือคด้วยกุญแจผูกล่่ามไว้กับเสาบ้าน ป้าสมรเดินมาต้อนรับพร้อมผู้ใหญ่บ้านและพ่ออสม. ผู้ใหญ่บ้าน

เชิญให้ไปนั่งที่บ้านของลูกสาวซึ่งอยู่ใกล้ๆบ้านของไกรสร หลังจากที่ได้นั่งพูดคุยทั่วไป ดิฉันจึงเริ่มซักถาม เหตุการณ์ต่างๆที่เป็นสาเหตุให้ต้องล่ามขังไกรสร แม่จึงได้เล่าว่า ไกรสรจบม.3 จากโรงเรียนใกล้บ้าน หลังจาก ที่พ่อเสียชีวิตพี่ชายได้ชักชวนไปทำงานที่กทม. ทำงานระยะหนึ่งเริ่มมีเพื่อนรู้จักได้ชักชวนไปลงเรือประมง ทำได้เกือบ 3 ปีรายได้เริ่มดีจึงส่งเงินกลับบ้านมาให้แม่และพี่สาว ก่อนสงกรานต์แม่รอคอยการกลับบ้านของไกรสรแต่ไม่ได้กลับ เจ้านายโทรมาบอกว่าไกรสรไม่สบาย เมื่อได้ยินข่าวแม่นอนไม่หลับ จึงติดต่อเพื่อนของไกรสร เพื่อถามข่าวคราว เพื่อนบอกว่าไกรสรมีอาการปวดมาก พวดจาเพื่อเจ้อ ไม่ยอมหลับนอน เดินตลอดวัน แม่จึงได้ เข้ากทม.ไปรับไกรสรที่ท่าเรือ และพบว่าลูกชายของตนปวดมาก พวดจาเพื่อเจ้อ เมื่อกลับมาทุกคนในหมู่บ้านลง ความเห็นว่าให้ไปรักษาทางไสยศาสตร์ แม่พาถูกไปทุกๆที่ที่คนอื่นบอกว่าดีและอาจารย์เก่ง เมื่อรักษาอาการดีขึ้นแล้วแต่ยังกลับมาเป็นซ้ำอีกเช่นเคย จนในที่สุดแม่ตัดสินใจพาถูกชายไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ไปรับยา ทุกเดือน อาการดีขึ้นและหยุดยาเอง ต้องการไปทำงานรับจ้างที่กทม. ไกรสรเดินทางเข้ากทม.ด้วยความหวัง ทำงานที่โรงงานได้ 2 เดือน เดือนแรกส่งเงินกลับบ้าน เดือนที่ 2 มีเพื่อนมากขึ้น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ อดนอน เพราะเข้ากะทำงาน จึงเริ่มมีอาการปวดมากหลงผิด ไม่สามารถทำงานได้ บริษัทบอกเลิกไม่จ้างงานต้องรับกลับบ้านเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น การรับยายังไม่ต่อเนื่อง เนื่องด้วยระยะเวลาในการเดินทาง ทำให้อาการกำเริบบ่อยครั้งแต่ละครั้งก็จะมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่นจะชอบปีนปายเข้าบ้านคนอื่นไปหยิบสิ่งของ ในบ้าน แม่กลัวใจมากจึงไม่ให้นอนที่บ้านและให้ไปอยู่ที่กระท้อปลายนา แต่พฤติกรรมเดิมๆยังคงอยู่โดย ไกรสรยังคงสูบบุหรี่ ทำให้เกิดไฟไหม้กองฟางลามไปถึงกระท้อปลายนา หลังจากเหตุการณ์นั้นไกรสรเริ่มมีอาการหวาดระแวง พกมีด ทำร้ายคนอื่น ชาวบ้านลงความเห็นให้กักบริเวณและล่ามโซ่ตรวนไว้

ในการปลดโซ่ตรวนไม่ใช่เรื่องที่ทำกันง่ายๆ เพราะจะถูกต่อต้านจากคนในชุมชน

“คุณหมอบ่ได้อยู่ นำคุณหมอบ่รู้ดอกว่ามันเป็นตายานสำไต่”

“ชาวบ้านต้องการความสงบ ความปลอดภัยเด้ครับ”

“ถ้ามันฆ่าตาย จะบ่ตายฟรีตี้”

“ถ้ามันขมขื่นจะเฮ็ดจั้งไต่ เป็นคุณหมอบ่เอาบ่ละ”

ณ เวลานั้นคงต้องได้แต่ฟังและพยายามรักษาสติให้มันพร้อมกับยืนยันว่าวันนี้ที่มาไม่ได้จะมาปลดโซ่ตรวนแต่อยากมาชวนทุกคนมาร่วมดูแลลูกหลานบ้านเราด้วยกัน

หลังจากพูดคุยทำความเข้าใจกับชาวบ้านเรียบร้อยแล้วซัก ทีมเราก็ปรึกษากัน จิตแพทย์ได้ให้ฉีดยาต้านโรคจิต แต่ขณะนั้นผู้ป่วยมีสีหน้าหวาดระแวง ไม่ยินยอมและต่อสู้ เจ้าหน้าที่ต้องพูดเกลี้ยกล่อมและให้ชาวบ้านช่วยกันจับล็อกและฉีดยา จากนั้นดิฉันและทีมงานได้ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ชาวบ้าน ให้กำลังใจผู้ดูแลแพทย์สั่งฉีดยาทุก 2 สัปดาห์ โดยนัดหมายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดำเนินการ และวางแผนให้ผู้นำชุมชนและอสม. มาร่วมในการฉีดยาทุกครั้ง ทีมงานรับปากว่าจะเข้าไปที่หมู่บ้านเดือนละครั้ง ดิฉันและจิตแพทย์วางแผนเยี่ยมติดต่อกัน 3 เดือน ซึ่งการเยี่ยมครั้งที่ 1-3 ชาวบ้านให้การต้อนรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ท่านนายกอบต.จะช่วยเหลือโดยการสร้างบ้านชั่วคราวคือเทพื้นปูน บริเวณพื้นบ้านประมาณ 4x4 เมตร ทำห้องน้ำใหม่กันปูนมิดชิด แต่งบไม่พอกันห้องกันลมกันหนาว การเยี่ยมครั้งที่ 4 ทีมงานจิตเวชนำปัญหามาปรึกษาทีมงานในที่สุดจึงได้กันห้องกันลมหนาวให้ไกรสร ด้วยการยกพื้นปูนสูงประมาณ 1

เมตรใช้ไม้เป็นฝาดตีห่างๆ ทีมเราเริ่มวางแผนจะปลดโซ่ตรวน ประสานงานรพจิตเวชขอนแก่น ผู้ใหญ่บ้านดุกังวลเล็กน้อยแต่ในขณะเดียวกันป่าสมรกลับมีสีหน้าที่มีความสุข พี่สาวของไกรสรกังวลว่าไกรสรต้องกลับมาขโมยหรือมีอาการมากขึ้น

ปลดโซ่ตรวนครั้งแรก ทีมงานวางแผนปล่อยให้เดินเป็นอิสระครั้งแรก 1 ชั่วโมง แล้วเพิ่มเป็น 2 ชั่วโมง จากนั้นเพิ่มเป็นครึ่งวัน และทั้งวันแต่ในช่วงเย็นจะต้องล่ามโซ่ไว้เช่นเดิม ไกรสรกินยา ฉีดยาสม่ำเสมออาการดีขึ้น ด้วยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในระยะเวลา 3 เดือน สามารถปลดโซ่ตรวนได้ ไกรสรออกไปช่วยแม่ทำนาปลูกผักได้ การรับยายังคงเป็นแม่ที่มารับยาทุกๆ 2 เดือน

ณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม

เช้าวันอังคารที่แสนสวยงาม ดิฉันที่นั่งซักประวัติอยู่ได้ยินเสียงที่คุ้นเคย เมื่อเงยหน้าขึ้นปรากฏภาพชายวัยทำงานแต่งตัวสะอาดเดินมาพร้อมแม่ ในมือไกรสรมีถุงหอมแดง 3-4 ถุง พร้อมกับยกมือไหว้ทักทายดิฉันและเอ่ยถามว่า “จำผมได้ไหมครับ ผมมาขอบคุณ เอาหัวหอมที่ปลูกเองกับแม่มาฝาก ” ดิฉันเห็นสีหน้าแววตาของทั้งไกรสรและแม่ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพความเป็นพยาบาลจิตเวชที่สามารถให้อิสระภาพคนคนหนึ่งได้มีชีวิตเหมือนคนทั่วไป สามารถช่วยงานครอบครัวได้ รับจ้างในหมู่บ้าน มารับยาเองได้ มีเบี้ยยังชีพเดือนละ 800 บาท ความเป็นอยู่ที่ดี ครอบครัวและชาวบ้านยอมรับ เกิดจากความเต็มใจเต็มที่ของทีมงานของเราทุกวิชาชีพที่ทำให้คนที่ใครๆ ไม่อยากให้มีในหมู่บ้านกลับมามีคุณค่าสำหรับแม่แก่ๆ ให้กลับมายิ้มได้เมื่อเพื่อนบ้านชมว่าลูกขยันช่วยงานเพื่อนบ้านได้

เรื่องเล่านี้คือความภาคภูมิใจของพยาบาลจิตเวชที่ทำให้เห็นว่าการทุ่มเทเสียสละช่วยครอบครัวหนึ่งให้สามารถดูแลตนเองได้ตามบริบท ชุมชนยอมรับให้ออกาสคนที่สังคมตีตราคนที่ใครๆคิดว่าไม่ควรข้องเกี่ยวกับกลับมาสู่สังคมอีกครั้ง

ชีวิตที่ไม่สิ้นสุด

วทัญญู เนื่องมหา

ในวันนี้ผมจะมาเล่าถึงประสบการณ์ครั้งแรกในการขอรับบริจาคอวัยวะ จากญาติผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย เมื่อเวลาบ่าย วันที่ 16 มิถุนายน 2559 เมื่อญาติตัดสินใจบริจาคอวัยวะที่ตึกศัลยกรรมชาย ผมได้ดำเนินกิจกรรมโดยประสานแพทย์เวร เรื่องการย้ายผู้ป่วยสมองตายเข้าหอผู้ป่วยหนักเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดเอาอวัยวะออก วันนั้นเป็นวันที่ยุ่งมากแต่เป็นความยุ่งที่ได้รับความร่วมมือจากทีมดีมาก ทีมไอซียูช่วยดูแลผู้ป่วย ทีมศัลยกรรมชายช่วยเจาะ LAB ที่จำเป็นส่งตรวจก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้ามา ทีมแพทย์ช่วยกันตรวจร่างกาย และให้ข้อมูลญาติเป็นระยะๆ มันเป็นความเหนื่อยล้าที่มีความสุขที่ทุกคนต่างร่วมมือร่วมใจทำงานราบรื่น หลังจากนั้นก็เป็นช่วงที่ต้องประสานงานกับสภากาชาด ปัจจุบันนี้ต้องขอบคุณเครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย ง่ายต่อการประสานงานรายงานข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งสภากาชาดต้องการเป็นข้อมูลที่ละเอียดมาก เช่น อาการตั้งแต่แรกรับจนถึงปัจจุบัน แต่ก็เป็นไปอย่างราบรื่น ญาติทุกคนยอมรับในการบริจาคอวัยวะ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลการวินิจฉัยภาวะสมองตายทั้งสองครั้งผ่านด้วยดี ส่วนด้านจิตใจและความเชื่อ เราก็ได้นิมนต์พระอาจารย์จากวัดอภิสิทธิ์ปัญญามาบรรยายธรรมะในระยะเวลาสั้นๆ และแผ่บุญกุศลและกรวดน้ำให้แก่ผู้ป่วย หลังจากทำพิธีเสร็จญาติก็ได้บอกผมว่า “ดีใจแล้วละค่ะ ที่น้องได้ทำบุญใหญ่ บุญครั้งนี้คงจะช่วยให้น้องได้ไปสู่ภพภูมิที่ดี ที่ผ่านมาน้องไม่มีโอกาสได้ทำบุญคิดว่าน้องก็คงมีความคิดที่จะอยากสร้างบุญสร้างกุศลกับเพื่อนมนุษย์เหมือนกัน เพราะคุณหมอบอกว่าคนบริจาคหนึ่งคน สามารถที่จะช่วยต่อชีวิตให้กับผู้ป่วยได้อีกหลายคน ส่วนตัวดิฉันและสามีก็คิดว่าจะบริจาคไว้เช่นเดียวกัน ” จากประสบการณ์ในครั้งนี้ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมการขอรับบริจาคอวัยวะ แม้จะเป็นประสบการณ์ครั้งแรก และเกิดความขัดแย้งทางใจในตอนแรก เพราะความรู้สึกแรกที่ได้รับการมอบหมายจากหัวหน้าคือ 1. รู้สึกกดดันที่ต้องเป็นคนไปแจ้งข่าวร้ายกับญาติ 2. เป็นช่วงระยะตั้งเครียดที่ญาติกำลังเศร้าโศกเสียใจกับภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างกะทันหันที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน แล้วเราจะเข้าไปพูดกับญาติอย่างไร คุยกับญาติแบบไหน เราควรจะไปเวลานี้หรือไม่ แต่ด้วยหน้าที่และผลประโยชน์ของผู้ป่วย ทำให้ต้องรวบรวมความกล้า เดินเข้าไปหาญาติผู้ป่วยในวันนั้น ในใจก็นึกถึงแต่สิ่งที่ดี ที่เป็นผลดีกับผู้ป่วยที่รอรับบริจาคอวัยวะจึงทำใจดีสู้เสือเข้าไปเจรจาดูตามที่เคยได้รับการฝึกอบรมมา ผลปรากฏว่าดีเกินคาด ญาติให้ความร่วมมือดีมาก การเจรจาครั้งนี้สำเร็จผ่านไปได้ด้วยดี ทำให้ผมรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่ง และหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้นนะอวัยวะไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เรายังรู้สึกภาคภูมิใจในหน้าที่ของเราที่เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือชีวิตคนอื่นหลายชีวิตแม้จะเป็นแค่ส่วนหนึ่งเล็กๆในทีมแต่เราก็มีความสุขที่ได้ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น ผมขอบคุณญาติที่แจ้งความประสงค์แทนผู้ป่วยในการบริจาคอวัยวะ แต่ตรงข้ามญาติผู้ป่วยมาขอบคุณทางคณะแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนช่วยเหลือ ชี้ทางให้ญาติของตนได้มีโอกาสทำบุญทำกุศลครั้งยิ่งใหญ่ให้กับวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และแล้วน้ำตาแห่งความดีใจปนปลื้มปิติก็หลั่งไหลออกมาจากดวงตาของญาติ เห็นดังนี้แล้วทำไมผมคิดว่า คิดไม่ผิดเลยที่ก้าวเข้ามาทำหน้าที่อันทรงเกียรตินี้

เป้าหมาย : เพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ

ที่มาของปัญหา : เนื่องจากการรับบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป เนื่องด้วยข้อจำกัดในเรื่องด้านความเชื่อ และวัฒนธรรม ทำให้การขอรับอวัยวะเป็นเรื่องที่ยากและท้าทาย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย จึงได้สร้างเครือข่ายเพื่อช่วยการส่งเสริม สนับสนุน ให้การรับบริจาคอวัยวะเผยแพร่ไปในวงกว้างทั้งกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา : ปัจจุบันมีการรณรงค์ให้มีการบริจาคอวัยวะมากขึ้นทั้งจากการออกนอกพื้นที่ และจากการโฆษณาทางคลื่นวิทยุ ทำให้มีคนสนใจที่จะบริจาคอวัยวะมากขึ้น การทำหน้าที่เป็น Mr. Coordinator เพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะบริจาคอวัยวะ และเป็นผู้ประสานงาน การบริจาคอวัยวะ

บทเรียนที่ได้รับ : มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการทำหน้าที่เป็น Mr. Coordinator ทำหน้าที่ประสานงานการขอรับบริจาคอวัยวะ

Home Ventilator กับความฝันในวันกลับบ้านของน้องพลอย

หอผู้ป่วยเด็กโต กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

หอผู้ป่วยเด็กโต กลุ่มงานกุมารเวชกรรม เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือน - 15 ปี ดูแลผู้ป่วยสามัญและพิเศษ ทั้งผู้ป่วยภาวะวิกฤตและไม่วิกฤต มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่อง ventilator ไม่บ่อยครั้ง จนกระทั่ง น้องพลอยเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 11 ปีซึ่งเดิมเป็นเด็กสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว เป็นเด็กராเริงสดใส ยิ้มเก่ง เป็นที่รักของครอบครัว ภูมิลำเนาอยู่ที่ อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม เริ่มมีไข้สูง กล้ามเนื้ออ่อนแรงลุกเดินไม่ได้ เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกิลแลง-บาร์เร (Guillain-barre syndrome) ซึ่งเกิดการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลายๆ เส้นพร้อมๆ กัน จนก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน น้องพลอยมีอาการรุนแรงจนเป็นอัมพาตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ได้ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นเวลาประมาณ 45 วัน และได้กลับมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโดยหายใจผ่านท่อหลอดลมคอ และเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลาและได้ย้ายมารักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต ตั้งแต่เดือน มกราคม 2559 น้องพลอยยังรู้สึกตัวดี พูดคุยได้ปกติ แต่หายใจเองไม่ได้ กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง นั่งไม่ได้ พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ กล้ามเนื้อขาไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีเพียงกำลังใจจากคุณแม่เป็นผู้ดูแลหลักและทีมพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กโต ซึ่งมีความ กังวลใจในการดูแลเครื่อง ventilator ในระยะแรกๆ แต่ต่อมาทีมได้เรียนรู้ร่วมกันกับหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมและศูนย์เครื่องมือแพทย์จึงมีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ ventilator, การ setting ventilator, การฝึกหายใจในเวลากลางวันด้วยวิธี Collar mask และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี แต่ยังไม่ใช้ประเด็นหลักที่เราต้องการ สิ่งทีทีมและครอบครัวน้องพลอยคาดหวังคือ การที่ผู้ป่วยสามารถนำเครื่อง ventilator กลับไปใช้ต่อที่บ้าน ทีมจึงได้ประชุมปรึกษาปัญหาและได้ประเด็นการแก้ไข คือ การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การมีเครื่อง Home ventilator และความพร้อมของทีมดูแลต่อเนืองรพ. พยัคฆภูมิพิสัย และแล้วความฝันที่จะได้กลับบ้านของน้องพลอยก็เป็นความจริง เมื่อแพทย์หญิงสายพิณ ฤทธิโคตร กุมารแพทย์เจ้าของไข้ น้องพลอยขณะนั้นได้เข้าร่วมโครงการ Run 2 breath “วิ่งต่อลมหายใจให้น้อง” ซึ่งเป็นงานการกุศลที่ รพศ.ขอนแก่นจัดขึ้นเพื่อจัดซื้อ เครื่องช่วยหายใจสำหรับใช้ที่บ้าน (Home Ventilator) วันที่ 3 ก.ค.2559 ณ บึงทุ่งสร้าง จ.ขอนแก่น จึงเป็นโอกาสทองของชีวิตน้องพลอยที่จะได้กลับบ้าน ตลอดระยะเวลา เกือบ 1 ปี ที่น้องพลอยได้อยู่ที่หอผู้ป่วยเด็กโต คุณแม่ของน้องพลอยเป็นหญิงแกร่ง ใจสู้ ไม่ย่อท้อ ถึงจะอ่อนล้า อ่อนแอบ้างบางเวลา ก็ไม่เคยบ่น กลับพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้พยายามเรียนรู้การดูแลน้องพลอยทั้งการดูแลเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การทำกายภาพบำบัด การทำแผลที่ถูกวิธีการดูแลเครื่องช่วยหายใจ โดยมีทีมพยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กโตที่คอยสอนให้กำลังใจและแนะนำการดูแลให้ทั้งหมดทำให้กลายเป็นตัวอย่างแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยคนอื่นได้เป็นอย่างดี และทุกๆ เทศกาลที่หน่วยงานได้จัดขึ้นภายในหอผู้ป่วยแห่งนี้ น้องพลอยได้เป็นส่วนหนึ่งของงานแม้จะเป็นผู้ป่วยติดเตียงและได้รับความรักความอบอุ่นจากทีมแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กโตทุกวันทุกเวรเสมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร

หลังจากการรับมอบเครื่อง Home Ventilator ในวันที่ 13 ก.ค.2559 ทางทีมเด็กโตได้ประสานงานกับ ทีมดูแลต่อเนื่อง รพ.พยัคฆภูมิพิสัย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่จะส่งต่อการดูแลน้องพลอยจากโรงพยาบาลมหาสารคามไปยัง ชุมชนและเครือข่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้การใช้เครื่อง Home Ventilator ร่วมกันจนมีความสามารถใช้ เครื่องได้เป็นอย่างดี และตัวน้องพลอยกับครอบครัวก็มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน ในวันที่ 24 สิงหาคม 2559 ทีมเด็กโต กุมารแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพก็นำส่งน้องพลอยและคุณแม่กลับบ้านพร้อม Home Ventilator ท่ามกลางความยินดี รอยยิ้ม และความสุขของทีมซึ่งได้ทำให้ความฝันน้องพลอยเป็นจริง และทีมสห สาขาวิชาชีพได้ลงเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลจากหอผู้ป่วยเด็กโต ทีมดูแล ต่อเนื่อง จากรพ. มหาสารคาม และรพ.พยัคฆภูมิพิสัย พร้อมทั้งทีมจากหน่วยงานการศึกษาพิเศษซึ่งได้เปิด โอกาสให้น้องพลอยได้เรียนหนังสืออีกครั้ง นับว่าความร่วมมือร่วมใจครั้งนี้ของทีมรพ.มหาสารคาม และ รพ.พยัคฆภูมิพิสัยและประสบความสำเร็จเพราะได้เห็นรอยยิ้มจากใบหน้าคุณแม่และน้องพลอยอีกครั้งและ ความสัมพันธ์ของเรายังไม่สิ้นสุดเพราะการสื่อสารผ่านทางไลน์ได้ทำให้ทีมได้เห็นความเปลี่ยนแปลงของน้อง พลอยทุกวัน ระยะทางที่ห่างไกล ไม่อาจกั้นสายใย หัวใจ ความผูกพัน ที่มีให้แก่กัน ตลอดไป

เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำเครื่อง Home Ventilator ไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านได้

ที่มาของปัญหา: ผู้ป่วยเด็กหญิงโรค Guillain- Barre syndrome กล้ามเนื้อหายใจและกล้ามเนื้อขาเป็น อัมพาตต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา: เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและเตรียมความพร้อมของทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น: ผู้ป่วย case Guillain-barre syndrome ซึ่งมีการอักเสบเฉียบพลันของ เส้นประสาทหลายๆ เส้นพร้อมๆ กัน จนก่อให้เกิดอาการอัมพาตกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย สามารถนำส่งผู้ป่วย กลับไปใช้ Home Ventilator ต่อที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

บทเรียนที่ได้รับ: การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่ใช้ Home Ventilator ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของเจ้าหน้าที่ทุก คนในทีมจึงจะทำให้ประสบความสำเร็จ

ปลดลือกใจ เสริมการรัก พืชอุปสรรคและโรคภัย

ดวงดาว ศิริพยัคฆ์

ความเจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องผิดปกติของอวัยวะระบบใดระบบหนึ่ง แต่หากเป็นผลของความแปรปรวนของร่างกายทั้งระบบ รวมถึงระบบความสัมพันธ์ที่มีผลต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ในการบำบัดรักษาจึงให้ความสำคัญกับการรักษาความสมดุล เพื่อให้สอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม ที่เน้นการดูแล เยียวยา ภาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อรักษาและสร้างความสมดุลของบุคคล แต่ใครจะรู้ได้ว่าการที่เรามาปฏิบัติงานตามมาตรฐานในแต่ละวันนั้น เราได้ใช้กระบวนการดูแลแบบองค์รวม เพราะเชื่อได้ว่า เราทำไม่ได้ทุกครั้งไป แม้กระทั่งตัวดิฉันเอง เพราะส่วนใหญ่แล้ว มักจะเจอคนไข้ล้นตึก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เร่งรีบในการทำงาน ทำงานแบบ Routine จนลืมไปว่า ยังมีคนไข้ที่รอให้เรารักษาไม่ใช่แค่กาย แต่ต้องการการรักษาที่ใจพร้อมไปด้วย การใช้เวลาในการปลดลือกของหัวใจ ไขความลับที่ซ่อนอยู่ เปิดประตูใจให้เกิดสายสัมพันธ์ของครอบครัว ทำให้การรักษาเยียวาด้านจิตใจหายขาด จะส่งผลกระทบให้การรักษาทางด้านร่างกายได้อย่างน่าอัศจรรย์ ประโยคนี้คือประโยคทองที่หัวหน้าและทีมพยาบาลเราทุกคนพูดอยู่เสมอ แล้วจะทำอย่างไรละ

จนมาวันหนึ่ง วันที่เราได้มองเห็นคนไข้คนหนึ่งอยู่บนเตียง แลดู Poor hygiene ช่วยเหลือตนเองได้ บนเตียง และเตียงที่เขานอนเปอะเปื้อนไปด้วยอุจจาระ ปัสสาวะ และไรซึ่งคนเหลียวแล วันแรกๆเราก็มองว่าเป็นคนไข้ไม่มีญาติ หรือญาติเอามาทิ้งไว้ รพ.เพื่อรักษาตัว ซึ่งเราก็ดูแลแบบทั่วๆไป อยากได้อะไรก็หยิบให้ หิวข้าวก็ป้อน หิวน้ำก็เอาให้ดื่ม ถ่ายอุจจาระก็เช็ดและเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ วันต่อมาเราก็ได้เริ่มมองเห็นว่ามีญาติที่เป็นผู้หญิงสูงวัยมาเฝ้า เฝ้าโดยนอนเฝ้าเฉยๆไม่ได้ช่วยเหลืออะไรคนไข้เลย คนไข้ยังคงเขานอนเปอะเปื้อนไปด้วยอุจจาระ ปัสสาวะ เช่นเคย อีกทั้งยังโดนหญิงสูงวัยคนนั้นด่า ว่าเสียๆ หายๆ จากวันนั้นมาดิฉันก็ไม่สังเกตเห็นผู้หญิงสูงวัยคนนั้นมาเฝ้าอีกเลย และคนไข้เองก็นอนน้ำตาซึม ข้าวปลาไม่ยอมกิน เห็นเช่นนี้ เราเองก็ไม่สบายใจที่เห็นคนไข้เป็นเช่นนี้ อยากเห็นเขาหายดี ออกจาก รพ. และสามารถดูแลตัวเองได้ เราจึงได้สอบถามถึงอาการเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา วันแรกที่ได้คุยกับผู้ป่วย เป็นอะไรที่ยากมาก ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดใจ เขาไม่พูดหรือไม่ให้ข้อมูลอะไรกับเราเลย วันที่ 2 เราเริ่มซื้อนมและผลไม้เล็กๆน้อยๆมาฝาก เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี แต่...ยังคงไม่เป็นผลเช่นเคย วันที่ 3 ผู้ป่วยคงเริ่มเห็นใจในลูกตื้อ เริ่มคุยกับเราบ้างแต่ยังคงเป็นถามคำถาม คำตอบ คำ ยังคงเก็บข้อมูลอะไรได้ไม่มากนัก วันที่ 4 เราเองที่เริ่มลองถอยห่าง ไม่เข้าไปตื้อเพื่อพูดคุย แต่เดินผ่านไป-มา ผู้ป่วยจึงเรียกเราและถามว่า “คุณหมอเป็นหยิ่งมื่อนี้ คือเป็นเงียบๆ” เราก็แค้มยิ้มและเดินผ่านไป แต่แอบมองดูเห็นคุณตามองหาเราบ่อยๆ ก็คิดว่า “ได้ผลแฮะ น้ำหยดลงหินทุกวัน หินมันยังกร้อน” วันที่ 5 รุ่งเช้า “เอาวะเหนียวเวรบายยุ่งๆ ไม่ได้นั่งเลยก็อดเอาไปแต่เข้าหน่อยดูสิว่าวันนี้คุณตาจะคุยกับเรารึป่าว” เราจึงเดินเข้าไปพูดคุยและสอบถามถึงอาการที่เป็นอยู่

RN: “คุณตาเป็นไงบ้างเมื่อคืนนอนหลับมั๊ย ฝันเห็นพยาบาลรึป่าวน้อ” ถามด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม

Pt: “มื่อวานเป็นหยิ่งคือบ่ทักทายกัน ถามก็บ่ปาก ซังตาหลายบ้อ” เป็นคำถามที่เราไม่คาดคิดว่าจะได้ยิน แต่มันเป็นคำถามที่เราพอใจมากเพราะมันแสดงว่าคุณตายอมรับเราและพร้อมจะคุยกับเราแล้ว “บ่ดอกอยากให้ตามีเวลาคิดหยิ่งส่วนตัวซื่อๆ แล้วเป็นหยิ่ง คือบ่กินข้าว กินน้ำคะ”

Pt: “ผมกินปลง”

RN: “คิดอียังอยู่ ป่สบายใจอียัง คือกินปลง”

Pt: “หมอใหญ่ว่า ผมเป็นมะเร็ง ต่อมลูกหมาก ผมเลยกินข้าวปลง ผมย่านตาย ขึ้นผมตาย เขาจะเอารถ บ้าน เงินทองผมหนีไปให้ลูกเขาเหมิต ลูกผมสิบได้หยัง ผมคิดฮอดลูก”

RN: “เขานี้...คือไผตา ลูกของตาอยู่ใส มีเบอร์โทรบ่ ทาง รพ. จะติดต่อให้”

Pt: “เขานี้...เป็นเมียใหม่ผม มันอยากให้ผมตายไวๆ มันจะเอามรดกผมไปให้ลูกมัน ผมกับมันบ่มีลูกนำกัน ติดต่อกูกสาวผมให้แน่ครับ บอกลูกแน่ บอกว่าผมอยู่ รพ. ผมหนีจากเขามานานแล้วมันคือสิเคียดให้ผมที่บ่ฟัง ความ”

หลังจากวันนั้นเราก็ได้ติดต่อบุตรสาวเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หลังจากทีบุตรสาวมาดูแล ผู้ป่วยก็ดูมีชีวิตชีวามากขึ้น สะอาดสะอาดแต่ยังคงรับประทานอาหารได้เพียงเล็กน้อย บุตรจึงได้มาปรึกษากับเราว่า จะมีทางไหนบ้างที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น อาการดีขึ้น ดิฉันจึงได้เดินไปหาผู้ป่วยพร้อมกับลูกสาวแต่ยืนห่างๆเกาะขอบเตียงมอง ดิฉันจับมือผู้ป่วยมากุมไว้สั๊กพัก แล้วถามว่า “คุณตามียังที่ยังบ่สบายใจอีก จังบ่กินข้าว” คนไข้หันกลับไปมองหน้าบุตรสาวและร้องไห้ พร้อมกับพูดว่า “ผมจะตายไวบ่ เมียผมเขา คืออยากให้ผมตายคักแท้ เขาบอกว่าสิถิ่มผมไว้โรงบาล” “แล้วผมสิไปอยู่กับไผยามออกจากโรงบาล” เรายิ้ม ปลอบใจและหันไปมองหน้าลูกสาวด้วยสายตาขอร้อง ให้กำลังใจ พร้อมกับตอบว่า “คุณตา ถ้าจะตายเพราะตัวโรคนั้น มันบ่ตายง่ายดอก แต่ถ้าตราบไตที่ตาบ่ยอมกินข้าวกินน้ำ มันกะสิบ่มีแสงที่จะไปต่อสู้อกับโรคร้ายไข้เจ็บ แต่ถ้ากินข้าว บำรุงตัวเองดีๆ ดูแลตัวเองดีๆ กะอยู่ได้อีกโดน อย่าไปคิดหยังหลาย” “คุณตายังมีลูกสาวที่น่ารัก และรักคุณตามากนะคะ” แล้วเราก็จับมือลูกสาวมากุมมือคุณตาไว้ วินาทีนั้นลูกสาวน้ำตาเริ่มซึมขอบตาแล้วค่อยๆไหลหยดลงอาบแก้มเป็นทางทั้งสองข้าง พร้อมเสียงสะอื้นเบาๆ ค่อยๆโอบกอดคุณตาไว้ เหมือนเป็นคำมั่นสัญญาว่าจะดูแลคุณตาตลอดไป มันเป็นภาพที่น่าดูที่สุดเท่าที่เคยเห็นมาในชีวิตดิฉันมันทำให้ดิฉันมีความสุขนึ่กอยากจะทำคุณพ่อขึ้นมาอย่างท่วมท้นทันที

หลังจากวันนั้นผู้ป่วยก็สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นเรื่อยๆ ช่วยเหลือตัวเองได้ หน้าตาสดชื่นมากขึ้น พร้อมกับบ้าน คนไข้เอ่ยบอกว่า “พร้อมแล้วที่จะกลับบ้าน พร้อมแล้วที่จะเผชิญกับโรคร้าย อะโรมันจะเกิดก็เกิดเถิดแล้วแต่ว่ากรรมวาจะสิ้นสุดถึงไหน” แต่สิ่งที่ทำให้เราอัศจรรย์ใจคือ สองพ่อลูกคุยกับเราว่า “คุณพยาบาลเหมือนนางฟ้ามาโปรดที่ทำให้เราพ่อลูกได้คุยกัน สัมผัสโอบกอดกันและกัน ทำความเข้าใจกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มันได้สูญหายไปจากชีวิตของเรามาเนิ่นนานจนเกือบจะยี่สิบปี ซึ่งคิดว่าไม่มีโอกาสนี้อีกแล้ว มันเป็นบาปในใจของเราสองคนที่ยากปลดปล่อย อยากขอโทษลูก อยากขอโทษพ่อ อยากดูแลกันเหมือนเดิม แต่ไม่กล้าทำ ไม่คิดว่าจะมีโอกาสให้เราทำได้ทำเช่นนี้ ขอขอบคุณพยาบาลทุกท่านโดยเฉพาะคุณแดงโมคนสวย นางฟ้าชุดขาวที่ช่วยเราสองคน ขอขอบคุณจริงๆ” และแล้วคุณตาก็ได้ D/C ออกจาก รพ.ไปอยู่กับบุตรสาว 2 wks. ต่อมาผู้ป่วยมา F/U ตามนัดและได้แวะมาเยี่ยมเยียนถามสารทุกข์สุก-ดิบ พร้อมกับซื้อขนม นม ผลไม้มาฝาก พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ “ผมขอบคุณคุณหมอหลายๆ เตื่อ ที่ดูแลร่างกายให้ผมแข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับโรคร้าย แถมยังซ่อมแซมหัวใจของผมให้มีพลังฮึดสู้อีกครั้ง” นี้เป็นคำกล่าวที่ผู้ป่วยบอกกับเรา และคำพูดนี้ยังเป็นกำลังใจในการทำงานในทุกๆวัน

และนี่คือบทเรียนหนึ่งที่ทำให้เราเข้าใจว่าการพยาบาลดูแลแบบองค์รวม การปลดล๊อคจิตใจให้ใจเป็นสุขปราศจากความมีอคติ ความโกรธ ความรู้สึกผิดเป็นบาปเป็นทุกข์ ทำได้ง่าย เหมือนฝันไม่ยากอย่างที่คิด ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน มันเกิดได้ชั่วขณะพริบตาเดียว เป็นการพยาบาลที่เราทำทุกวันตามมาตรฐานแต่ภายใต้มาตรฐานนั้นหากเราทำด้วยจิตใจที่ดี คิดดี เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ มันจะเป็นมาตรฐานที่ปฏิบัติออกมาอย่างนิ่มนวลผู้ป่วยซึมซับได้อย่างลึกซึ้งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางกายที่ดีได้อย่างน่าอัศจรรย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมสู้โรค สุขภาพดีทั้งกายใจตามสภาพอยู่อย่างเป็นสุขจบจนสุดท้ายของชีวิตได้ ดังเช่นกรณีศึกษาี้ และตั้งคำถามว่า

สุขภาพกายก็ได้ใจก็ดี	ทั้งไม่มีอวัยวะผลแสดง
ประหยัดค่ารักษาโรควิโยคแยง	แลเปลี่ยนแปลงกาย-ใจให้ใสภา
อย่ากลัวความลำบาก เหนื่อยยากบ่น	บริหารกาย-ใจตนเองอดทนกล้า
มีแต่ความคุ้มค่า คุ้มค่า	ไร้โรค=ประเสริฐตามสัพพัญญู

ความหวังของแม่น้องพิมพ์

วิไล ศรีเตชะ

แม่น้องพิมพ์เล่าว่าแต่งงานได้ 10 ปี รอคอยการเกิดของน้องพิมพ์นานมาก จนแทบจะหมดหวังจึงแก้เคล็ดโดยขอลูกชายของน้องสาวมาเป็นลูกบุญธรรม และให้เกิดลูกอีกคน ขึ้นมา ในที่สุดแม่น้องพิมพ์ก็สมหวังหลังจากรอคอยมา 10 ปี จึงตั้งท้องและให้กำเนิดลูกสาวที่น่ารักชื่อน้องพิมพ์ น้องพิมพ์ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีจากพ่อแม่ และญาติพี่น้อง เมื่อพิมพ์เติบโตจนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 แม่ได้ฝากน้องพิมพ์ไว้ในความดูแลของน้องสาวและยาย เพื่อไปทำงานแม่บ้านของโรงแรมระดับ 5 ดาวในกรุงเทพฯหน้าที่การงานของแม่ได้รับเงินเดือนเดือนละ 50,000 บาท ทุกคนดูแลน้องพิมพ์เป็นอย่างดีจนอายุ 11 ปี มาถึงวันที่ 10 กันยายน 2558 แม่จำได้แม่นี่แม่ได้รับโทรศัพท์จากน้องพิมพ์ว่าน้องใช้ ไอ ปวดศีรษะ เหนื่อยแขนขาไม่มีแรง ญาติได้นำพิมพ์ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่อาการไม่ดีขึ้น ญาติได้นำน้องพิมพ์ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดข้างเคียง แม่ร้อนใจจนขอลาหยุดงานมาดูแลน้องพิมพ์ น้องพิมพ์อาการไม่ดีขึ้นคลื่นไส้ไม่ได้ รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน 2 วัน อาการไม่ดีขึ้นได้รับคำแนะนำมารักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและส่งมายังโรงพยาบาลมหาสารคาม อาการของน้องพิมพ์ดูแย่มากหายใจลำบาก แม่หัวใจแทบสลายเมื่อคุณหมอบอกชื่อโรคคือแลงบาเรซินโดรม การทำนายโรคช่างโหดร้ายกว่าแม่จะรับมันได้พิมพ์หายใจดูลำบากมากขึ้นจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขอนแก่นคุณหมอบอกว่าต้องได้รับ IVIG แม่ไม่เข้าใจหรือกว่าคืออะไรแต่มันก็ทำให้แม่มีความหวัง แม่ไปอยู่กับพิมพ์ตลอดระยะเวลา หนึ่งเดือนพิมพ์ได้รับ IVIG 2 ครั้งพิมพ์อยู่ไอซียูเด็กได้ 1 สัปดาห์ อาจารย์แพทย์ได้ส่งให้แม่พบกับทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คำว่าระยะสุดท้ายคำนี้แม่จะต่อสู้กับมัน ให้เป็นระยะสุดท้ายที่แม่จะยึดเวลาให้พิมพ์อยู่กับแม่นานที่สุด ครบ 25 วันที่อยู่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพิมพ์ติดเครื่องช่วยหายใจ ขยับได้แต่ปลายนิ้วได้รับการเจาะคอที่โรงพยาบาลขอนแก่นและส่งพิมพ์กลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคามอยู่ไอซียูเด็กตั้งแต่ กันยายน 2558 2 เดือนต่อมา ทีมแพทย์ พยาบาลได้เริ่มฝึกแม่ในการดูแลพิมพ์ การบริหารร่างกายน้องพิมพ์ การป้อนอาหารทางสายยางมาเรื่อยๆ จนต่อมาน้องพิมพ์สามารถกินอาหารทางปากได้แม่ได้เรียนรู้การป้องกันการสำลักโดยแม่ได้เข้าทำการพยาบาลร่วมกับพยาบาล เดือนที่ 3 น้องพิมพ์เริ่มกระดิกนิ้วมือได้ หยิบจับของได้แม่ได้ทำกายภาพบำบัดให้ น้องใช้นิ้วมือได้ดียิ่งขึ้นและสามารถเล่นเกมบนโทรศัพท์ได้ ทำให้น้องพิมพ์ไม่เหงา เข้าเดือนที่ 3 แม่เหนื่อยมากแม่คิดถึงเวรกรรมที่แม่อาจล่วงเกินใคร แม่จึงไปพาทพระอาจารย์เพื่อทำบุญอุทิศส่วนกุศลเจ้ากรรมนายเวร แม่ไปพบหมอดู หมอหักว่าแม่มีศรีตรูที่ทำงาน ซึ่งเป็นคนภาคเหนือ เขาโกรธที่นายรักแม่จึงฉ้อโกงทำไสยศาสตร์เพื่อทำร้ายแต่ทำร้ายแม่ไม่ได้จึงตกมาที่ลูก และแม่ต้องแก้ไขมนต์ดำนี้ แม่ได้เล่าให้พยาบาลฟังและขออนุญาตมาทำพิธีที่เตียงของน้องพิมพ์ ซึ่งพยาบาลได้อำนวยความสะดวกให้ทำพิธีขี้ไล่สิ่งชั่วร้าย และให้น้องพิมพ์ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทานกับผู้ป่วยเตียงอื่น ๆ แม่สบายใจขึ้น ในช่วงที่อยู่ PICU มีพยาบาลทีมผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลขอนแก่นมาเยี่ยม ทักว่าน้องพิมพ์ดูแปลกหูแปลกตาไปมาก อ้วนขึ้นแต่ติดเครื่องช่วยหายใจ แม่มีกำลังใจมาก น้องพิมพ์อยู่ที่ห้องแยกของ PICU 7 เดือน สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เป็นช่วงๆปลายมกราคม 2559 จึงได้ย้ายไปที่หอผู้ป่วยเด็กโตพร้อมเครื่องช่วยหายใจ ไปแรกๆแม่ไม่มั่นใจ

พยาบาลเด็กโตต้องประสานงานกับศูนย์เครื่องมือแพทย์ พยาบาลPICU กรณีเครื่องช่วยหายใจมีปัญหา แม่ได้แต่คิดว่าแม่คงต้องได้ซื้อเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้น้องพิมพ์กลับไปใช้ที่บ้าน อยู่มาวันหนึ่งแม่ได้รับข่าวดีจากทางขอนแก่นว่ามีผู้บริจาคเครื่องHome-ventilatorที่โรงพยาบาลขอนแก่นจะมาสอนการใช้และฝึกใช้กับน้องพิมพ์จนมั่นใจก่อนจะกลับบ้าน แม่ดีใจมากแม่กลั้นน้ำตาแทบไม่อยู่ หอผู้ป่วยเด็กโตกับPICUเตรียมเตรียมการดูแลต่อเนื่องน้องพิมพ์ที่บ้านประสานงาน HHC/รพช/รพสต/อบต/โรงเรียน/อสม.ในพื้นที่เตรียมความพร้อมรับน้องพิมพ์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีการสอนการใช้เครื่องช่วยหายใจ Home ventilator สุดท้ายความฝันของแม่และน้องก็เป็นจริง 24สิงหาคม2559ได้กลับไปดูแลที่บ้านโดยทีมแพทย์พยาบาล HHC/รพช/รพสต/อบต/โรงเรียน/อสม. แม่อบอุ่นใจมากมีทีมจะไปเยี่ยมบ้านทำให้แม่มั่นใจและแม่ยังคงหวังที่จะให้ลูกแม่มีปฎิหาริย์กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้มากที่สุด

เป้าหมาย : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยสหสาขาวิชาชีพ

ที่มาของปัญหา : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ต้องมีการเตรียมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแล ให้การพยาบาลที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลต้องมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีเจ็บป่วยเรื้อรังต้องกลับไปดูแลที่บ้านโดยทีมแพทย์พยาบาล HHC/รพช/รพสต/อบต/โรงเรียน/อสม.ทำให้ผู้ดูแลมั่นใจและมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

ประสานงานทีมช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น : การเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทการดูแลของมารดาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้เกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

บทเรียนที่ได้รับ : Empowerment มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Guillain Barre Syndrome Home ventilator

นางฟ้ากับแวนชยาย

วิไล ภาณุตานนท์

เช้าวันหนึ่ง ดิฉันตื่นนอนแต่เช้าตรู่เหมือนทุกครั้ง เพื่อเตรียมตัวมาทำงานเวรเช้า ในวันที่ฝนตกปรอยๆ ตั้งใจว่า จะมาเข้าก่อนใคร แต่ก็ยังช้ากว่าบ้าน้อง เมื่อเดินเข้าไปห้อง nures station พบบ้าน้องกำลังยืนจตๆ จ้องๆที่รถ Emergency แอบมองบ้าน้องนิดหนึ่ง เห็นบ้าน้องหยิบ Amp ยาเล็กๆ ออกมาจากกล่องในรถ Emergency ยื่น Amp ยาออกไปไกลสุดมือ พยายามที่จะอ่าน ชื่อ และวันหมดอายุ ซึ่งบ้าน้องมักตรวจเชครถ Emergency ประจำไม่เคยขาดเหมือนเช่นเคย แต่ครั้งนี้ป่าใช้เวลาตรวจสอบนานเป็นพิเศษ เนื่องจากบ้าน้อง ลืมเอาแว่นตาที่เคยใส่เป็นประจำมาด้วย ดิฉันอดนึกขำบ้าน้องไม่ได้ เลยเดินเข้าไปใกล้บ้าน้อง พร้อมถาม “มีอะไร ให้ช่วยไหมคะ บ้าน้อง” บ้าน้องตอบ พร้อมทำสีหน้าเคร่งเครียด “ป่าลืมเอาแว่นสายตามา เลยมองไม่ค่อยชัด ช่วยอ่านให้ที ค่ะ” เรา 2 คนช่วยกันดู และตรวจเช็ครถ Emergency ด้วยกันจนเสร็จจลัน พบว่า มี ยาหมดอายุ 1 รายการ จึงเป็นที่มาของการ ทบทวนปรึกษาหาสาเหตุของการเกิด เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข

และจากการเก็บข้อมูลที่ตีกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ 60 ปีขึ้นไป 5 ปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่ามีปัญหา ยาในรถ Emergency หมดอายุ 3 ครั้ง 5 รายการ และ มีความเสี่ยงด้านการบริหารยา ที่ระดับ 0 -1 จำนวน 4 ครั้ง จากการทบทวนและค้นหาสาเหตุพบว่าเกิดจากปัจจัย 3 ข้อ คือการไม่ปฏิบัติตามหลักการ บริหารยา 7 R ปัญหาด้านการมองเห็นของเจ้าหน้าที่ และตัวอักษรที่หลอดบรรจุยาที่มีขนาดเล็ก ทำให้มองไม่ชัดเจน ถึงแม้ความเสี่ยงจะอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง แต่ทางหน่วยงานก็ไม่นิ่งนอนใจที่จะแก้ไข และติดตาม พร้อมตรวจสอบ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ จึงเป็นที่มาของการนำแวนชยายมาไว้ที่รถเตรียมยาฉีด และรถ Emergency เพื่อให้สามารถหยิบจับง่าย สะดวกต่อการอ่านฉลากยาที่มีตัวขนาดตัวอักษรขนาดเล็กได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักการให้ยา 7 R อย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

เป้าหมาย: เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา (Medical error) ที่ตีกลุ่มพิเศษ 60ปีขึ้นไป 5

ที่มาของปัญหา: เนื่องจากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.5 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าในอนาคต ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน ในราวปี พ.ศ.2568 และในตีกลุ่มพิเศษ 60ปีขึ้นไป5 โรงพยาบาลมหาสารคาม มี เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 15 คน อายุเฉลี่ย 42.7 ปี พบการเปลี่ยนแปลงร่างกายในลักษณะเสื่อมลง โดยเฉพาะดวงตา และระบบการมองเห็น มีปัญหาในเรื่องภาวะสายตาสายตาผู้สูงอายุ (Presbyopia) ถึง 9 คน แต่เดิมเราเรียกภาวะ หรือโรคนี้ว่า สายตาคคนแก่ ซึ่งแสดงใจบางคน จึงหันมาใช้คำว่า สายตาผู้สูงอายุแทน เกิดในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมีอาการมองภาพไม่ชัดเจน ในขณะที่มองไกลยังเห็นชัดเจนสนเข็มไม่ได้ อ่านหนังสือในระยะห่างจากตา 1 ฟุต หรือต้องขยับเลื่อนหนังสือออกไปไกลจากที่เคยเป็น เพราะขบวนการเพ่งอ่อนแรงลง ต้องใช้แว่นที่มีกำลังเป็นบวก (เลนส์นูน/แว่นขยาย) มาช่วยให้การมองเห็นชัดเจนขึ้น

จากการเก็บข้อมูลที่ตีกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ 60 ปีขึ้นไป 5 ปี พ.ศ.2557-2558 พบว่ามีปัญหา ยาในรถ Emergency หมดอายุ 3 ครั้ง 5 รายการ และ มีความเสี่ยงด้านการบริหารยา ที่ระดับ 0 -1 จำนวน 4 ครั้ง จากการทบทวนและค้นหาสาเหตุพบว่าเกิดจากปัจจัย 3 ข้อ คือการไม่ปฏิบัติตามหลักการ บริหารยา 7 R

ปัญหาด้านการมองเห็นของเจ้าหน้าที่ และตัวอักษรที่หลอดบรรจุยาที่มีขนาดเล็ก ทำให้มองไม่ชัดเจน ถึงแม้ความเสี่ยงจะอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง แต่ทางหน่วยงานก็ไม่นิ่งนอนใจที่จะแก้ไข และติดตาม พร้อมตรวจสอบ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ จึงเป็นที่มาของการนำแว่นขยายมาไว้ที่รถเตรียมยาฉีด และรถ Emergency เพื่อให้สามารถหยิบจับง่าย สะดวกต่อการอ่านฉลากยาที่มีตัวขนาดตัวอักษรขนาดเล็กได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักการให้ยา 7 R อย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้น

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา :

1. ประชุมปรึกษาหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไข
2. เจ้าหน้าที่มีการตรวจวัดสายตาทุกปี
3. เมื่อพบความปกติ พบแพทย์พร้อมแก้ไขปัญหา เช่น ผ่าตัด สวมใส่แว่นสายตา
4. มีแว่นขยาย ที่รถ เตรียมยาฉีด และรถ Emergency
5. ยึดหลัก 7 R ในการบริหารยาอย่างเคร่งครัด
6. เพื่อนช่วยเพื่อนในการตรวจสอบซ้ำเพื่อความถูกต้อง ของการให้ยา และการตรวจเช็คยาในรถ Emergency

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น :

1. สามารถตรวจสอบ วันหมดอายุ ของ Amp ยาในรถ Emergency ได้ถูกต้อง ชัดเจน
2. ไม่พบยาหมดอายุ ในรถ Emergency
3. ลด Medical error
4. ลดระยะเวลา(Lean) ในการตรวจสอบยา การอ่านฉลากยา

บทเรียนที่ได้รับ :

1. มนุษย์เราย่อมมีความเสื่อมของสังขารเป็นเรื่องธรรมดา
2. การจัดการและเตรียมความพร้อม สำหรับปัญหาด้านสายตาของเจ้าหน้าที่ในภาวะสายตาผู้สูงอายุ (Presbyopia) มีความสำคัญในเพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงด้านการบริหารยา
3. การยอมรับและช่วยเหลือกันของสมาชิกในทีม ย่อมส่งผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงด้วยดี

สะพานบุญ.....ชีวิตใหม่ ของบุญหลาย

ชวมัย ปินะเก

“ไปเสียนา มาเสียมเมีย” เป็นวลี ยอดฮิต สำหรับชายหนุ่มผู้ใช้แรงงานชาวอีสาน บุญหลาย เป็นชายหนุ่มวัยกลางคนที่หวังว่าจะไปขุดทองในต่างแดน จำนวนที่นาเพื่อไปทำงานที่ประเทศสิงคโปร์ ส่งเงินกลับมาให้ภรรยาเป็นประจามีได้ขาด โดยหวังว่าวันหนึ่งตนและครอบครัวจะได้มีเงินมากพอที่จะเป็นทุนในการเริ่มต้นค้าขาย เพื่อชีวิตใหม่ที่ดีขึ้น บุญหลาย ทำงานได้ 2 ปี เริ่มมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ทำงานได้ไม่เหมือนเดิมจึงกลับมารักษาตัวที่เมืองไทย พี่สาวไปรับที่สนามบินพร้อมกับแจ้งว่า “เมียแก่ขายบ้านหนีไปอยู่กะซู่แล้ว” บุญหลาย แทบล้มทั้งยืน เงินก็หมด บ้านก็ไม่มีอยู่ ตัวก็ไม่สบาย น้ำตาของลูกผู้ชายไหลออกมาโดยไม่รู้ตัว พี่สาวจึงกอดน้องชายและพูดปลอบใจว่า “ช่างหัวมันเถอะ ปล่อยเค้าไป เงินทองไม่ตายก็หาใหม่ได้ ไปอยู่บ้านเอื้อก่อนเดี๋ยวจึงไปหาหมอกัน มื้อนี้เฮากลับบ้านกันก่อนนะ ”

ตั้งนรกขังหรือสวรรค์แก๊ง เมื่อหมอบอกว่า “คุณป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องได้ล้างไตตลอดชีวิต เดียวไปคุยรายละเอียดกับพยาบาลโรคไตนะครับ” ผู้ป่วยและพี่สาวก็มาพบพยาบาลโรคไตและได้รับรู้ข้อมูลในการรักษาบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวรโดยพี่สาวเป็นคนอนุญาตให้ทำห้องล้างไตที่บ้านและให้พักรักษาตัวที่บ้านพี่สาวไปก่อน และพี่สาวเป็นผู้ดูแลเปลี่ยนน้ำยาให้และผู้ป่วยดูแลเปลี่ยนน้ำยาเองเมื่อร่างกายแข็งแรงดี ผู้ป่วยก็ดูแลตัวเองมาตลอด จนกระทั่งเวลาผ่านไปเกือบ 2 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแทรกซ้อน คือ ติดเชื้อในช่องท้อง ได้รับการรักษาด้วย การผสมยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไต 2 สัปดาห์ อาการดีขึ้นหลังจากนั้นไม่นาน ผู้ป่วยก็มีอาการปวดท้องน้ำยาขุ่น ติดเชื้อในช่องท้องอีกรอบ ได้รับการรักษาด้วย การผสมยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไต 2 สัปดาห์พยาบาลล้างไตทางช่องท้องได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยตรวจสอบขั้นตอน ถูกต้อง ผู้ป่วยก็บอกว่าทำเหมือนเดิม พออาการทุเลา แพทย์ก็จำหน่ายกลับบ้าน ต่อมาได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนว่า ผู้ป่วยที่ล้างไต ถูกไล่ออกจากบ้านพี่สาว ไม่มีห้องใช้ล้างไต ได้ไปอาศัยวัดอยู่ จะทำไงดี? สอบถาม ทราบว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่บ้านพี่สาวเหมือนเดิมเนื่องจากทะเลาะกับหลานชาย จึงย้ายออกจากบ้านพี่สาวไปขออาศัยอยู่ที่วัด ช่วยกวาดลานวัด ทำความสะอาดศาลาวัด และรับประทานอาหารจากข้าวกันบาตร ส่วนอาชีพก็สานไม้กวาด มือเสื่อขาย ได้วันละ 60-120 บาท ส่วนห้องล้างไตผู้ป่วยขออนุญาตหลวงพ่อใช้มุมเรือนครัวของวัดล้างไตชั่วคราวไปก่อน บางวันฝนตก ฝนสาด เปียก อากาศหนาวทนมไม่ไหวก็จะไปนอนนอนกับหลวงพ่อ **“พี่เราจะหาวิธีช่วยผู้ป่วย รายนี้ยังงี้ดี ”** น้องพยาบาลล้างไตทางช่องท้องกล่าว หลังได้รับแจ้งข่าวจึงนัดทีมสังคมสงเคราะห์ออกเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกัน โดยได้ติดต่อประสานเจ้าหน้าที่เครือข่ายเจ้าของพื้นที่ ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยเพื่อตรวจเยี่ยมดูห้องที่ผู้ป่วยใช้เปลี่ยนน้ำยาล้างไตซึ่งพบว่าเป็นสถานที่ไม่เหมาะสม เพราะห้องโล่งไม่มีหน้าต่าง ลมโกรก ตลอด พัดฝุ่นละอองเข้ามา เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้น จะต้องหาสถานที่ในการเปลี่ยนน้ำยาให้ผู้ป่วยใหม่ **โจทย์ยาก หาห้องเปลี่ยนน้ำยาใหม่ ทำที่ไหน ค่าใช้จ่ายเท่าไร หาเงินได้จากไหน? คิดๆๆ ปังๆๆ** หลังจากนั้นจึงได้ประชุมทีมผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้นำชุมชนเช่น นายก อบต. เจ้าอาวาส ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชนในหมู่บ้านและพยาบาลในชุมชน เพื่อปรึกษาหารือ หาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยพยาบาลโรคไตแจ้งถึงความจำเป็นของผู้ป่วยที่จะต้องมีการใช้

สำหรับลำไส้ และในท้องลำไส้ต้องมีอ่างล้างมือในห้อง ก๊อกน้ำเป็นแบบโบบาย ใช้ศอกปิด-เปิดได้ จึงขอความคิดเห็นจากสมาชิกในที่ประชุม โดยให้ช่างประเมินว่าต้องใช้อุปกรณ์อะไรบ้าง คร่าวๆ สำหรับบ้าน 1 ห้องนอน 1 ห้องน้ำ ที่ใช้ลำไส้ของผู้ป่วย งบประมาณ 60,000 บาท ขอรายละเอียดรายการอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ให้พยาบาล เพื่อนำไปประเมินราคาร้านขายวัสดุ-ก่อสร้างในจังหวัด ส่วนสถานที่น้องสาว-น้องเขยผู้ป่วย อนุญาตให้ไปสร้างในที่สวนได้แต่ไม่โอนเป็นกรรมสิทธิ์ให้และเงินเพิ่มอีก 1 หมื่นบาท ค่าแรงในการก่อสร้างใช้ช่าง อบต.และชาวบ้านร่วมมือกัน ส่วนเงินอีก 50,000 บาท จะไปหาจากไหน? หลังจากได้รายการวัสดุ-ก่อสร้างจากช่างแล้ว ก็นำไปประเมินราคาร้านขายวัสดุ-ก่อสร้างในจังหวัด ราคา 50,000 บาท ขณะนั่งคุยกับเจ้าของร้านก็นึกถึงคหบดีใจบุญท่านหนึ่งที่รู้จัก ข้าพเจ้าจึงโทรหาท่านและเล่าเรื่องราวคุณบุญหลายให้ท่านฟัง ท่านก็ยินดีช่วยเหลือ ทุกครั้งที่เคยขอบริจาคให้ผู้ป่วยยอดเงินจะไม่เกิน 10,000 -15,000 บาทแต่ครั้งนี้ เยอะกว่าเดิม ข้าพเจ้าจึงบอกท่านว่า “เกรงใจ เฮียจั่ง คราวนี้บุญเยอะหน่อยนะคะ แต่พี่จะพยายามหาคนช่วยแชร์กะเฮีย ถ้าหาไม่ได้ก็จะรบกวนเฮียทั้งหมดคะ อนุโมนาบุญนะคะ” คหบดีท่านนี้จะให้ไปรับอุปกรณ์ที่บริจาคที่ร้านที่ท่านรู้จัก (ร.พานิชย์) และทางร้านก็จะส่งบิลเก็บเงินที่หลัง ขณะแจ้งให้เจ้าของร้านทราบ ข้าพเจ้าก็เล่าเรื่องราวผู้ป่วยให้เฮียเจ้าของร้านฟังและการทำบุญของคหบดีท่านนี้ คราวนี้ ยอดเงินเยอะมาก เกรงใจท่านจั่ง เฮียเจ้าของร้านบอกว่า “ผมรู้จักกับเฮียท่านนี้ดี เป็นเพื่อนกัน เอาจ้ผมขอทำบุญคุณละครั้งแล้วกันครับ” ข้าพเจ้ากล่าวขอบคุณแทนผู้ป่วย พร้อมทั้งโทรแจ้งเรื่องราวให้คหบดีท่านแรกรับทราบยอดเงินบริจาค และขออนุโมนาบุญกับท่านทั้งสอง พยาบาลขอเป็นสะพานบุญให้ท่านทั้งสองขอให้ท่านทั้งสองมีความสุขแข็งแรง ร่ำรวย ยิ่งๆขึ้นนะคะ หลังจากนั้นก็ได้โทรแจ้งให้ผู้ใหญ่บ้านทราบและมารับอุปกรณ์ในการก่อสร้าง ผู้ป่วยได้ขอบคุณและบอกว่า “ขอบคุณ หมอหลายๆ ผมมีกำลังใจที่จะอยู่ต่อแล้วครับ ขอขอบคุณที่ให้ชีวิตใหม่ ขอขอบคุณจริงๆ” ข้าพเจ้าตอบว่า “ต้องขอบคุณคหบดีผู้บริจาคทั้งสองท่าน น้องสาว-น้องเขย หลวงพ่อ ผู้ใหญ่บ้าน นายกอบต. ชาวบ้านในชุมชน ที่ช่วยเหลือทุกคน”

ในที่สุดบ้านใหม่ของบุญหลายก็สร้างเสร็จภายใน 7 วัน ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ของคนในชุมชนทุกภาคส่วน บุญหลายใช้ชีวิตและลำไส้ในบ้านใหม่หลังนั้น ได้เดือนกว่า ก็ได้รับแจ้งให้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ นับเป็นการ เริ่มต้นชีวิตใหม่ครั้งสำคัญของบุญหลายจริงๆ... ไตใหม่ทำงานได้ดี บุญหลายมีความสุข โดย ไม่ต้องลำไส้อีกต่อไป....

เป้าหมาย: บอกเล่าเรื่องราว การแก้ปัญหาผู้ป่วยที่เกิด Complication จากการลำไส้ทางช่องท้อง โดยการหาสาเหตุ และหาทางแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ที่มาของปัญหา: ผู้ป่วยเกิด Complication (peritonitis) จากการลำไส้ทางช่องท้องบ่อย จากห้องเปลี่ยนน้ำยาไม่เหมาะสม เปลี่ยนจากสถานที่เดิม เป็นเรือนครัวของวัด

กิจกรรมการแก้ปัญหา: เยี่ยมบ้าน ประสานเจ้าหน้าที่เครือข่าย ประชุมผู้เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ชี้แจงปัญหาของผู้ป่วย ร่วมหาแนวทางช่วยเหลือ หาแหล่งประโยชน์

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น: ผู้ป่วยมีห้องลำไส้ที่เหมาะสม จากการช่วยเหลือของญาติ ผู้นำชุมชน ชาวบ้านในชุมชนรวมทั้งคหบดีในจังหวัด

บทเรียนที่ได้รับ: การค้นหาสาเหตุการเกิด Complication ทำให้เราสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดและหาแนวทางการป้องกันการเกิดซ้ำได้ การทำงานเป็นทีม สามัคคีคือพลัง การแก้ปัญหาโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม การหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน การพูดคุยบอกเล่าเรื่องราว บางทีก็เป็นการบอกบุญได้แบบเนียนๆ

การรอคอยที่ดูเลือนลาง

พิชัยรัตน์ ฉิมพลี

“แววตาและสีหน้าของเธอบ่งบอกถึงมโนคติที่อยู่ในสมองที่ไม่สามารถสื่อสารให้คนอื่นได้รับทราบ ไม่ว่าจะการสื่อสารทางใด หญิงผู้นี้รอคอยและจะสื่อสารอะไรในความรู้สึกของตนเอง เธอลัดดา เย็นศิริ”

กุมภาพันธ์เดือนแห่งความรัก ปี 2558 ณ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวันที่ลัดดาโลดเล่นในเรื่องราวของความรักในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน โลดเล่นไปกับอาชีพค้าขายที่พอมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว แต่แล้ววันสิบสองแห่งเดือนความรักนี้ก็ก่อให้เกิดให้โชคชะตาชีวิตที่กำลังสดใสเปลี่ยนไปจากหน้ามือเป็นหลังมือ ด้วยอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซค์ที่ลัดดาใช้ขับขี่เพื่อไปซื้อสินค้ามาจำหน่ายต่อได้รถยนต์ถูกเฉี่ยวชน ร่างอันหมดสติจากการกระแทกของศีรษะและลำตัวจนไม่ยับยั้งไม่สามารถบ่งบอกอะไรได้อีกถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิในวันนั้น ตลอดระยะเวลาในการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ มีสามีและคนรู้จักดูแลบ้าง จนในที่สุดสามีอันเป็นที่รักยิ่งของลัดดา ได้ร้องขอต่อทีมแพทย์ผู้รักษาขอส่งตัวลัดดากลับไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งจะมีญาติพี่น้องและคนอันเป็นที่รัก และ มีความสะดวกในการดูแล แต่สามีของลัดดา หากรู้ไม่ว่าบุคคลอันเป็นที่รักของเธอและเธอหวังจะพึ่งพาได้เป็นตัวแทนนั่นเอง เป็นสามีที่เธอเต็มใจอยู่กันใช้ชีวิตร่วมกัน ความเจ็บปวดในแววตาจึงยอมจำนนต่อโชคชะตาของลัดดา ถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามในวันที่ 10 มีนาคม 2558

เป็นไปตามประสงค์ในความต้องการของสามี ลัดดาที่ถูกส่งมาอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้านเกิด แต่ไม่เป็นอย่างหวังกับคำว่าญาติพี่น้องจะมาดูแลตั้งตั้งหวังไว้ ลัดดามารักษาตัวได้เพียง 4 วัน ตึกศัลยกรรมหญิงประสานส่ง Case ลัดดา มายังนักสังคมสงเคราะห์ในการติดตามญาติเพื่อมาช่วยในการให้ข้อมูลและการดูแล ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ลงเยี่ยมหออผู้ป่วยพบว่าคนไข้ไม่มีญาติมาดูแลอย่างที่หวังไว้ สืบค้นข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีพี่น้องและยังมาเยี่ยมบ้าง แต่ไม่มีการดูแลแต่อย่างใด แม้แต่สามีของลัดดาก็ขาดหายไปด้วยคำว่ามีภารกิจที่ต้องทำและความรับผิดชอบส่วนอื่นที่ต้องดูแล นักสังคมสงเคราะห์ประสาน อสม.และผู้นำชุมชนไปลงเยี่ยมบ้านคนไข้สำหรับข้อมูลว่า สภาพบ้านของลัดดาเป็นบ้านชั้นเดียว สภาพบ้านทรุดโทรมไม่เป็นสัดส่วนไม่มีระบบน้ำประปา มีน้องชายของลัดดาอยู่บ้าน 1 คน ซึ่งประเมินจากลักษณะร่างกายและพฤติกรรมของน้องชายคล้ายคนติดแอลกอฮอล์รุนแรง คงไม่สามารถดูแลพี่สาวได้ ส่วนน้องชายของลัดดาอีก 1 คนไปทำงานกรุงเทพฯ พอมีศักยภาพ แต่ไม่สามารถดูแลพี่สาวได้เช่นกัน ซึ่งน้องทั้งสองเคยมาเยี่ยมลัดดาที่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถรับไปดูแลได้เลย

ในที่สุดหน่วยงานแห่งความหวังที่จะสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในหารดำรงชีวิตของลัดดาก็ปรากฏขึ้นเมื่อนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลมหาสารคามประสานศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดมหาสารคาม ในการร่วมทำงานในการดูแลคนไข้ ในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ ในการทำงาน มีการประชุม Case ร่วมกัน ร่วมกันวางแผน วางระบบคนไข้ในระยะยาว แต่แล้วความหวังและฝันของลัดดาและทีมงานจะเลือนลางเมื่อได้รับหนังสือตอบรับจากศูนย์ดูแลคนพิการและทุพพลภาพฯ แจ้งลำดับคิวในการเข้ารับบริการนั้นดูห่างไกลเหลือเกินซึ่งในละลำดับคิวรับแต่ละปีนั้นไม่ก็ราย แล้วที่ใดเล่าที่เธอจะไป

ในรอบระยะเจ็บป่วยนอนในโรงพยาบาลมหาสารคามนั้น ลัดดาจะรับรู้หรือไม่ว่าสามีอันเป็นที่รักหวังเป็นพี่ยามยากนั้นไม่ได้มาดูแลเธออีกเลย สามีเก่าและบุตรที่เคยมีไม่ได้มีความห่วงหาและเอื้ออาทรต่อลัดดาเลย และลัดดาจะรับรู้ด้วยวิญญานไม่ว่าน้องชายคนเล็กของลัดดาได้ซึ่งลาจากโลกก่อนลัดดาแล้ว **คงเหลือแต่นางฟ้าผู้ใจดีเป็นนางพยาบาลผู้ถือสัตย์ต่อวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติและดูแลลัดดาดูญาติมิตร**

เป้าหมาย: คนไร้ที่พึ่งที่ได้รับการขึ้นพื้นฐานจากหน่วยงานภาครัฐ

ที่มาของปัญหา: ไม่มีสถานที่ดูแล/คนดูแลหลังจำหน่ายคนไข้ออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา :

- 1) การเยี่ยมคนไข้ที่หอผู้ป่วย โดยใช้ แบบประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ
- 2) การเยี่ยมบ้านโดยใช้ แบบประเมินครอบครัว
- 3) ประชุมประเมินศักยภาพร่วมกับผู้นำชุมชนและญาติ
- 4) ประชุม case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ,พยาบาล,นักสังคมสงเคราะห์, เจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดมหาสารคาม
- 5) การย้ายสิทธิการรักษาและการจดทะเบียนคนพิการเพื่อขอเข้ารับการสงเคราะห์ ณ ศูนย์ดูแลคนพิการและทุพพลภาพฯ
- 6) การประเมิน/ประสานงานติดต่อความก้าวหน้าในการส่งตัวคนไข้ ทุกสามเดือน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น :

- 1) คิวเข้ารับการสงเคราะห์ ณ ศูนย์ดูแลคนพิการและทุพพลภาพฯ ชยับขึ้นในลำดับดี
- 2) คนไข้ได้รับการดูแลเป็นอย่างดี

บทเรียนที่ได้รับ:

- 1) การปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติผู้ดูแลยังขาดความพร้อมไม่เกิดการยอมรับ
- 2) สถานที่รองรับของหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคน คนพิการและทุพพลภาพไม่เพียงพอ
- 3) ความสัมพันธ์ทางครอบครัวและความสัมพันธ์ทางสังคมมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

สุดท้าย...ที่ปลายทาง

ขวัญเรือน แก้วเฮ้า

เรื่องของคนไข้วัย 59 ปี ที่ฉันมีโอกาสได้ดูแลในวันนั้น ยังคงอยู่ในความทรงจำ และอยู่ในใจของฉันเสมอมา เพราะท่านเป็นเหมือนครูผู้ถอดบทเรียนให้ฉันทราบสัจจะธรรมของชีวิตคนได้เป็นอย่างดี เมื่อ 6 ปีที่แล้ว ฉันมีโอกาสได้ดูแลป้าเจียง คนไข้ในเขตชุมชนรับผิดชอบ ป้าเจียงมีแผลที่เต้านมข้างขวา นูน ขนาดเท่ากำมือ ผิวลักษณะคล้ายลูกน้อยหนา มีเลือดไหลซึมอยู่ตลอดเวลา ป้ารักษาแผลเอง โดยใช้สาลีเช็ด แปะซับเลือดไว้ และกินหล้าตองยาเพื่อรักษาอาการปวด บอกตนเองว่าเป็นโรครูมาตอยด์ ไม่สะดวกเดินทางมาพบแพทย์เพราะไปมาลำบาก อยู่กับสามีทำอาชีพเกษตรกรรมและลูกสาวคนเล็กทำงานบริษัทประกันชีวิตไปๆ มาๆ ฉันทราบข่าวป้าเจียงจาก อสม. ในพื้นที่ และพาฉันไปเยี่ยมบ้าน บ้านของป้าเจียงอยู่ในเขตเมืองกึ่งชนบท ห่างจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคีของเรา 1 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 15 นาที จากถนนเส้นหลักเข้าไปในซอยเล็กๆจนสุดซอย จะมองเห็นลำห้วยเล็กๆซ้ายไปตามถนนดินแดง เรียบลำห้วย พื้นถนนเป็นหลุมเป็นบ่อคล้ายผิวพระจันทร์ สองข้างทางมีต้นไม้เป็นพุ่มเขียวชอุ่ม มีกิ่งไม้ยื่นออกมาตามทาง หน้าบ้านมีวนจับปลาอยู่ข้างลำห้วย ทางเดินเข้าบ้านมองไปมีป่าไผ่ขนาดใหญ่ปิดบังตัวบ้าน มีใบไม้แห้งๆร่วงหล่นเต็มพื้น ฉันพอมองเห็นวิถีชีวิตที่เรียบง่ายร้องเรียกกระหวาดเดินเข้าบ้าน “ป้าเจียงหอมมาเยี่ยมคะ” เสียงแห่ของหมา 3 ตัววิ่งออกมารับ เราต้องคอยระวังขาตัวเองอยู่เรื่อยๆเพราะกลัวโดนกัด แล้วลุงสามีของป้าก็เดินออกมารับและพาเดินเข้าบ้าน มองไปข้างหน้า เป็นบ้านไม้เก่าๆ ผนัง ยกใต้ถุนสูง ตัวบ้านเอนไปข้างหนึ่งเหมือนโดนพายุกัด ใต้ถุนเป็นคอกเลี้ยงโคกระบือ มีกลิ่นมูลสัตว์อบอวนทั่วบ้าน ป้าเจียงเดินออกมารับด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดจ้อๆ สำเนียงไทยเลย เหมือนไม่ได้ป่วยเป็นอะไรเลย แต่ที่หน้าอกข้างขวาของเสื้อมีรอยเปื่อยซึม ลุงปู่เสื้อให้พวกเรานั่งที่ลานข้างบ้าน ฉันตรวจร่างกาย ประเมินอาการและแผลที่เต้านมของป้าเจียง พร้อมทั้งล้างแผล สอนวิธีทำแผล และแนะนำวิธีการทำแผลที่ถูกวิธีให้ จากนั้นประสานแพทย์และสาขาชีพเพื่อออกเยี่ยมบ้านอีกครั้ง เมื่อแพทย์ตรวจแล้วสงสัยเป็นโรคมะเร็งเต้านม จึงส่งไปรักษาต่อที่ รพ.ศรีนครินทร์ ตอนแรกป้าเจียงไม่ยอมไปรักษา และหายหน้าหายตาไปจากบ้านช่วงเวลาหนึ่ง มีคนบอกว่าป้าไปหาลูกชายคนโตที่เมืองเลย

1 ปีต่อมา ป้าเจียงกลับมารักษาโดยให้เคมีบำบัดและฉายรังสีจนครบคอร์ส จนหายเป็นปกติ ผมที่เคยหลุดร่วงศีรษะโล้นระหว่างการรักษา กลับมาหยิกหยองเป็นลอน เล็บที่เคยม่วงคล้ำดำเขียว เกิดใหม่ยาวเรียวยาวงาม โดยมีลูกสาวคนเล็กที่ป้าเจียงเรียกว่า อีหล่า เป็นคนดูแลและพาไปหาหมอเป็นประจำ ฉันไปเยี่ยมและติดตามอาการของป้าเจียงอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จนทำให้คุ้นเคยกับป้าและลุงเหมือนเป็นที่ เป็นน้องกัน บางครั้งป้าให้ลุงเอาหน่อไม้และปลาที่หาได้มาฝากฉันที่ทำงาน ฉันคิดขึ้นมาว่า เขาน่าจะเก็บไว้กินเก็บไว้ขายเพื่อเลี้ยงชีพ แต่ยังอุตส่าห์ แบ่งมาให้เรา ทำให้ฉันรู้สึกซึ่งในน้ำใจของป้าและลุงเป็นอย่างมาก

3 ปีต่อมา ป้าเจียงมีอาการปวดศีรษะ กินข้าวได้น้อยลง คลื่นไส้อาเจียน แพทย์ตรวจพบว่ามีเนื้องอกในสมอง ป้าจึงได้เข้ารับการผ่าตัดสมอง และรักษาอย่างต่อเนื่องที่ รพ.มหาสารคาม แต่กระนั้น ไม่มีใครห้ามหรือกำหนดอะไรได้ ระยะของโรคเป็นไปตามเวลาของมัน ป้าเจียงมีอาการทรุดลง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา งานศพของป้าเจียงจัดขึ้นอย่างเรียบง่าย มีเพียงคนในครอบครัวและญาติสนิทไม่ถึง 20 คน ทำพิธีแบบชาวบ้าน

สมัยเก่า ที่นำอิฐมาก่อนเป็นกรอบสี่เหลี่ยม ใส่พื้นไว้ข้างล่างและวางโคงศพไว้ข้างบน ฉันเพิ่งเคยเห็นเป็นครั้งแรก ในชีวิต ร่างไร้วิญญาณที่กำลังจะดับสูญไปกับเปลวไฟที่ร้อนแรง ภาพที่เห็นอยู่เบื้องหน้า ทำให้ฉันเกิดความคิด ขึ้นมาว่า อนิจจาหนอ ไม่ว่าจะรวยจะจน สุดท้ายที่ปลายทางแล้ว ชีวิตของคนก็เพียงเท่านี้เอง สิ่งที่เหลืออยู่ ก็คือมิตรภาพและคุณงามความดีที่เราได้ทำไว้ในวันที่ผ่านมานั่นเอง

ไม่นับลูกคืน..หมดสิ้นชีวิตลูก

สุรางค์รัตน์ ชินรัตน์

พระอาทิตย์อัสดงลงยามนี้ ไร้ซึ่งแสงทองส่องนำทางในการดำเนินชีวิต แสงไฟนีออนค่อยๆ เผยตัวพริบพริบออกมาแทน เสมือนเปล่งแสงให้ทุกชีวิตดำเนินต่อไปให้ได้ ณ ที่แห่งนี้ เป็นที่ที่ทุกคนผู้ผ่านเข้ามา ล้วนแล้วแต่มาด้วยความรักที่ยิ่งใหญ่ ห่อหุ้มด้วยความคาดหวังที่แสนงาม คาดหวังจะกลับออกไปพร้อมชีวิตของเจ้าตัวน้อย ที่รอเวลาลืมตาดูโลกเป็นครั้งแรก สถานที่นี้คือ ห้องคลอด

ตั้งหน่อง!! เสียงสัญญาณบอกว่าจะมีผู้มาเยือนยามวิกาล ฉันมองเห็นหญิงตั้งครรภ์นั่งอยู่บนรถเข็น กำลังลุกขึ้นยืนด้วยท่าทางอึดอัด มือพุงท้อง สีหน้าท่าทางเจ็บปวด แต่แน่นอนแววตาของผู้ที่กำลังจะเป็นแม่นั้นเปี่ยมล้นไปด้วยประกายแห่งความสุข เดินก้าวเข้ามาหันหลังให้กับผู้เป็นญาติสองสามคนซึ่งหอบหัวของใช้ต่าง ๆ พระรุ้งพระรัง หนึ่งในนั้นมีตะกร้าสีชมพู แน่ใจว่านั่นคือของใช้ของเจ้าตัวเล็กที่กำลังจะลืมตาดูโลก ประตูหน้าห้องคลอดปิดลงเสียงหัวเราะเสียงพูดคุยจ้อแจ๋ยังคงอยู่ด้านนอก เมื่อหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดคนไข้เสร็จก็ถึงขั้นตอนของการตรวจสุขภาพทารก ฉันเผยอปากรอที่จะบอกให้คุณแม่ฟังเสียงหัวใจลูกไปพร้อม ๆ กัน แต่แล้วก็มีแค่เสียงเจลของหัวตรวจโดดิ่งครืดคราดไปบนหน้าท้อง ไร้ซึ่งวีแววของเสียงหัวใจของเจ้าตัวเล็ก

“คุณแม่คะ เสียงหัวใจน้อง ไม่ชัดเลยคะ” ฉันพยายามค้นหาต่อไปพร้อมสอบถามว่าน้องตื่นครั้งหลังสุดเมื่อไหร่ แต่ยังไม่มีการตอบออกมาจากใบหน้าตกใจนั้น พี่พยาบาลอีกคนก็ถือเครื่อง Dop tone หรือเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ตัวใหม่เอี่ยมเข้ามาช่วยฟัง แต่ก็ไม่มีเสียงสัญญาณจากตัวเล็กในท้อง

“คุณแม่คะ ตอนนี้อยู่ฟังเสียงหัวใจน้องไม่ชัด เดี่ยวจะรายงานคุณหมอให้มาตรวจอาการนะคะ”

“สองวัน...สองวันคะคุณหมอ” เสียงพูดสั้นครี้ออยู่ในลำคอ ฉันเห็นน้ำในตาคลอเบา ปึมขอบตาคลายกับรอเวลาฟังทลายลงมา เวลาแค่เพียงไม่นานอาจารย์หมอก็มาถึงห้องคลอดด้วยท่าทางกระหืดกระหอบไม่รอช้าหมอบได้ตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง ไม่พบการเต้นของหัวใจเจ้าตัวเล็ก ราวกับโลกหยุดหมุน หมอก็อ้าอึ้ง ผู้มาคลอดก็นั่งจ้งจ้ง คำตอบชัดเจนในตัวมันเองแล้ว หมอละสายตาจากจอ ก็มลงสบตาผู้คลอด เป็นจังหวะที่ทำงานหน้าตาคู่นั้นฟังทลายลงแล้ว ฉันเอื้อมมือสัมผัสมือของเธออย่างแผ่วเบา หมอลากเก้าอี้มานั่งลงข้างเตียงตรวจ

“คุณแม่ครับ จากการตรวจอัลตราซาวด์ ไม่พบการเต้นของหัวใจลูกแล้วนะครับ ยังไม่รู้ว่าสาเหตุที่ลูกเสียชีวิตเกิดจากอะไร หมอเสียใจด้วยนะครับ” เสียงของหมอฟังดูเจ็บปวดไม่ต่างกับความรู้สึกของพวกเราทุกคนในที่นั้น น้ำตาที่เอ่อล้นออกจากดวงตาของผู้เป็นแม่ไหลรินลงมาเป็นทาง ร่วงนั้นล้นเต็มขณะยื่นมือไปเกาะกุมมือสามีที่ยืนนั่งราวหุ่นยนต์ แข็งแกร่งพร้อมจะเป็นที่พึ่งให้กับภรรยา แต่ลึกๆ ในใจคงกำลังเสียใจไม่แพ้กัน ถัดไปเป็นญาติสองคนที่ยกมือปาดน้ำตาบ่อยๆ จากการซักประวัติคุณแม่บอกว่าก็นับลูกคืนเป็นบางวันที่คิดได้ ไม่ได้นับลูกคืนทุกวัน 2 วันก่อนลูกคืนลดลงแต่ไม่ได้มาตรวจเพราะคิดว่าคงไม่เป็นอะไรเพราะคุณหมอนัดมาฝากครรภ์อีก 2 วันข้างหน้า จนเมื่อวานช่วงเย็นลูกไม่ตื่นเลย แต่พรุ่งนี้ก็เป็นวันที่หมอนัดแล้วจึงไม่ได้มาคงรอให้ถึงเช้าวันพรุ่งนี้ได้ แต่แล้วกลางดึกก็ต้องมาโรงพยาบาล เพราะเจ็บครรภ์คลอดรอถึงเช้าคงไม่ไหว

หลังจากคุณหมอให้คำอธิบายเสร็จ ก็ได้เห็นบยาเร่งคลอดตามแผนการรักษา คุณแม่ยอมรับแผนการรักษาของคุณหมอ จนกระทั่ง.....

“โอ้ย!! บ่ไหวแล้วคุณหมอ อยากแบ่ง” ฉันทรงภายใน แฉ่งข่าวว่า “ปากมดลูกเปิดหมดแล้วค่ะ” ตะโกนบอกพี่คนงาน “ย้ายคลอดเตียงหนึ่งหน่อยค่ะ” มีอีกเสียงที่พยาบาลดังลอดผ่านมานของอีกเตียง “ย้ายเตียงสี่ด้วยนะคะ” ผู้คลอดทั้งสองเตียงจึงถูกย้ายเข้าห้องคลอดพร้อมกัน หนึ่งคนเข้าไปพร้อมความหวัง แต่อีกหนึ่งคนเข้าไปอย่างผู้สูญเสียและสิ้นหวัง สิ่งที่มีไม่ต่างกันคือความเจ็บปวดของผู้เป็นแม่ ฉันทและทุกคนในทีมงานต่างเตรียมพร้อมในการทำคลอด

“พี่ตามแพทย์ให้แล้วนะ” เสียงพี่หัวหน้าเวรกล่าว ฉันทเตรียมพร้อมใส่ถุงมือเตรียมทำคลอด

“บ่ไหวแล้วค่ะ อยากแบ่ง”

“ได้ค่ะคุณแม่ แบ่งยาวๆ ดีมากค่ะ เยี่ยมมาก หัวลูกออกมาแล้ว” ฉันทช่วยทำคลอดศีรษะเด็ก ใบหน้าที่เห็นนั้นซีดมาก ฉันทกดโน้มไหล่ลงเพื่อทำคลอดไหล่หน้า ใช้แรงทั้งหมดที่มีดึงโน้มกดศีรษะลงแรงมาก แน่นมาก!! เด็กตัวโต จึงตะโกนบอกพี่หัวหน้าเวร เพราะทีมงานสองคนกำลังช่วยคลอดเตียงถัดไป เสียงเชียร์แบ่งเสียงครวญครางอย่างทุกขุทรมานของผู้คลอดสองเตียงบ้างสลับกัน บ้างทับซ้อนแข็งแ่ ขณะใช้แรงทั้งหมดที่มีโน้มไหล่เด็กลง ดึงหมุนทำคลอดจนลำตัวเด็กหลุดช่องคลอดออกมา เสียงร้องผู้เป็นแม่เงียบไปราวกับบรอลุ้นฟังเสียงลูก ขณะฉันทพิจารณาร่างไร้วิญญาณของทารกที่วางบนหน้าท้องแม่

“อู๊ว๊ว อู๊ว๊ว”!! คุณแม่คนที่ฉันททำคลอดยกตัวขึ้นมาดูลูกด้วยความหวังครั้งสุดท้ายว่าจะเป็นเสียงร้องของลูกตัวเอง แต่กลับไม่ใช่ ช่างเหมือนสวรรค์กลั่นแกล้งเธอซ้ำๆ

ทารกที่วางอยู่บนหน้าท้องของเธอนั้น นอนแน่นิ่ง นิ่งเป็นผู้หญิง ดูตัวโตสมบูรณ์เลยทีเดียวน ตัวซีดมากแต่ผิวหนึ่งยังไม่ลอก เสียงร้อง อู๊ว๊ว อู๊ว๊ว ของทารกในม่านเตียงถัดไป เป็นเสียงของความทุกข์กับภาพคุณแม่ที่สะอึกสะอื้นตัวสั่นเทา น้ำไหลอาบสองแก้มราวจะขาดใจ ช่างเป็นภาพที่ขัดแย้งเหลือเกิน

“คุณหมอ ฉันทขอจับมือลูกได้ไหมคะ” ฉันทพยักหน้าแทนคำตอบ จับเลื่อนตัวลูกขึ้นไปใกล้ชิดแม่ ภาพที่ฉันทเห็นคือ คุณแม่เอื้อมมืออันสั่นเทานั้นสัมผัสสร้างไร้วิญญาณของลูก เธอเลื่อนมือขึ้นลูบใบหน้าของลูก ใช้นิ้วแทนทวีปดผมให้เป็นทรงอย่างเรียบร้อย เอื้อมมือเกี่ยวนิ้วน้อย ๆ ของลูกเอาไว้คล้ายลูกก็จับมือของแม่ไว้ เช่นเดียวกัน น้ำตาของผู้เป็นแม่ไหลรินอีกครั้ง เธอพูดกับลูกน้อยด้วยเสียงที่แหบพร่าสั่นเครือ

“กลับมาเกิดเป็นลูกของแม่อีกนะ..ลูกรัก”

XDR -TB ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด

เพลินตา คำหลาย

วัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) หมายถึง การดื้อยารักษาวัณโรคอย่างน้อย 4 ชนิดที่สำคัญ คือ Isoniazid (H) และ rifampicin (R) ร่วมกับการดื้อยาในกลุ่ม Aminoglycoside ซึ่งประกอบด้วยยาชนิดหนึ่งชนิด และยาในกลุ่ม Fluor quinolone อีกหนึ่งชนิด สถิติผู้ป่วยในประเทศไทยมีจำนวน 49 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 4 รายผู้ป่วยรายนี้พบเป็นรายแรกๆเดียวในจังหวัดมหาสารคาม วัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรงมากเป็นโรคแพร่เชื้อทางอากาศ ง่ายต่อการติดต่อเมื่อเป็นแล้วอัตราการรักษาหายมีเพียง 50 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น อีกทั้งมูลค่ายาที่ใช้ในการรักษาสูงมากประมาณ 1,559,400 บาทต่อราย ซึ่งการดูแลโรคนี้จะต้องปฏิบัติตัวโดยยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศอย่างเคร่งครัด บุคลากรยังไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะ บุคลากรจึงมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากผู้ป่วย แต่หากมีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกด้าน ก็จะสามารถมั่นใจและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้บริการจะต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลจนผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง และใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีความสุขตามอัตรภาพ สามารถส่งต่อให้ชุมชนดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตีกัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาสารคาม มะลิ เนื่องวงษา

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว มิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ เรื้อรัง และระยะสุดท้ายที่สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต้องพึ่งพาคนรอบข้าง จะมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าต่อตนเองและตามด้วยอารมณ์เศร้า ไม่มีความหวังกับชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าการเจ็บป่วยทางกายหรืออาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าคือความตาย และความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้เกิดขึ้นมารุนแรงอย่างที่ไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการ การดูแลทางจิตใจไม่น้อยกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะดูแลร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่ง เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อยๆแต่จิตใจยังมีโอกาสดีขึ้นหายทรมานทรมายจนเกิดความสงบขึ้นได้ แม้กระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้แม้ว่ากายกับใจจะสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่เมื่อกายทุกข์ไม่จำเป็นว่าจะต้องทุกข์ไปกับกายด้วยเสมอไป ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณให้สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ด้วยความเมตตา เอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่ และสัมผัสที่นุ่มนวล (พระไพศาล วิสาโล,2549)

ในการแพทย์และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย ทั้งในฐานะผู้นำทีมในการรักษา การปฏิบัติในการบริหารจัดการ และประสานงานกับบุคคลต่างๆ โดยจะต้องมีความรอบรู้ไม่เฉพาะแต่ทางการแพทย์และการพยาบาลเท่านั้น การรักษาพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤติ เรื้อรัง และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายแพทย์และพยาบาล การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ซึ่งเน้นการรักษาแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีจุดประสงค์สำคัญเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจะได้ผลดีหากแพทย์และพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และเจตคติমনเชิงบวก มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือและรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเราและเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ตั้งแต่เริ่ม วินิจฉัย ต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการติดตามดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในระยะที่มีความโศกเศร้า และการสูญเสีย การที่แพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างดี จะช่วยให้ผู้ป่วย “ตายดี” นับเป็นกุศโลบายใหญ่หลวงต่อญาติและผู้ป่วย ตลอดจนทำให้เกิดแรงบันดาลใจและเกิดพลังในตัวแพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

ข้าพเจ้าได้มีโอกาสได้ดูแลคุณตาคนหนึ่ง อายุ 68 ปี Dx.CHCA ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ~1 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ กลืนลำบาก PPS 20 คะแนน แขนขาบวม ท้องมี ascites แพทย์วินิจฉัยเป็น Advance CHCA และให้การรักษา เป็นPalliative care มาพบคุณตาวันแรกก็รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ้นหน้่าหม่นหมอง ลูกสาวที่นั่งเฝ้า สิ้นหน้่าหม่นหมองมาก เริ่มแรกคิดว่าหาวิธีเข้าหาผู้ป่วยและญาติอย่างไรดีจึงจะได้สัมพันธ์ภาพที่ดี จึงจะ

เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ ข้าพเจ้าได้เอามือไปวางสัมผัสเบาๆนุ่มนวล สายตามองด้วยความห่วงใย คุณตาลืมตา แต่ไม่ได้รับคำตอบ คุณตาทักหน้ารับรู้แล้วก็หลับตาลงอีก ข้าพเจ้าหันไปหาลูกสาวของคุณตาที่ข้างๆเตียง พร้อมกับบอกว่า

“พี่คะ พี่สามารถนั่งเฝ้าคุณพ่อได้ตลอดเวลาเลยนะ ถึงเวลาเชิญญาติออกไปข้างนอก ก็ไม่ต้องออกไปหรอก ดูแลคุณพ่ออย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเลยนะ เดี่ยวดิฉันจะแจ้งทีมเจ้าหน้าที่ไว้ เพื่ออนุญาตให้พี่เฝ้าคุณพ่อได้ตลอดเวลา เป็นกรณีพิเศษ”

ไม่นานเชื่อว่าแค่พูดและแสดงความเห็นอกเห็นใจแค่นี้จะได้รับความไว้วางใจเป็นอย่างมาก พอข้าพเจ้าเสร็จภารกิจจากการดูแลคนไข้คนอื่นเรียบร้อยแล้ว ลูกสาวคุณตาก็ได้มาขอพบ และได้พูดคุยถึงเรื่องราวคุณตา ลูกสาวคุณตารับทราบว่าคุณตาเป็น CHCA และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพใดๆ Death Place พ่ออยู่ที่บ้าน ไม่ต้องการให้ตนเองทุกข์ทรมาน ทีมดูแลได้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วย Control symptom ต่างๆ ได้แก่ Dyspnea และ Pain เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน และได้นิมนต์พระอาจารย์ที่อยู่ในโครงการดูแลระยะสุดท้าย มาช่วยพาญาติทำพิธีขอขมา สังฆทาน ตามประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ

วันต่อมา ข้าพเจ้าเดินมาเข้าเวรเช้า ยังไม่ได้วางกระเป๋ากลับ ตั้งใจจะเดินไปทักทายคุณตาและญาติก่อน พบว่า ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หายใจหอบลึกมีเสียงครีคราดในลำคอ มีภาวะ Death rattle จึงได้พูดคุยกับบุตรสาวคุณตาถึงอาการระยะสุดท้ายใน 24 hr. ที่จะพบได้ว่ามีอาการอะไรบ้าง และขณะนี้คุณตาได้มีอาการเหล่านั้นแล้ว บุตรสาวคุณตาได้โทรศัพท์ติดต่อญาติคนอื่นๆ และได้ Family meeting ว่าจะเอาอย่างไรกัน ความประสงค์ของผู้ป่วย Death place คือที่บ้าน บุตรสาวซึ่งเป็น Care giver หลัก บอกว่า ที่บ้านมีแม่ซึ่งไม่ค่อยแข็งแรง กลัวยอมรับเรื่องการตายของพ่อไม่ได้ เราจึงร่วมกันปรึกษาวางแผนว่าจะเอาอย่างไรดี ข้าพเจ้าให้ญาติตัดสินใจเลือกว่าจะ Death place ที่ไหน และทีมเราก็จะยอมรับการตัดสินใจของญาติ ขณะที่ญาติยังไม่ตัดสินใจ ข้าพเจ้าได้ให้ญาติของคุณตาอีกคนหาพวงมาลัยมะลิหอมๆ มาวางไว้ข้างๆหมอนคุณตา และถ่ายเอกสารบทสวดมนต์อิติปิโส มาให้บุตรสาว เป็นคนนั่งสวดให้พ่อฟังข้างๆเตียง ญาติคนอื่นๆมานั่งห้อมล้อม ในสภาพหอผู้ป่วยซึ่งเป็นหอรวม เราไม่สามารถแยกบริเวณให้สงบได้ จึงได้กั้นม่านจัดมุมที่สงบที่สุดข้างๆหน้าต่าง เปิดพัดลมส่ายไปมาให้ผู้ป่วย ในขณะที่คุณตา on O₂ Canular ขนาดต่ำๆ และได้หยอด 1% Atropine 2 หยด sublingual เพื่อลดภาวะ Death rattle , ให้ Ativan(0.5) 2 tab sublingual เพื่อลด Suffering ผู้ป่วยสงบลงไม่ทุรนทุราย ภาวะหายใจครีคราดก็ลดลง และแล้ว ~10.00 น.บุตรสาวของคุณตาได้แจ้งข้าพเจ้าว่า

“พี่และญาติตกลงกันจะพาพ่อกลับบ้านนะ บ้านเราอยู่ใกล้ๆนี้เอง ริมคลองสมถวิล พี่จะเอารถมารับพ่อเอง ต้องการเฉพาะ O₂ ขณะนำส่งเท่านั้น ที่บ้านมี O₂ พร้อมแล้ว ได้มาจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์”

ข้าพเจ้าได้ประสานงานขอยืม O₂ แท็งค์เล็กกับศูนย์เปล และขอเปลนำส่งผู้ป่วย ข้าพเจ้าขออนุญาตทีมในหอผู้ป่วยเพื่อนำส่งผู้ป่วยและญาติด้วยตนเอง ญาติทุกคนช่วยกันกุ๊กกิ๊กช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย จนกระทั่งไปถึงที่บ้าน ก่อนนำผู้ป่วยลงจากรถ ข้าพเจ้ามองไปเห็นคุณยาย นั่งหน้าแคร่อยู่บนรถเข็นเพื่อรอการกลับมาของสามี ข้าพเจ้าเข้าไปไหว้และกอดคุณยาย ยายไม่พูดอะไร น้ำตาไหลและกอดข้าพเจ้า เหมือนเข้าใจทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นข้าพเจ้าก็ได้เข้าไปช่วยยกคุณตาลงจากเปล มาจัดที่

นอนให้ใกล้หน้าต่าง อากาศปลอดโปร่ง จัดหาที่นอนนุ่มๆ บุตรสาวหาเสื้อผ้าตัวโปรดมาสวมใส่ให้คุณตาหาพัดลมตั้งโต๊ะมาโบกพัดออกหน้าต่าง สายไปมาให้โดนใบหน้าคุณตาเบาๆ จัดทำนอนหัวสูงเล็กน้อยด้วยหมอนที่คุณตาชอบ ใส่ O₂ Canular ให้คุณตา ญาติอีกคนนำพวงมาลัยมะลิพวงโตโยกกลิ่นหอมมาวางไว้ข้างๆ หมอน บุตรสาวนำพระพุทธรูปที่คุณตากราบไหว้ทุกวันก่อนเจ็บป่วยมาวางเหนือศีรษะ หลังจากนั้นก็นั่งลงข้างๆคุณตาพูดถึงคุณงามความดีที่คุณตาเคยปฏิบัติมา บุตรอีกคนสวดอิติปิโส ข้างๆ พ่อ เป็นภาพที่ช่างประทับใจมาก ญาติสนิทมิตรสหายของคุณตามาจำนวนมาก มาจับมือมาให้กำลังใจ หลังจากนั้นข้าพเจ้าก็ได้ลา กลับ เพื่อมาทำงานตามหน้าที่ต่อที่โรงพยาบาล

~20.00 น. ข้าพเจ้าได้โทรศัพท์สอบถามอาการ พบว่าคุณตายังไม่เสียชีวิต เริ่มไม่รู้สีกตัว สงบไม่มีอาการทรมานทรมาน คนที่สวดมนต์ก็ยังทำหน้าที่สวดมนต์ให้ฟังต่อ รุ่งเช้าวันถัดมา ~07.00 น. บุตรสาวของคุณตาได้โทรศัพท์มาแจ้งข่าว บอกว่า

“คุณตาไปสบายแล้ว หมดลมเมื่อเวลา ~02.00 น. เสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มีอาการทรมานทรมาน ดูเหมือนคล้ายกับคนนอนหลับ ต้องขอขอบคุณที่ให้การดูแลทุกๆคนด้วย ขอขอบคุณมาก”

ข้าพเจ้าได้ Empower ญาติด้วยการกล่าวว่า

“พ่อไปดีแล้ว ลูกๆทุกคนก็ทำดีที่สุดแล้ว เป็นมหากุศลอันยิ่งใหญ่ที่เราได้ดูแลพ่อในวาระสุดท้ายอย่างดีที่สุดและครบถ้วนเช่นนี้”

ตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าต้องการไปร่วมงานศพเหลือเกิน เพื่อดูแลหลังความตาย แต่ด้วยภาระหน้าที่ที่โรงพยาบาล ตารางเวร ช/บ ต่อกันหลายวัน จึงได้แต่โทรศัพท์เพื่อสอบถามสารทุกข์สุกดิบญาติๆ ผู้ตายเท่านั้น จากการสอบถามคุณยายเริ่มทำใจได้กับการจากไปของคุณตา หลังงานศพได้ 1 สัปดาห์ คุณยาย บุตรสาว และหลานๆได้เดินทางมาที่โรงพยาบาล โดยที่คุณยายนั่งรถเข็น ทุกคนมาขอบคุณทีมผู้ดูแลญาติชื่นชมทีมดูแลเป็นอย่างมาก อยากให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเช่นนี้ตลอดไป

ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่เราได้รับมากกว่าสิ่งของก็คือ ความอึดอึ้งใจที่ได้เป็นผู้ให้ การดูแลคนไข้ด้วยใจ อันบริสุทธิ์ดุจญาติมิตร ด้วยวิถิปุทธ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบ ในสถานที่ที่ตนเองปรารถนา ปราศจากความทุกข์ทรมาน ไม่มีสิ่งค้างคาใจ มีความอบอุ่นใจที่มีญาติสนิทมิตรสหายมาให้กำลังใจ จิตใจของเจ้าหน้าที่เราก็อิ่มอึ้งเป็นสุขไปด้วย เป็นการทำบุญในขณะที่เราทำหน้าที่ ซึ่งไม่มีวิชาชีพใดจะทำได้เช่น วิชาชีพพยาบาลของเรา จงภูมิใจในวิชาชีพของเราเถิด ถึงเหนื่อยกายแต่เราไม่เหนื่อยใจ จงสู้ต่อไปเพื่อคนไข้ระยะสุดท้ายจะได้ไปสู่ภพหน้าที่สุข สงบ ญาติผู้อยู่เบื้องหลังก็จะยอมรับสภาพการสูญเสียได้

บทเรียนที่ได้รับ: ทีมการดูแลผู้ป่วยคัดลยกรรมทางเดินปัสสาวะได้เรียนรู้จากการได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ โดยมีการทบทวนผลที่เกิดจากการดูแล ที่แม้ว่าท้ายที่สุดของการดูแล แม้ว่าจะสิ้นสุดที่การจากไป ลงท้ายด้วยการเสียชีวิต แต่สามารถทำให้ญาติ ยอมรับและมีความประทับใจ ซึ่งทีมวิเคราะห์แล้วพบว่า เป็น เพราะการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมาน และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่ง Case นี้ใช้เป็น Model ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในรายต่อไป

และในหน่วยงานยังไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนา จึงได้มีการจัดทำกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

ผลลัพธ์ที่ได้

1. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
2. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยร้อยละ 98
3. ไม่พบข้อร้องเรียนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
4. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติและครอบครัวผู้ป่วย
5. มีระบบการประสานงานระหว่างทีมที่ชัดเจน สหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม
6. มี case manager Palliative ในการดูแลรับผิดชอบเรื่องมะเร็งแบบประคับประคองโดยเฉพาะ

ให้รึกรนำทาง

อรนุช เสนานันท์

สรุปเรื่องเล่าโดยย่อ : ในวันแห่งความรัก หลังเลิกงานขณะเตรียมตัวลงเวร มีผู้คลอดซ็อกบนเตียงคลอดโดยไม่มีอาการแสดงมาก่อน ไม่ได้เกิดจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด เมื่อทราบเหตุการณ์ผู้เล่าจึงเข้าไปช่วยเหลือ ในการช่วยเหลือนั้นทำให้ได้เห็นการทำงานประสานกันเป็นอย่างดีทั้งแพทย์เวร แพทย์ 2nd call และ 3rd call วิสัญญีแพทย์-พยาบาล พยาบาลตึกหลังคลอด ซึ่งทุกคนต่างช่วยเหลือกันและกันโดยไม่คำนึงถึงความเหน็ดเหนื่อย เพื่อเป้าหมายคือให้ผู้คลอดปลอดภัย ทำให้ผู้เล่ารู้สึกรักและผูกพันในงานห้องคลอด

เป้าหมาย: เพื่อสื่อสารต่อสาธารณะถึงภาระงานห้องคลอดที่เร่งด่วนฉุกเฉิน คุณค่าต่อชีวิตภายใต้ข้อจำกัด แต่หากมีทีมงานสหสาขาวิชาชีพที่ดี เสียสละ พร้อมช่วยเหลือกัน จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดความรักและผูกพันของบุคลากร

ที่มาของปัญหา: ผู้คลอด1 ราย ครรภ์แรกคลอดตามปกติ จัดอยู่ในกลุ่มLow risk แต่เมื่อคลอดกลับมีภาวะซ็อกหลังคลอดทารกออกมา ขณะที่ยังไม่ทราบสาเหตุการซ็อก แต่เมื่ออาการทรุดลงทันทีทันใด การช่วยเหลือชีวิตของผู้คลอดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด ทำให้ผู้คลอดรายนี้ไม่เสียชีวิต

กิจกรรมการแก้ปัญหา/พัฒนา: ทบทวนร่วมกันระหว่าง PCTสูติกรรม PCTกุมารเวชกรรม OR AN PICU สรุปผู้คลอดรายนี้มีภาวะ Septic shock มีภาวะเลือดไหลไม่หยุด หลังผ่าตัด Hysterectomy ส่งต่อไปรักษาที่ PICU และพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูติกรรม จน D/C

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น: บุคลากรมีความตระหนักและเพิ่มการการดูแลในผู้คลอดกลุ่ม Low risk

บทเรียนที่ได้รับ: จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้เห็นถึงการทำงานเป็นทีม และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร บทบาทแพทย์อาวุโส ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการเป็นผู้นำการตัดสินใจ ตลอดจนความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายร่วมคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและลดความสูญเสีย

พัฒนาระบบวัคซีน BCG ในทารกแรกเกิด

หอผู้ป่วยสูติกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

เป้าหมาย:

1. เพื่อพัฒนาระบบวัคซีน BCG ในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
2. เพื่อลดค่าใช้จ่ายการเบิกวัคซีน BCG

ปัญหาและอุปสรรคโดยย่อ:

รัฐบาลไทยมีนโยบายให้วัคซีน BCG ในทารกแรกเกิดทุกรายตั้งแต่ปี 2535 เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การที่ทารกจะได้รับบริการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้นั้น ต้องมีระบบวัคซีนที่ได้มาตรฐาน ในปี 2557 มีการประเมินมาตรฐานระบบวัคซีนในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในส่วนของระบบการให้ BCG ในทารกแรกเกิดพบปัญหา ระบบการเบิกจ่ายวัคซีน มีการสำรองวัคซีนในปริมาณมาก ระบบการรักษาความเย็นไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายวัคซีนที่เหมาะสม และจากการรายงานความเสี่ยงหอผู้ป่วยสูติกรรม พบมีความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ F จากการให้ยาฉีดชนิดแก่ทารกแรกเกิดแทนวัคซีน BCG เนื่องจาก พยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักการให้ยาและมีการจัดเก็บวัคซีนไว้ตู้เย็นเดียวกันร่วมกับยาอื่นๆ

กิจกรรมที่พัฒนา:

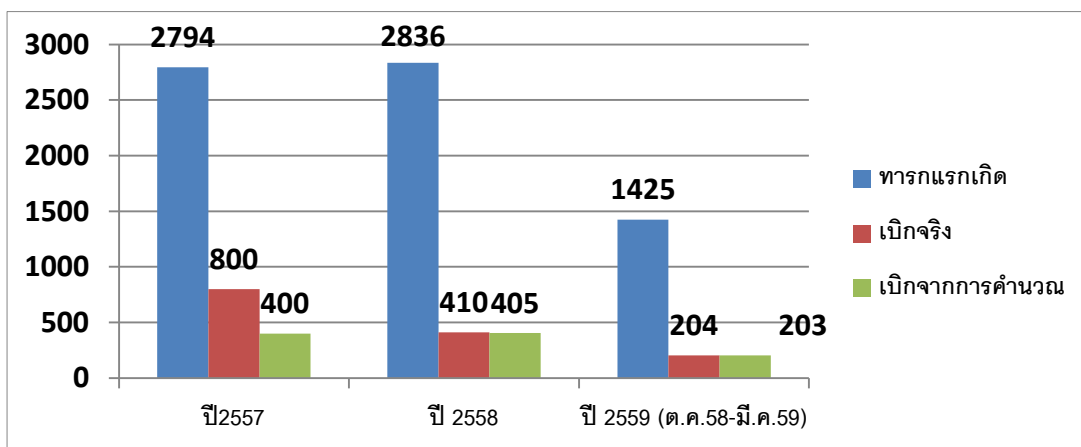
1. วิเคราะห์ปัญหา ศึกษากระบวนการวัคซีน
2. จัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน
3. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ
4. ประเมินผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	2557	2558	2559
1. การเบิก-จ่าย	-หอผู้ป่วยที่มีทารกแรกเกิดเบิกBCG เองทุกวัน -ใช้แบบฟอร์มการเบิกยาทั่วไป -ไม่มีกำหนดจำนวนการเบิกทำให้มียาเกิน	-หอผู้ป่วยสูติกรรมเป็นจุดเบิกวัคซีนจุดเดียว -เบิกทางคอมพิวเตอร์ -โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จะคำนวณปริมาณยาตามสถิติทารกแรกเกิด -เบิกสัปดาห์ละครั้ง	ไม่พบปัญหา
2. การจัดเก็บ	-หอผู้ป่วยแต่ละที่เก็บวัคซีนไว้ที่หอผู้ป่วย	-หอผู้ป่วยสูติกรรม เก็บ BCGสำรอง จุดเดียว	ไม่พบปัญหา

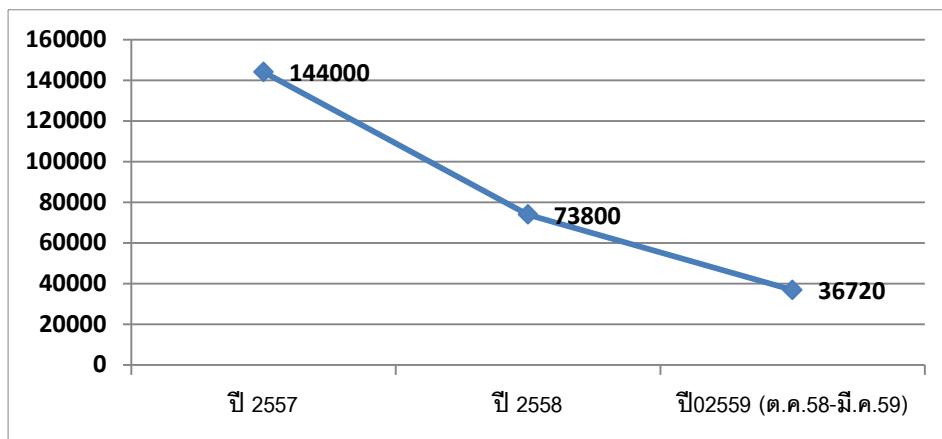
กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
	2557	2558	2559
	-วัคซีนเก็บตู้เย็นร่วมกับยา อื่นๆเสี่ยงต่อหยาบยาผิด -ขวดวัคซีนที่ใช้แล้วทิ้ง ขยะติดเชื้อภายหลังฉีด -ระบบ FI-FO ไม่ได้	-แยกตู้เย็นวัคซีน -ขวดวัคซีนที่ใช้แล้วเก็บใน ตู้เย็นวัคซีนเหมือนเดิมจน ครบ 1 สัปดาห์จึงทิ้งในถัง ขยะติดเชื้อ	
3.การเตรียมและฉีด วัคซีน	-พยาบาลที่หอผู้ป่วยที่มี ทารกแรกเกิดเตรียม วัคซีนและฉีดเอง พบปัญหาวัคซีนเหลือใน ขวดจำนวนมากที่ต้องทิ้ง	-ในแต่ละวันจะมีการ ตรวจสอบจำนวนทารกที่ จะฉีดBCGตามหอผู้ป่วย -พยาบาลหอผู้ป่วย สูติกรรม เตรียมวัคซีนใส่ syringe ให้ทุกหอผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปฉีด ให้ทารก <u>ปัญหา</u> -ฉีดหลักการให้ยา -กระตักนำส่งไม่มีคุณภาพ ควบคุมอุณหภูมิไม่ได้	-พยาบาลหอผู้ป่วยสูติ กรรม เตรียมวัคซีนBCG และฉีดให้เฉพาะทารกที่ อยู่หอผู้ป่วยสูติกรรม -หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องนำ ขวดวัคซีนที่เหลือจากหอ ผู้ป่วยสูติกรรม ฉีดให้ ทารก -มีการประสานงานนำส่ง ภายหลังเปิดvaccine 1-2 ชั่วโมง -นำส่งโดยใช้กระเป่า วัคซีนที่ถูกมาตรฐาน

การวัดและผลการเปลี่ยนแปลง:

เปรียบเทียบจำนวนการเบิกวัคซีนระบบเดิมและระบบใหม่กับจำนวนทารกแรกเกิด (เกณฑ์ 1ขวด/ทารก7คน)



แสดงการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายการเบิกวัคซีน BCG



บทเรียนที่ได้รับ

การทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งสามารถที่จะนำสู่การเชื่อมโยงในการแก้ปัญหาเชิงระบบเชื่อมโยงในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องและการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพต้องทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

การพัฒนาระบบการให้ยาต้านไวรัสในทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ HIV

หอผู้ป่วยสูติกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

เป้าหมาย:

1. เพื่อพัฒนาระบบการให้ยาต้านไวรัสในทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ HIV
2. เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงสูง
3. เพื่อป้องกันการบริหารยาผิดพลาด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

ปัจจุบันการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV มีกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอดตลอดจนการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน เป้าหมายเพื่อรักษาให้มารดามีสุขภาพที่ดีและลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก จากเหตุผลดังกล่าวปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา และแบ่งกลุ่มการดูแลทารกเพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านที่เหมาะสม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับยาต้านที่แตกต่างกันหากมีการคัดกรองผิดพลาดจะส่งผลต่อการบริหารยาแก่ทารกแรกเกิดผิดพลาดและเพิ่มอัตราการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ ในเดือนพฤศจิกายน 2558 ปัญหาทารกแรกเกิดไม่ได้รับยาต้านไวรัสตามมาตรฐาน 4 ราย เนื่องจาก มีการคัดกรองผิดพลาด 1 ราย พยาบาลแนะนำการให้ยาทารกไม่ถูกต้อง 1 ราย การคำนวณปริมาณยาไม่ถูกต้อง 2 ราย จากการใช้แบบฟอร์มเก่าซึ่งไม่ตรงกับสูตรยาใหม่ และไม่มีการตรวจสอบร่วมกัน

กิจกรรมการพัฒนา:

1. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา
2. จัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม บ้านร่มเย็น เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>คลินิกฝากครรภ์</p> <p>แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลจาก ANC ไม่สมบูรณ์ เช่น การสื่อสารกลุ่มเสี่ยง การเริ่มให้ยา ARV</p> <p>การรายงานผล Viral load</p>	<p>คลินิกฝากครรภ์</p> <p>-ประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยง</p> <p>-ANC ประทับตรา " High risk จากแม่สู่ลูก" ที่สมุดฝากครรภ์หน้าตรวจครรภ์</p> <p>-ผู้คลอดมีการเจาะ Viral load ANC จะประทับว/ด/ป ที่เจาะในแบบฟอร์มการส่งต่อ สามารถเปิดดูได้ในโปรแกรม IPD ตรวจผล Lab</p> <p>-แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูล ANC จะนำมาไว้ที่ LR เมื่อ GA 34-35 สัปดาห์</p>

ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
<p>ห้องคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> -คัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ถูก เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลจากANCไม่สมบูรณ์ -ใช้แบบฟอร์มเก่าซึ่งไม่ตรงกับสูตรยาใหม่และไม่มีการบันทึกน้ำหนักทารกแรกเกิด 	<p>ห้องคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยง -ติดตามผลLab : CD4 ,viral load -LR จะไม่มีการสำรองยา ARV สามารถเบิกที่ห้องยา นอกได้ตลอด 24 ชั่วโมง - LR คำนวณปริมาณยาให้ระบุอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด ที่ Standing order -ให้ยาต้านแก่ทารกแรกเกิด
<p>หอผู้ป่วยสูติกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไม่ได้มีการตรวจสอบการสั่งยาจากLR -การให้คำแนะนำแก่มารดา ในการป้อนยาต้านไวรัสให้ทารก ไม่ครอบคลุม -เพิ่มแนวทางปฏิบัติที่ไม่ได้ปรับปรุง 	<p>หอผู้ป่วยสูติกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> -สูติกรรมมีการตรวจสอบปริมาณยาและเวลา -ดูแลให้มารดาและทารกได้รับยาต่อเนื่อง -ประสานงานเภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำการใช้ยาก่อนจำหน่าย โดยหอผู้ป่วยจัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในการให้คำแนะนำ -จัดทำเพิ่มแนวทางปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้องคลอด หอผู้ป่วยพิเศษ
<p>เภสัชกร</p> <ul style="list-style-type: none"> -แบบฟอร์มบันทึกการให้ยาไม่ชัดเจน ชื่อยาไม่ตรงตาม Standing order ช่องการบันทึกเล็ก -จัดยาตามLRสั่งแต่ใบ Standing orderเดิมแต่LRไม่ระบุน้ำหนักทารกแรกเกิด 	<p>เภสัชกร</p> <ul style="list-style-type: none"> -ปรับแบบบันทึกการให้ยาใหม่ มีรูปภาพขวดยาประกอบ -เภสัชกรตรวจสอบปริมาณยาที่ LR คำนวณ -ให้คำแนะนำมารดาที่หอผู้ป่วยเรื่องการป้อนยาก่อนจำหน่าย
<p>บ้านร่มเย็น</p> <p>แบบฟอร์ม Standing order ของกลุ่ม High risk ไม่ระบุข้อบ่งชี้</p>	<p>บ้านร่มเย็น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ปรับแบบฟอร์ม Standing order ของกลุ่ม High risk ใหม่ให้มี Check list -Standing order เพิ่ม การระบุอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

รายการ	ธ.ค.58	ม.ค.59	ก.พ.	มี.ค	เม.ย.
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อHIV	6	2	3	4	1
หญิงตั้งครรภ์กลุ่มStandard risk	6	1	2	3	1
หญิงตั้งครรภ์กลุ่มHigh risk	0	1	1	1	0
อัตราการคัดกรองถูกต้อง	100	100	100	100	100
การบริหารยาทารกแรกเกิดผิดพลาด	0	0	0	0	0

บทเรียนที่ได้รับ:

การแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานที่ผิดพลาด ต้องทบทวนกระบวนการและแก้ไขที่กระบวนการ โดยไม่มองความผิดพลาดของตัวบุคคล และการปรับปรุงระบบบริการที่มีคุณภาพจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เช่น การปรับใบบันทึกยาเป็นรูปขวดยา ทำให้มารดาจดจำได้ง่ายและให้ยาทารกได้ถูกต้อง

XDR-TB ได้รับการเสริมที่ ดูแลอย่างดี ซีวีปลอดภัย

นางสาวนิศมา แสนศรี

เป้าหมาย: เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้อื่นและผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 100% ภายใน 2 ปี

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi drugs resistant –TB หรือ MDR-TB) คือ การดื้อยารักษาวัณโรคอย่างน้อย 2 ชนิดที่สำคัญคือ H และ R โดยอาจมีการดื้อยาชนิดอื่น ๆร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้กำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความคุ้มครองวัณโรคของประเทศไทย สาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยกินยาวัณโรคไม่ครบตามที่กำหนด หรือผู้ป่วยได้รับเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานมาจากผู้ที่มีเชื้อวัณโรคดื้อยา ซึ่งมีผลให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีความยุ่งยากมากขึ้น โดยจะใช้เวลาในการรักษานานขึ้น จากปกติ 6 เดือนเป็น 18 – 24 เดือน และค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากปกติ 2,500 บาท เป็น 80,000 – 100,000 บาทแต่ผลการรักษาหายเพียงร้อยละ 60 และจากความรู้ทางวิชาการ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในประเทศไทย ร้อยละ 5 จะเป็นวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง (Extensively drug resistant TB หรือ XDR-TB) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าวัณโรคดื้อยาหลายขนานประมาณ 10 เท่า แต่ผลการรักษาหายอยู่ที่ร้อยละ 30 และในจังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วย XDR-TB เกิดขึ้นในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โดยเป็นรายที่ 3 ของประเทศไทย ซึ่งยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย XDR-TB ที่บ้าน และบุคลากรในชุมชนรู้สึกไม่ปลอดภัยในการให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับ โรงพยาบาลมหาสารคาม และทีมสหวิชาชีพวางแผนดำเนินการบริหารจัดการผู้ป่วยเฉพาะรายนี้ด้วยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครอบคลุมและลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นๆ

กิจกรรมการพัฒนา: 1) ประชุมวางแผน เพื่อมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละภาคส่วนรับผิดชอบ 2) หาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย 3) ทำความเข้าใจกับทีมที่จะออกไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสาธิตวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 4) อธิบายผู้ป่วยและญาติรับทราบในแผนการดูแล 5) ลงพื้นที่เพื่อเตรียมสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วย 6) เตรียมชุดอุปกรณ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยเป็น Set 7) มีการนิเทศ ติดตามกำกับในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ 8) มีการติดต่อสื่อสารความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 100 % และได้รับการฉีดยา และทำแผลทุกวัน โดยมีสมุดบันทึกการ DOT ยา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทุกครั้งที่ออกไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งก่อนที่จะมีการพัฒนารูปแบบนี้ผู้ป่วยอยู่ปะปนกับบุคคลอื่นๆในบ้าน ไม่เป็นสัดส่วน และยังพบปัญหาว่าคนในชุมชนปฏิเสธผู้ป่วยรายนี้ไม่ยอมรับให้อยู่ในพื้นที่ครั้งแรก ทีมจึงได้ประชุมวางแผนใหม่ โดยการลงพื้นที่หาสถานที่พักให้ผู้ป่วยอาศัยใหม่ และได้สถานที่แห่งที่ 2 แต่พบว่าบุคลากรในชุมชนที่รับผิดชอบในพื้นที่ใหม่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก เกิดความวิตกกังวลในความปลอดภัยของบุคลากรเองว่าจะติดเชื้อมั้ย ทีมประชุมวางแผนใหม่ โดยให้ความรู้และสาธิตการดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้แก่บุคลากรที่จะออกเยี่ยมบ้านได้ทราบวิธีการ แต่ทีมที่จะออกเยี่ยมบ้านในชุมชนยังคง

ไม่มั่นใจในความปลอดภัย ทีมจึงแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยให้บุคลากรในโรงพยาบาลออกไปเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยทุกวัน และมีตารางเวรออกเยี่ยม ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจมากกับบริการที่มีทีมออกไปเยี่ยมที่บ้าน

บทเรียนที่ได้รับ: มีทีมรับผิดชอบ วางแผนเป็นระบบ จัดทำแนวปฏิบัติ จัดอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้งาน ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม ทัศนีย์พร ยศพล

เป้าหมาย: เพื่อลดจำนวนการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผิดพลาด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง มีแนวทางการปฏิบัติตามอัตลักษณ์ของโรงพยาบาล คือ ซื่อสัตย์ โปร่งใส ใส่ใจบริการ ให้ผู้มารับบริการเกิดความประทับใจและได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหน้าที่และเป้าหมายของงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม คือ จัดระบบบริการเวชระเบียนการลงทะเบียนสิทธิการรักษา การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณแก่เครือข่ายด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการพึงพอใจจากหน้าที่และเป้าหมายงานข้างต้นในงานลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธิ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการกำหนดเกณฑ์การตรวจสอบสิทธิผิดพลาดไม่เกิน 2 รายต่อเดือน จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบสิทธิยังพบว่า ข้อมูลในเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558 ยังมีจำนวนการตรวจสอบสิทธิการรักษาผิดพลาด 16 ราย, 12 ราย และ 23 รายต่อเดือน ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับการคุ้มครองจากสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ และโรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บได้ตามสิทธิการรักษา จำนวนการตรวจสอบสิทธิการรักษาผิดพลาดยังคงเป็นปัญหาที่กลุ่มงานประกันสุขภาพได้ให้ความสำคัญ ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงได้จัดทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ความถูกต้อง ความรวดเร็วในการปฏิบัติงานแก่บุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพต่อไป

กิจกรรมพัฒนา: พัฒนาการปฏิบัติการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้มีความถูกต้อง ลดจำนวนความผิดพลาดในการตรวจสอบสิทธิการรักษา

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: จำนวนครั้งในการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในผิดพลาดมีแนวโน้มลดลง

บทเรียนที่ได้รับ: การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ความผิดพลาดในการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลลดลง มีประโยชน์ในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยและการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในระบบการให้บริการของโรงพยาบาล

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการปฏิบัติเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติ

สุชัญญา เดชศิริ, บุษยมาศ ภิรมย์

เป้าหมาย: 1. เพื่อพัฒนาระบบการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 2. จำนวนอุบัติการณ์ต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงหลังการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นหัตถการที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามของชีวิตการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดหมายถึงการเลื่อนหลุดออกจากตำแหน่งของหลอดลมซึ่งเกิดจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเองหรือเกิดจากการกระทำของบุคลากรทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนวันนอนรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามปีงบประมาณ 2558 พบอัตราการเกิดต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 13.8 ครั้ง ต่อ 1000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานดังนั้นหน่วยงานจึงได้พัฒนาระบบการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติ โดยใช้โมเดลของ CURN ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ

กิจกรรมการพัฒนา

1. การแจกแจงปัญหาของต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และศึกษาค้นคว้าความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวข้องกับการเตรียมความรู้สำหรับพยาบาล
2. การสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ได้แก่ 1) ประเมิน MAAS 2) การสื่อสารในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การจัดการปวด 4) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5) การยึดตรึงต่อช่วยหายใจ 6) การผูกยึดร่างกายผู้ป่วย และ 7) บทบาทพยาบาลในการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
3. การนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้
4. การประเมินผลการปฏิบัติและการประเมินผลของระบบที่พัฒนาขึ้น

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

อัตราการเลื่อนหลุดของต่อช่วยหายใจมีแนวโน้มลดลง โดย เดือน ตุลาคม 2559 ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติมีการเลื่อนหลุดของต่อช่วยหายใจคิดเป็น 46.43 /1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ และเดือน พฤษภาคม 2559 หลังใช้แนวทางปฏิบัติอัตราการเลื่อนหลุดของต่อช่วยหายใจลดลงเป็น 9.09/1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

บทเรียนที่ได้รับ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยวิกฤติสามารถเพิ่มคุณภาพของการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาล

RECTAL Cath ช่วยลด bed sore ได้

ราตรี จันทะจิต, ยุวดี เสตา

เป้าหมาย: การใส่ rectal cath with bag ในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพื่อช่วยลดอัตราการเกิด Incontinence Associated Dermatitis: IAD

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักพบปัญหาการเกิด Antibiotic associated diarrhea ซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งปกติพบอยู่ในลำไส้ใหญ่ ที่ถูกรบกวนโดยยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของชนิดและปริมาณของเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ และทำให้เกิดท้องเสียตามมาเกิดภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) คือภาวะอักเสบของผิวหนังเนื่องจากการสัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ และบางครั้งอาจมีเหงื่ออย่างต่อเนื่อง หรือซ้ๆ จนทำให้เกิดอาการแดง บริเวณรอยพับผิวหนัง อาจทำให้แผลลึกและรุนแรงมากขึ้นได้จนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด bed sore ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับ คือ ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน การติดเชื้อ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทีมหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมได้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจึงทดลองใช้ rectal cath with bag ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายเองได้ เพื่อลดอัตราการเกิด (IAD : incontinence associated dermatitis)

กิจกรรมการพัฒนา:

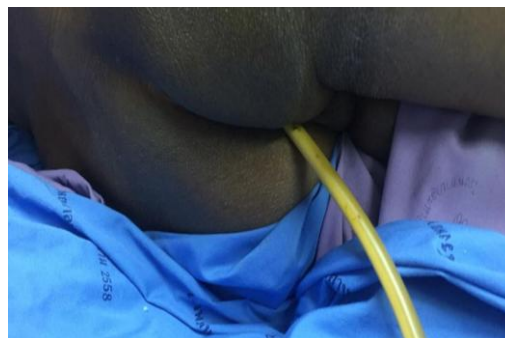
1. ประชุมทีมค้นหาปัญหา พบว่ามีการเกิด bed sore จากภาวะ AAC ที่ไม่สามารถป้องกันได้
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติการใช้ rectal tube
 - 2.1 การเตรียมอุปกรณ์ สาย Foley's cath เบอร์ 20, set flush, savlon 1:1,000, syringe 20 ml, sterile water, Xylocain jelly, ผ้าสีเหลืองเจาะกลาง, ถังรองรับปัสสาวะ
 - 2.2 วิธีปฏิบัติ
 - ล้างมือให้สะอาด เตรียมอุปกรณ์ไว้ข้างเตียงผู้ป่วย
 - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ ก้นม่าน
 - จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย (Left Sim's position) ซิดมาทางริมเตียงขาซ้ายงอเล็กน้อย และขาขวางอเข้าไปข้างหน้า
 - ปูผ้าผ้าสีเหลืองเจาะกลาง
 - ใช้ rectal cath เคลือบด้วย Xylocain jelly สอดเข้าทวารหนักลึก 2-3 นิ้ว
 - ใส่น้ำในกระเปาะ rectal cath 30 cc
 - วาง bag ให้ต่ำกว่าระดับที่นอนห้อยไว้ข้างเตียง สังเกต สี จำนวนอุจจาระ ห้ามใช้ในผู้ป่วย มีการอักเสบของลำไส้ การอักเสบในช่องท้อง และหลังผ่าตัดลำไส้
3. ติดตามตัวชี้วัด/ประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
		2557	2558	2559
อัตราการเกิด AID	0 ครั้ง /1,000 วันนอน	1	0.75	0
อัตราการเกิด AID หลังใช้ rectal cath	0	0	0	0
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ	80%	95	95	100



การเกิด AID



การใส่ rectal tube with bag

บทเรียนที่ได้รับ

จากการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลแผล IAD ในผู้ป่วยที่ควบคุมระบบขับถ่ายไม่ได้ จากการ dressing แผล เปลี่ยนเป็น การใส่ rectal cath with bag พบว่า อัตราการเกิด IAD ลดลง ส่งเสริมการหายของแผล ลดอัตราการเกิด bed sore และ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

VAP ZERO

พิมพ์พรรณ อันทะหา

เป้าหมาย :

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่พบมาก 90 % ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (O'Keefe-McCarthy S., 2008) โดยมีอัตราการเกิดสูงถึงร้อยละ 22.8 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Augustyn, 2007) ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี 2556 โดยเฉลี่ย = 16.02 ครั้ง/1,000 Vent , Day ซึ่งสูงกว่าดัชนีชี้วัดที่ CDC กำหนด ($\leq 10\%$ ครั้ง/1,000 vent. Day) หน่วยงานจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน

กิจกรรมการพัฒนา

1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก พบว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ที่บางกิจกรรม ไม่ทันสมัย พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอน และอุปกรณ์เครื่องใช้ไม่เพียงพอ
2. การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และ จำนวน 10 เรื่องประกอบด้วย หลักฐานระดับ 1 จำนวน 6 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3.2 จำนวน 2 เรื่องระดับ 4 จำนวน 2 เรื่องตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.93
3. จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP จำแนกออกเป็น 7 หมวดกิจกรรมประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดมือ 2) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน 3) การจัดทำนอนและการพลิกตะแคงตัว 4) การให้อาหารทางสายให้อาหาร 5) การดูดเสมหะ 6) การดูแลท่อช่วยหายใจและส่วนประกอบของเครื่องช่วยหายใจ และ 7) การหยาเครื่องช่วยหายใจ จัดเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ เช่น น้ำยาล้างมือ 4% CHX กระจกเช็ดมือ 0.12% CHX ทำความสะอาดปาก อุปกรณ์ทำความสะอาดปาก close system suction, nutrition bag อุปกรณ์ป้องกันท่อเลื่อนหลุด น้ำยาทำความสะอาดพื้นผิว และอุปกรณ์ Tri flow
4. ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติและประกาศใช้แนวทางปฏิบัติฯ กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ให้ความรู้แก่พยาบาล นิเทศข้างเตียง ให้คำปรึกษาขณะปฏิบัติงาน ประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อ VAP
5. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทุกเดือน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินการ		
		2556	2557	2558
อัตราการเกิด VAP	≤ 10% ครั้ง/1,000 vent. Day	16.02	14.26	6.82
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ	≤ 5 วัน	6.0	5.6	5.0
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก	≤ 6 วัน	6.2	5.7	5.1
อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	≥ 85%	79.61	85.07	85.78
อัตราความพึงพอใจผู้ให้บริการ	≥ 85%	85.58	95.63	96.09
อัตราพยาบาลที่ผ่านสมรรถนะในการป้องกันการเกิด VAP	100%	100	100	100
อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด VAP	≥ 85%	72.9	92.8	94.0
จำนวนหน่วยงานที่ขยายผลงาน	1 แห่ง/ปี	0	4	8
จำนวนเอกสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่	1 ครั้ง/ปี	0	1	1

บทเรียนที่ได้รับ:

การปฏิบัติครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างใกล้ชิดมีความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจในแนวทางปฏิบัติตามบริบทของหน่วยงานอันจะนำไปสู่การแก้ไขพัฒนาองค์กรให้สำเร็จและยั่งยืนซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้เมื่อนำไปใช้มีผลทำให้ลดอัตราการเกิด VAP ได้ สถิติปี 2559 พบว่าอัตราการเกิด VAP 4.87 ครั้ง/1,000 vent. Day และมี VAP ZERO เกิดขึ้น 2 เดือน ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล และหน่วยงานได้นำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต และระดับประเทศ

การรักษาแผลไฟไหม้ลึกระดับสองแนวใหม่ (Modern wound care)

จิรพรรณ อินทะวัน, รสรินทร์ ยิ่งยืน

เป้าหมาย: เพื่อศึกษาการใช้วัสดุปิดแผล Silver Ag mesh ในผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ลึกระดับสอง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

การรักษาแผลไฟไหม้ระดับของโรงพยาบาลมหาสารคามประกอบด้วย การตกแต่งบาดแผล การทำความสะอาดแผลด้วย 0.9 NaCl การทาครีมซิลเวอร์ซัลฟาโตอะซิน ชนิด 1 % บริเวณแผล และการปิดแผลด้วยผ้ากอซหลายๆชั้นโดยทำแผลวันละ 1 ครั้งอาจทำแผลในห้องผ่าตัด หรือหออผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อซึ่งผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานมากจากการทำแผล และการชูดเนื้อตาย

จากปัญหาดังกล่าว ทีมหออผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้นำวิธีการทำแผลแบบใหม่ คือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากโลหะเงิน (Silver) คือ Silver Ag mesh ที่ผลิตสาร silver ขนาดเข้มข้น 70-100 ppm มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อได้ดีเป็น Broad Spectrum สามารถฆ่าเชื้อ Aerobic, Anaerobic, Yeast, Antibiotic-Resistant เพราะมีความเข้มข้นของ silver มากกว่าปริมาณที่สามารถฆ่าเชื้อโรค 20-30 เท่า สามารถทิ้งไว้ได้ 5-7 วันโดยไม่ต้องทำแผลบ่อยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดความปวด ลดค่าใช้จ่าย และลดวันนอนในโรงพยาบาล

กิจกรรมการพัฒนา:

1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกไม่ทันสมัย
2. การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากโลหะเงิน (Silver)
3. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการทำแผลแบบใหม่ โดยใช้ แผ่น Silver Ag mesh การทดลองใช้
4. จัดประชุมวิชาการในโรงพยาบาลการ เรื่องการทำแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกแบบใหม่โดยใช้ผลิตภัณฑ์

จากโลหะเงิน (Silver)

การติดตามและประเมินผลการใช้:

ตัวอย่าง การเปรียบเทียบการรักษา ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 42 ปี วินิจฉัย 37 % second degree burn

การทำแผลแบบเดิม	การทำแผลด้วยแผ่น Silver Ag mesh
1. scrub burn ที่ OR ครั้งแรก 2. จากนั้นทำแผลที่ OR วันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยต้องใส่ ET Tube ก่อน เข้า OR ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือ scrub burn ที่ ward -ใช้เวลาทำแผล 1 ชั่วโมง 30 นาทีบุคลากร 2 คน - Top ใหญ่ 14 ห่อ gauze เล็ก 18 ห่อ = 992 บาท - Silver cream 2 กระปุกๆละ 379X2 = 758บาท	1. scrub burn ที่ OR ครั้งแรก 2.การใช้ Silver Ag Mesh ปิดแผล 1. การประเมินแผลไฟไหม้โดยศัลยแพทย์ตกแต่งบาดแผลที่ห้องผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ 2. ใช้แผ่น Silver Ag mesh ซุป 0.9%NSS ปิดให้หมด วางทั่วบริเวณแผล 3. วาง gauze แห้ง ทับอีกชั้น และพันแผลด้วยวัสดุพันแผล

การทำแผลแบบเดิม	การทำแผลด้วยแผ่น Silver Ag mesh
- NSS X2 = 78 บาท - ใช้ morphine แก้ปวด dose ละ 20 บาท รวมประมาณ 1,848 บาท / วันถ้าใช้เวลาทำแผล ประมาณ 30 วัน รวม = 55,440 บาท วันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ประมาณวันละ 7,000 บาท นอน 14 วัน = 9,8000 วันนอนในโรงพยาบาลวันละ 3,300 บาท X 14 วัน = 46,200 รวมค่าใช้จ่าย = 199,640 บาท (แผลลึกระดับสองแผลหายใน 1 เดือน)	4. สังเกตแผลทุกเวร ถ้าแผลซึ้มให้เปลี่ยน Gauze 7. ไม่ต้องลอกแผ่น Silver Ag mesh ออก จนกว่าแผลจะหาย โดยแผ่นจะลอกหลุดออกเอง ค่าใช้จ่ายทำแผล 1 ครั้งใช้ Silver Ag Mesh 6 กล่องๆ ละ 1,400 บาท = 8,400 บาท Top ใหญ่ 14 ห่อ gauze เล็ก 18 ห่อ = 992 บาท รวม = 9,392 บาท นอนในหอผู้ป่วยหนัก 6 วันประมาณวันละ 7000 บาท = 42,000บาท นอนในโรงพยาบาล 8 วัน X 3,300 = 26,400 รวม = 77,792 บาท

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. อัตราผู้ป่วยแผลไฟไหม้ลึกระดับสอง ที่ใช้ Silver Ag mesh ทำแผล	100	60	100	100
2. อัตราผู้ป่วยแผลไฟไหม้ลึกระดับสอง ที่ใช้ Silver Ag mesh หายภายใน 2 สัปดาห์	100	100	100	100
3. ความพึงพอใจผู้ใช้บริการที่ใช้ Silver Ag mesh	80	95	98	98
4. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อการ ใช้ Silver Ag mesh ทำแผล	80	100	100	100

บทเรียนที่ได้รับ:

จากการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาแผลไฟไหม้ระดับสองโดยใช้ผลิตภัณฑ์ Silver Ag mesh พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่า แม้ว่าผลิตภัณฑ์ราคาค่อนข้างสูง แต่เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายรวมพบว่าลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า ต่อมาได้มีการทดลองใช้กับผู้ป่วยแผลไฟไหม้ 5 ราย ผู้ใหญ่ 3 ราย เด็ก 2 ราย ได้ผลเช่นเดียวกัน ดังนั้นกลุ่มงานศัลยกรรมจึงได้กำหนดให้ใช้ Silver Ag mesh รักษาแผลไฟไหม้ลึกระดับสอง

ชุดสายเครื่องช่วยหายใจคีนซีฟ

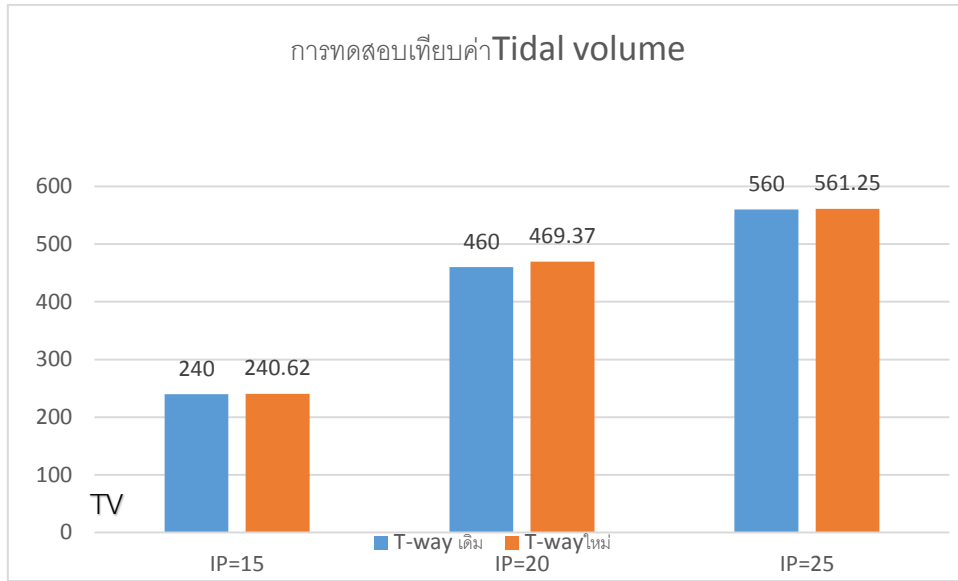
นางเตชินี พรหมเลิศ

เป้าหมาย: ลดความเสี่ยงด้านความไม่เพียงพอของชุดสายBird respiratorให้น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อทดแทนมากกว่า 10 %

ปัญหาและสาเหตุ: จากปัญหาความไม่เพียงพอของเครื่องช่วยหายใจBird respirator ในปี 2557 จำนวน 7 ครั้ง และความไม่พร้อมใช้ของเครื่องช่วยหายใจ Bird respirator ในปี 2557 จำนวน 12 ครั้ง ทำให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จึงมีการวิเคราะห์หาสาเหตุและพบว่าเกิดจากชุดสายมีไม่เพียงพอ 11 ครั้งซึ่งมาจากมีการชำรุดจำนวน 32 ชุดและอุปกรณ์ที่ชำรุดมากที่สุดคือ T-Way ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ต่อเชื่อมระหว่าง Expiratory Valve และตัวนอนซึ่งผลิตจาก.. และพบว่า T-Way ที่ใช้งานอยู่มีการแตกร้าวจากสาเหตุการอบแก๊สในขั้นตอนการทำความสะดวก

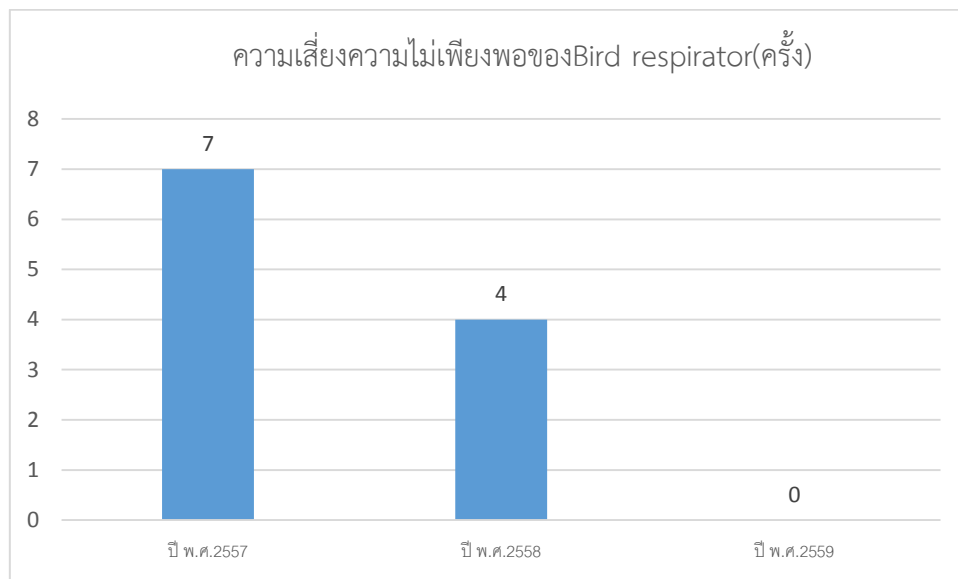
กิจกรรมการพัฒนา:

1. การวิเคราะห์หน้าที่ คุณภาพและราคาของอุปกรณ์พบว่าT-way เก่าเมื่อทำการอบแก๊สประมาณ 2 ปีจะเริ่มมีการแตกร้าว มีอายุการใช้งานประมาณ 3 ปี และ 1 ชิ้นมีราคา 1,800 บาท(อ้างอิงราคาซื้อปี2557)
2. หาอุปกรณ์ที่สามารถใช้แทน T-Way ได้โดยมีประสิทธิภาพเท่ากันหรือมากกว่าพบว่ามี T-Way ในชุดสายเครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรกำหนดรอบทำจากซิลิโคนมีความยืดหยุ่นสามารถอบแก๊สได้และใช้งานได้จนกว่าจะไม่มีคามยืดหยุ่น (มีอายุการใช้งานมากกว่า 5 ปี) ราคา 1,600 บาท/ชิ้น และมี T-Way ซิลิโคนของชุดสายที่ชำรุดจำนวน 41 ชิ้น ซึ่งเก็บสำรองไว้เป็นอะไหล่และมีคุณภาพดี
3. ทดลองประกอบเข้ากับชุดสายเครื่องช่วยหายใจ Bird respirator จำนวน 32 ชุดและทำการทดสอบประสิทธิภาพเทียบค่ากับT-way เดิมจำนวน 3 ค่า/เครื่องพบว่าที่ IP(Inspiratory pressure) 15 cmH₂O T-Way เดิมได้ Tidal volume(TV) 240 cc และT-Way ใหม่ได้ 240.62 cc ที่ IP = 20 cmH₂O T-Wayเดิมได้ TV = 460 cc และ T-Way ใหม่ได้ TV = 469.37 cc และที่ IP = 20 cmH₂O T-Way เดิมได้ TV = 560 cc และ T-Way ใหม่ได้ TV = 561.25 cc
4. นำเสนอในคณะกรรมการศูนย์เครื่องมือแพทย์พิจารณาเห็นชอบและนำออกใช้งาน



การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

1. ความเสี่ยงจากความไม่เพียงพอของเครื่องช่วยหายใจจากสาเหตุชุดสายไม่เพียงพอลดลงในปี 2558 เกิด 4 ครั้งและในปี 2559 ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น



2. ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อT-way จำนวน 32 ชิ้น ราคาชิ้นละ 1,800 บาท รวมเป็นเงิน 57,600 บาท

บทเรียนที่ได้รับ: การนำชุดสายเครื่องช่วยหายใจที่เลิกใช้งานมาประยุกต์ใช้ทำให้สามารถนำกลับมาใช้งานได้อีกครั้งอย่างมีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายและทำให้ชุดสายเครื่องช่วยหายใจมีความเพียงพอในการใช้งาน

ช่วยประหยัดค่าถุงค่าตรวจแล็บโดยการตรวจสอบประวัติผู้บริจาคโลหิตด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใน
หน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลมหาสารคาม
นายณรงค์ ภูนาขาว

เป้าหมาย: ประหยัดค่าถุงค่าตรวจแล็บโดยการตรวจสอบประวัติผู้บริจาคโลหิตด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลมหาสารคาม

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ผู้บริจาคโลหิตรายเก่า ในหน่วยบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ มีผลการตรวจ Infectious marker Positive กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ตรวจสอบเจอหลังบริจาคโลหิตไปแล้ว ต้องทำลายถุงเลือดทิ้ง ทำให้มีค่าใช้จ่ายค่าถุง ค่าตรวจ Infectious marker ค่าตรวจ NAT มูลค่าปีละหลายหมื่นบาท และการลดลงของแอนติบอดีบางช่วงทำให้ตรวจไม่เจอเชื้อ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยรับเลือดและผู้ปฏิบัติงาน

กิจกรรมพัฒนา: พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบประวัติผู้บริจาคโลหิตทุกรายที่เป็นรายเก่าในหน่วยบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ เพื่อคัดกรองผู้ที่มีผลการตรวจ Infectious marker Positive ไม่ให้กลับมาบริจาคซ้ำอีกและได้ให้คำแนะนำการเจาะเลือดซ้ำเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไปช่วยลดค่าถุงค่าตรวจโรค

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: จำนวนผู้บริจาคที่มีผลการตรวจ Infectious marker Positive ตั้งแต่ พ.ศ.2550-2558 มีทั้งหมด 5,197 ราย รายใหม่ 4,530 รายเก่าที่กลับมาตรวจสอบด้วยคอมพิวเตอร์เจอก่อน 666 ราย ประหยัดค่าถุงค่าตรวจโรคได้ปีละประมาณ 60,000-100,000บาทและมีแนวโน้มลดลงทุกปี

บทเรียนที่ได้รับ: ผู้บริจาคโลหิตยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการบริจาคโลหิต บางส่วนมาเพื่อการตรวจโรค ควรมีการค้นข้อมูลประวัติก่อนบริจาคโลหิตทุกราย เพื่อลดความเสี่ยงและช่วยประหยัดค่าถุงค่าตรวจโรค

ลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ

พุทธกัญญา นารตศิลป์, ปารีชาติ หิตายะโส

สรุปผลงาน:

จากผลดำเนินการโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำหัตถการในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจตั้งแต่เดือนเมษายน – พฤษภาคม 2559 มีจำนวน 12 ครั้ง พบปัญหาการเตรียมอุปกรณ์ล่าช้าจำนวน 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 (ล่าช้า คือใช้ระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์มากกว่า 5 นาที ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับคำสั่งแพทย์ เตรียมอุปกรณ์ จนถึงแพทย์ลงมือทำหัตถการเฉลี่ย 10–15 นาที) และขณะทำการหัตถการอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานหรือจัดอุปกรณ์ไม่ครบจำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.66 ดังนั้น จึงได้นำโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการเข้ามาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจตั้งแต่เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2559 ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการทำหัตถการทั้งหมด 15 ครั้ง เริ่มจับเวลาในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือตั้งแต่รับคำสั่ง จนถึงแพทย์ลงมือทำหัตถการ ใช้เวลาทั้งหมดเฉลี่ยครั้งละ 3–5 นาที ปัญหาการเตรียมอุปกรณ์ล่าช้าจำนวน 0 ครั้ง และขณะทำการหัตถการอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งานหรือจัดอุปกรณ์ไม่ครบ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25

เป้าหมาย:

- เพื่อช่วยลดขั้นตอนหรือระยะเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ
- เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ
- เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจให้บริการผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตนั้น จำเป็นจะต้องมีการทำหัตถการที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้เช่น การทำหัตถการการใส่ C – line, A – line, TPM ซึ่งหัตถการเหล่านี้จำเป็นต้องมีความรวดเร็วและพร้อมเพียงทั้งในด้านอุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากร จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนเมษายน – พฤษภาคม 2559 จำนวน 92 ราย มีการทำหัตถการที่สำคัญคือ การใส่ C – line, A – line, TPM จำนวน 12 ครั้ง ซึ่งถือว่ามีการทำหัตถการค่อนข้างมาก เพื่อให้การทำหัตถการไม่ล่าช้า ประสบผลสำเร็จและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ งานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่ยังขาดความพร้อมในด้านอุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์ วางอยู่คนละที่ที่ต้องเสียเวลาในการเดินหาอุปกรณ์ บุคลากรมีจำนวนน้อย และมีบุคลากรใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน จึงทำให้การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการค่อนข้างล่าช้าและจัดเตรียมอุปกรณ์ไม่ครบ ดังนั้น จึงได้ทำโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการขึ้นมาใช้ในหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรสะดวกในการหยิบใช้ ลดขั้นตอนและเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งแต่เดิมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ในการทำหัตถการจะวางอยู่คนละที่ ทำให้เสียเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ หรือจัดเตรียมอุปกรณ์ไม่เพียงพอประกอบ

กับเวลาที่เร่งรีบ บุคลากรมีจำนวนน้อย จึงทำให้การทำหัตถการเกิดความล่าช้า ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย บุคลากรไม่พึงพอใจต่อการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำหัตถการ

กิจกรรมพัฒนา:

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ประเมินปัญหา อุปสรรค ในหน่วยงาน/การปฏิบัติงาน
2. วิเคราะห์ปัญหา พบว่าการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำหัตถการเกิดความล่าช้าเนื่องจาก
 - เดินหาอุปกรณ์
 - อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ วางอยู่คนละที่
 - มีบุคลากรใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน
3. นำเสนอโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการต่อที่ประชุม ประจำเดือนงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โดยการสอบถามความคิดเห็นจากบุคลากรในหน่วยงาน
4. ผู้นำเสนอโครงการสรุปแนวทางที่มีความเป็นไปได้และวางแผนรูปแบบกิจกรรม
5. ประชาสัมพันธ์โครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจตรงกัน
6. ติดตามและประเมินผล
7. สรุปผลประเมิน ปรับปรุง และพัฒนาโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการต่อไป

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

- ระยะเวลาเฉลี่ยของการเตรียมอุปกรณ์ < 5 นาที
- เตรียมอุปกรณ์ครบถ้วน = 100%
- ความพึงพอใจของบุคลากร > 90%
- จากผลการดำเนินงานโครงการลดขั้นตอน/ลดระยะเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดและการประเมินผลระยะเวลาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการและการเตรียมอุปกรณ์ครบถ้วนในระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2559 จำนวนผู้ป่วยทำหัตถการ 15 ครั้ง
 - รวมระยะเวลาเฉลี่ยการเตรียมอุปกรณ์ 3 - 5 นาที
 - เตรียมอุปกรณ์ไม่ครบถ้วน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.33
 - ความพึงพอใจของบุคลากร 95 %

บทเรียนที่ได้รับ:

- บุคลากรในหน่วยงานเกิดความรัก ความสามัคคีในการร่วมกันจัดทำโครงการ
- เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานสนับสนุนให้ทีมมีประสิทธิภาพ

Safety locks A – line

พุทธกัญญา นารณศิลป์, ปาริชาติ หิตายะโส

สรุปผลงาน: จากผลการดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจที่ได้รับการทำ Invasive monitoring A – line ตั้งแต่เดือน เมษายน – มิถุนายน 2559 จำนวน 5 ราย เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E คือ A – line เลื่อนหลุดจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และหักปั๊มจางจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ดังนั้นหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงได้ทำการศึกษาข้อมูล Invasive monitoring: A – line, CVP และได้นำมาคิดค้นการทำนวัตกรรม Safety lock A – line ขึ้นมาทดลองใช้กับผู้ป่วยตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2559 จำนวน 4 ราย เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง A – line เลื่อนหลุดจำนวน 0 ราย เกิดการหักปั๊มจางจำนวน 0 ราย

เป้าหมาย:

- 1) เพื่อใช้ในการตรึงแขนหรือข้อมือผู้ป่วยที่ใส่สายวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (Aterail line)
- 2) เพื่อไม่ให้สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (Aterail line) เลื่อนหลุดหรือหักปั๊มจาง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อกเกือบทุกรายที่ได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ แพทย์จำเป็นจะต้องใส่สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (Aterail line) เพื่อเฝ้าติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยประเมินอาการและให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งการดูดเลือดจากสาย Aterail line เพื่อส่งตรวจติดตามผลการรักษาได้เช่น ส่งตรวจ ABG บริเวณที่แพทย์ใส่สายวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง (Aterail line) จะเป็นเส้นเลือดแดงบริเวณข้อมือหรือข้อพับ ได้แก่ radial artery, Ulnar artery หรือ Brachial artery ซึ่งเมื่อผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี หรือผู้ป่วยตื่น กระสับกระส่ายไม่รู้สติ ก็จะขยับแขนหรือข้อมือไปมา มีโอกาสทำให้หักปั๊มจางหรือเลื่อนหลุดได้ ซึ่งถ้าหากมีการหักปั๊มจางหรือเลื่อนหลุดก็จะทำให้การเฝ้าติดตามความดันโลหิตผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพและอาจส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้และในบางครั้งทำให้แพทย์ต้องมีการใส่สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงใหม่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยและล่าช้าในการรักษา เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในอดีตจะใช้พลาสติกเหนียวผ้าพันยึดติดกับมือผู้ป่วย พบว่ายังเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดและหักปั๊มจางของสายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงและนอกจากนั้นยังไม่สะดวกในการดูแลสาย ผู้ป่วยไม่สุขสบาย

กิจกรรมพัฒนา:

1) ขั้นตอนการเตรียมการ

- ค้นหาปัญหา จากการรายงานความเสี่ยงประจำเดือนพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง
- รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงตั้งแต่เดือน เมษายน – มิถุนายน 2559
- วิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง

- คิดค้นนวัตกรรม Safety lock A – line และนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ
- 2) **ขั้นตอนการ:** จัดทำ นวัตกรรม Safety lock A – line โดยใช้อุปกรณ์ ดังนี้
 - ท่อพีวีซีเหลือใช้ ขนาด 10*20 ซม. สำหรับผู้ที่มีแขนขนาดใหญ่และขนาด 8*10 ซม. ผู้ที่มีแขนขนาดเล็ก ตัดท่อพีวีซีให้เป็นรูปโค้งนูนบริเวณข้อมือ
 - ตัดผ้าเศษเหลือใช้เย็บเป็นถุงผ้ามีซิปปิดด้านข้างเพื่อใช้เป็นปลอกปิดท่อพีวีซี
 - นำ tunique ผ้ามาติดที่ถุงผ้าทั้งสองด้าน
 - นำ Safety lock A – line มาวางใต้ข้อมือที่ใส่สาย Aterial line แล้วนำยางเส้นแรกรัดบริเวณเหนือข้อมือ ส่วนอีกเส้นรัดระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ให้แน่นพอสมควร
- 3) ติดตามประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

- 1) อุบัติการณ์เลื่อนหลุดหรือหักพังของสายสวนวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (Aterial line) ภายใน 48 ชั่วโมง 0 ราย/เดือน
- 2) ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้นวัตกรรม Safety lock A – line มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 อัตราการเลื่อนหลุด หรือหักพังของสาย Aterial line ก่อนใช้ นวัตกรรม Safety lock A – line และหลังนวัตกรรม Safety lock A – line ใช้ภายใน 48 ชั่วโมง ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

เดือน/ปี	จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ A - line	อุบัติการณ์เลื่อนหลุด (ราย)	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	อุบัติการณ์หักพัง (ราย)	คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
เม.ย.59	2	0	0	1	50
พ.ค.59	2	0	0	2	100
มิ.ย. 59	1	1	100	0	0
ก.ค.59	2	0	0	0	0
ส.ค.59	2	0	0	0	0

จากผลการดำเนินการใช้นวัตกรรม Safety lock A – line การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดและการประเมินผลอุบัติการณ์เลื่อนหลุดและหักพังของ Aterial line เก็บข้อมูลจากการสังเกตอุบัติการณ์และการติดตามรายงานผลความเสี่ยงประจำเดือนในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2559 จำนวนผู้ป่วยที่ใส่สายสวนวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำจำนวน 4 ราย พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์

เลื่อนหลุดและหักพังอ ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจต่อการใช้นวัตกรรม Safety lock A – line อยู่ในระดับมาก เกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าร้อยละ 80

บทเรียนที่ได้รับ: การทำหัตถการการใส่สายสวนวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (Aterial line) เป็นหัตถการที่มีความสำคัญในการประเมินผลการรักษาและติดตามระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ดังนั้นหน่วยงานจึงพัฒนานวัตกรรมที่มาช่วยลดความเสี่ยง เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้นง่ายมีราคาต้นทุนต่ำ

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลการฉีดยา Enoxaparin

ไกรสร เททอง

สรุปผลงาน: จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยา Enoxaparin ตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2559 จำนวน 15 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จุดจ้ำเลือด ก้อนเลือด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงได้นำแนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin โดยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวปฏิบัติการใช้ยา Enoxaparin ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนกร คงคา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (Cardiac Care Unit) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม จำนวน 12 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์มีจุดจ้ำเลือด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลงจากเดิม เมื่อนำแนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin มาใช้

เป้าหมาย: 1) เพื่อลดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น รอยจ้ำเลือด หรือก้อนเลือดจากการฉีดยา Enoxaparin 2) เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin ที่เป็นแนวทางเดียวกัน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ได้มีการนำเอายาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (Low Molecular Weight Heparin: LMWH) เข้ามาใช้ในการรักษา ชนิดที่ใช้ในปัจจุบันคือ Enoxaparin แต่ปัญหาที่พบในการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดนี้ คือ เกิดรอยเลือด, รอยจ้ำเลือด, ก้อนเลือด (Hematoma) ตรงตำแหน่งบริเวณที่ฉีดยา บางรายมีรอยขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ วิตกกังวล และบางรายพบว่ามีอาการปวดแสบ ปวดร้อนขณะและหลังฉีดยา นอกจากนี้การบริหารยาละลายลิ่มเลือดกลุ่มเฮปารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ มีการบริหารยา โดยการฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ห้ามฉีดชั้นกล้ามเนื้อ เพราะตัวยามีความสามารถดูดซึมได้ดีในชั้นใต้ผิวหนัง ดังนั้น เทคนิคการฉีดยาจึงมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยา จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (Cardiac Care Unit) ที่เข้ารับการรักษาด้วย (Acute Coronary Syndrome : ACS) ตั้งแต่เดือนเมษายน - มิถุนายน 2559 มีจำนวน 60 ราย ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยา Enoxaparin จำนวน 15 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนมีจุดจ้ำเลือดจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33

จากปัญหาที่ได้ในหน่วยงานพบว่า: ขั้นตอนการปฏิบัติ, การประเมิน, การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา Enoxaparin ยังมีความหลากหลาย ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การฉีดยา Enoxaparin จึงได้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การฉีดยา Enoxaparin ขึ้นมาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (Cardiac Care Unit) โดยคาดหวังว่า จะลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา Enoxaparin และพยาบาลวิชาชีพในงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (Cardiac Care Unit) ให้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

กิจกรรมการพัฒนา:**ขั้นตอนการเตรียมการ**

- 1) พบปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin มีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ มี hematoma 2 ราย Ecchymosis 3 ราย และมีอาการปวดแสบ ปวดร้อน หลังฉีดยา
- 2) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์
- 3) ศึกษาข้อมูลการฉีดยา Enoxaparin แนวปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin และจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การฉีดยา Enoxaparin เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการ

นำแนวทางปฏิบัติ การฉีดยา Enoxaparin มาใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin

แนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin:

- 1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับฉีดยา ประกอบด้วย สำลีแห้งพร้อม Micropore/สำลีชุบ 70 % Alcohol/ ยาฉีดยา Enoxaparin/Cold pack
- 2) จัดทำผู้ป่วยในท่านอนราบ ชันเข้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งให้หน้าท้องหย่อน
- 3) เตรียมยาฉีดยา Enoxaparin ตามแพทย์สั่ง โดยไม่ไล่ฟองอากาศออก
- 4) เลือกตำแหน่งฉีดยาบริเวณหน้าท้องด้านข้างลำตัว ห่างสะดืออย่างน้อย 2 นิ้ว ฉีดยาสลับกันซ้ายขวา
- 5) เมื่อฉีดยาครั้งต่อไป ให้ห่างจากจุดเดิม 1 นิ้ว สลับกันซ้ายขวา
- 6) ก่อนฉีดยาให้ประคบ Cold pack บริเวณที่จะฉีดยา 5 นาที เพราะความเย็นจะช่วยลดปวด
- 7) ใช้สำลีชุบ 70 % Alcohol เช็ดบริเวณที่จะฉีดยา
- 8) จับผิวหนังบริเวณที่ต้องการฉีดยา ดึงขึ้นด้วยหัวแม่มือและนิ้วชี้
- 9) แตะเข็มในแนวตั้งฉาก 90 องศา แล้วดันยาจนสุด ระหว่างฉีดยาให้ดึงผิวหนังขึ้นตลอดเวลาที่ฉีดยา ไม่ต้องดึงแกนกระบอกฉีดยา เพื่อทดสอบตำแหน่งว่าปลายเข็มเข้าเส้นเลือดหรือไม่
- 10) ดึงเข็มฉีดยาออกไปในแนวตรง และระหว่างดึงเข็มออกยังไม่ต้องปล่อยมือข้างที่ดึงผิวหนัง
- 11) ใช้สำลีแห้งกดเบาๆบริเวณที่ฉีดยา 30 วินาที และห้ามนวดหรือคลึงบริเวณที่ฉีดยา
- 12) นำ Cold pack มาวางตำแหน่งหลังฉีดยา 5 นาที
- 13) เก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย และลงบันทึกการให้ยา
- 14) ติดตามดูอาการไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น รอยเลือด, จำเลือด, ก้อนเลือด โดยประเมินทุก 8 ชั่วโมง และลงบันทึกในกิจกรรมการพยาบาล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:**เครื่องชี้วัด**

- 1) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา Enoxaparin ลดลง 10 %
- 2) พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin 100 %

จากผลการดำเนินงานการนำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการฉีดยา Enoxaparin มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (Cardiac Care Unit) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม จำนวน 12 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์มีจุดจ้ำเลือด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลงจากเดิม เมื่อนำแนวทางปฏิบัติการฉีดยา Enoxaparin มาใช้

บทเรียนที่ได้รับ: ยา Enoxaparin เป็นยาที่มีผลต่อการเกิดการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเลือดออก ผิดปกติได้ และเทคนิคการฉีดยามีผลต่อการเกิดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการออกฤทธิ์ของยา ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หน่วยงานจึงจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การฉีดยา Enoxaparin เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยา Enoxaparin

นวัตกรรมความทรงจำสี่รัฐ

พุทธกัญญา นารถศิลป์, นาทยา สุมาลา

สรุปผลงาน: จากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยในการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำที่ใช้ set IV, heparin lock ในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตั้งแต่เดือนเมษายน – มิถุนายน 2559 จำนวน 146 ราย ปรากฏว่ามี phlebitis 1 รายและไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ แต่เพื่อสร้างความเข้าใจ การตระหนักถึงความสำคัญ ในการนับวันอายุการใช้งานของสายน้ำเกลือในผู้ป่วยให้ตรงกัน จึงมีการคิดค้นนวัตกรรมความทรงจำสี่รัฐ มาทดลองใช้เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2559 ปรากฏว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ จำนวน 103 ราย พบว่าไม่มี phlebitis และไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำเกิดขึ้น

เป้าหมาย: เพื่อสร้างความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการเปลี่ยนสายน้ำเกลือ และเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ ส่วนมากนั้นจะเป็นยากลุ่มความเสี่ยงสูง ซึ่งแม้จะมีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานคือการ care IV เพื่อประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น Phlebitis และการติดเชื้อที่สายน้ำเกลือเพื่อป้องกันวันที่ครบเปลี่ยน เนื่องจากการผสมยาในสารน้ำเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจก่อให้เกิดเชื้อโรคได้ แต่ยังคงพบปัญหาว่า บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการนับวันที่และสัญลักษณ์ทำให้เกิดการละเลย ไม่ตระหนักถึงความสำคัญถึงปัญหา จึงมีการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ความทรงจำสี่รัฐขึ้นมาเพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติเดียวกัน สะดวกต่อการใช้งาน ลดระยะเวลาในการให้การพยาบาล

กิจกรรมพัฒนา:

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

- จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ
- วิเคราะห์หาสาเหตุ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- ศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ
- คิดค้นนวัตกรรม ความทรงจำสี่รัฐ และนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

2. ขั้นตอนการ

(2.1) จัดทำนวัตกรรม ความทรงจำสี่รัฐ โดยใช้อุปกรณ์ ดังนี้

- กล่องเล็ก 7 กล่อง
- กล่องใหญ่ 1 กล่อง
- กรรไกร
- กระดาษสี 7สี คือ แดง, เหลือง, ชมพู, เขียว, แสด, ฟ้าม่วง

(2.2) นำกล่องเล็ก มาใส่กระดาษสี (สีในกล่องจะนับถึงวันครบเปลี่ยนสายน้ำเกลือ) ดังนี้

- กล่องวันอาทิตย์ ใสสี ชมพู
- กล่องวันจันทร์ ใสสี เขียว
- กล่องวันอังคาร ใสสี แสด
- กล่องวันพุธ ใสสี ฟ้า
- กล่องวันพฤหัสบดี ใสสี ม่วง
- กล่องวันศุกร์ ใสสี แดง
- กล่องวันเสาร์ ใสสี เหลือง

(2.3) เมื่อเริ่มใช้สายน้ำเกลือหรือ heparin lock ให้นำกระดาศสีที่เตรียมไว้ติดสายน้ำเกลือ เช่น สมมุติว่าวันจันทร์เริ่มใช้ จะได้สีเขียวมาติดที่สายน้ำเกลือ นั้นแปลว่าครบเปลี่ยนสายน้ำเกลือวันพุธ และครั้งต่อไปจะติดกระดาศสีฟ้า ครบเปลี่ยนสายน้ำเกลือวันศุกร์ เป็นต้น

3. ติดตามประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ ลดลง 10 %
2. บุคลากรในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจปฏิบัติตามแนวทางการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำผ่านสายน้ำเกลือ 100 %

บทเรียนที่ได้รับ: เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์เพื่อการดูแลผู้ป่วย มีนวัตกรรมที่อำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานสนับสนุนให้ทีมมีประสิทธิภาพ

นวัตกรรม หมอนทราย สะกดจุด หยุดเลือดไหล

พุทธกัญญา นารณศิลป์, นวพร ธิภาศรี

สรุปผลงาน: ผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลังทำการผ่าตัด การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโดยการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (femoral artery) ปัจจุบันมีการส่งตัวกลับมารักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน เมษายน – มิถุนายน 2559 พบว่าในผู้ป่วยจำนวน 2 ราย เกิด Hematoma บริเวณขาหนีบทั้ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 หลังจากนั้นได้นำนวัตกรรมหมอนทราย สะกดจุด หยุดเลือดไหลมาทดลองใช้กับผู้ป่วย หลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโดยการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (femoral artery) แล้วส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2559 มีจำนวน 1 ราย พบว่า อัตราการเกิด Hematoma เท่ากับ 0 และร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจต่อการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับมาก มากกว่าร้อยละ 80

เป้าหมาย:

- 1) เพื่อลดอุบัติการณ์ Hematoma
- 2) เพื่อพัฒนาหมอนทรายที่มีประสิทธิภาพสำหรับทับแผลที่ขาหนีบหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด
- 3) เพื่อให้พยาบาลงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: จากการศึกษาข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโดยการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (femoral artery) หลังทำแล้ว แพทย์จะดึงท่อนำสายสวนออกและกดแผลห้ามเลือด เมื่อเลือดหยุดไหลแพทย์จะปิดแผลด้วยผ้าก๊อชและพลาสติก หลังจากนั้นจะใช้หมอนทรายทับแผล และยึดตรึงด้วยแถบกาวย่นประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ เช่นการเกิดเลือดออก (bleeding) และการเกิดเลือดออกคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma) เป็นต้น หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตหัวใจทั้งในเขตจังหวัดมหาสารคามและผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน – มิถุนายน 2559 มีจำนวนผู้ป่วยส่งกลับจำนวน 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่หลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 ราย มี 1 ราย ที่พบว่ามี Hematoma บริเวณขาหนีบ เดิมโรงพยาบาลมหาสารคามไม่เคยให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจจึงได้ทำการศึกษาข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด และคิดค้นนวัตกรรมหมอนทราย สะกดจุด หยุดเลือดไหล นี้ขึ้นมาเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยคาดหวังว่าจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด Hematoma และจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจให้ได้รับบริการที่ดีมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

กิจกรรมพัฒนา:**ขั้นตอนการเตรียมการ**

- 1) ค้นหาปัญหา จากการรายงานความเสี่ยงประจำเดือนพบอุบัติการณ์การเกิด Hematoma ในผู้ป่วย หลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์
- 2) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์หลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด และมีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เดือน เมษายน – มิถุนายน 2559
- 3) วิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
- 4) ศึกษาข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด
- 5) คิดค้นนวัตกรรม หมอนทรายสะกดจุด หยดเลือดไหล และนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนงาน หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ

ขั้นตอนการ**วัสดุอุปกรณ์**

1. ผ้าบุหนัง ขนาด 4 X 6.5 นิ้ว จำนวน 3 ผืน
2. ผ้าบุหนัง ขนาด 4 X 40 นิ้ว จำนวน 1 ผืน
3. สายแถบยึดติดตะขาบ ยาว 30 นิ้ว จำนวน 1 ชิ้น
4. ทรายสะอาด น้ำหนัก 1 กิโลกรัม

วิธีการประดิษฐ์

1. ตัดผ้าบุหนังเป็นรูปวงรี จำนวน 3 ผืน แล้วนำมาเย็บติดกันเป็นรูปทรงปิระมิด ให้เว้นช่องด้านหนึ่งไว้สำหรับบรรจุทรายสะอาด
2. เย็บสายแถบยึดติดแบบตะขาบติด 2 ข้าง ของหมอนทราย โดยด้านสั้นยาว 6 นิ้ว ด้านยาวยาว 24 นิ้ว
3. บรรจุทรายสะอาด น้ำหนัก 1 กิโลกรัมในรูปทรงที่เย็บไว้
4. เย็บปิดหมอนทราย
5. นำนวัตกรรมหมอนทราย สะกดจุด หยดเลือดไหล มาวางบริเวณขาหนีบผู้ป่วยด้านที่ แพทย์จะดึงท่อใส่สายสวนออก

ติดตามประเมินผล**การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง:****ตัวชี้วัดผลสำเร็จ**

- 1) อุบัติการณ์การเกิด Hematoma ในผู้ป่วยหลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งตัวกลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์เท่ากับ 0
- 2) ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้นวัตกรรม หมอนทรายสะกดจุด หยดเลือดไหล มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80

จากผลการดำเนินงานการใช้นวัตกรรม หมอนทรายสะกดจุด หยุดเลือดไหล การเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวชี้วัดและการประเมินผลอุบัติการณ์การเกิด Hematoma จากการสังเกตอุบัติการณ์และการติดตามรายงาน ผลความเสี่ยงประจำเดือนในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2559 จำนวนส่งตัว กลับจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์หลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 1 ราย ได้ทดลองใช้นวัตกรรม หมอนทรายสะกดจุด หยุดเลือดไหล พบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์ Hematoma ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ หออภิบาลผู้ป่วยหัวใจต่อการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับมาก เกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าร้อยละ 80

บทเรียนที่ได้รับ: เกิดการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยหัวใจให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพหออภิบาล ผู้ป่วยหัวใจมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังทำการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมบรรยากาศ การเรียนรู้ร่วมกันในงานหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจให้ทีมมีประสิทธิภาพต่อไป

หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันและจัดการภาวะ extravasation ในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลมหาสารคาม
สุนทรทิพย์ ปัตติทานัง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการเกิดการรั่วซึมของสารน้ำหรือยาออกนอกหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะ infiltration และ extravasation หน่วยงานอายุรกรรมจะพบอุบัติการณ์ได้บ่อยและรุนแรงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับอันตรายและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การจัดทำโครงการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำและจัดการภาวะ extravasation อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินโครงการ ดังนี้ 1. ศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัย 2. ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ และการจัดการกับภาวะ extravasation อย่างมีประสิทธิภาพ 4. นิเทศพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 เกี่ยวกับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ extravasation โดยการสอบวัดผลความรู้ก่อนและหลัง 5. ประเมินผลพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวทางปฏิบัติ 6. ประเมินผลลัพธ์การเกิดภาวะ extravasation และภาวะแทรกซ้อน เก็บข้อมูลเชิงสำรวจการเกิดภาวะ extravasation ระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2559 จำนวน 30 ราย โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลการเกิดภาวะ extravasation นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่เกิด extravasation 28 ราย พบว่า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 32 – 85 ปี ปัจจัยที่ทำให้เกิด extravasation ได้แก่ ปัจจัยด้านการเตรียมผู้ป่วย และปัจจัยด้านยา โดยผลการทำ Pre test พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 83 แต่ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะ extravasation ร้อยละ 45 ผลลัพธ์หลังจากพยาบาลใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ พบว่าอัตราการเกิด extravasation ลดลง เป็นร้อยละ 22 (จากเดิมร้อยละ 37) และการจัดการกับการเกิดภาวะ extravasation มีการฟื้นหาย เร็วขึ้นร้อยละ 49 (จากเดิมร้อยละ 12) โดยเดิมการฟื้นหายใช้เวลามากกว่า 72 ชั่วโมง แต่หลังจากใช้แนวทางการดูแลทำให้ลดระยะเวลาการฟื้นหายเป็น 48 ชั่วโมง

การพัฒนางานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) จังหวัดมหาสารคาม ศุภรินทร์ ยิ้มศิริ

เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) จังหวัดมหาสารคามได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Stroke) จังหวัดมหาสารคามไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพภายหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากนักกายภาพบำบัดในพื้นที่ไม่ได้รับข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีช่องทางสื่อสารเชื่อมโยงระหว่างนักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพัฒนา:

1. สร้างช่องทางการสื่อสาร 2 ทาง โดยจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) จังหวัดมหาสารคาม เก็บไว้ที่ Google Drive และสร้างรหัสเพื่อให้ นักกายภาพบำบัดในจังหวัดมหาสารคามสามารถเข้าใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน พร้อมจัดทำคู่มือการใช้ฐานข้อมูล
2. ประชาสัมพันธ์ ติดตามการใช้ฐานข้อมูลและปรับปรุงฐานข้อมูลให้สะดวกต่อการใช้งาน
3. ประเมินผลและส่งกลับข้อมูล เพื่อกระตุ้นให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke) จังหวัดมหาสารคามสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพภายหลังออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีผลของการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

ตัวชี้วัด	1 พ.ย. 2557- 31 ส.ค. 2558	1 เม.ย.2558- 31 มี.ค. 2559
1.ความครอบคลุมของการติดตามฟื้นฟูสภาพ	61.06 (185/303)	56.06 (245/437)
2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น > ๐ คะแนน	80.28 (228/284)	88.53 (386/426)

บทเรียนที่ได้รับ: Internetในปัจจุบันมีสิ่งใหม่ๆเกิดขึ้นมากมาย หากเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ขึ้นอย่างมาก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกับผลงานนี้ที่ทำให้เกิดบริการการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในจังหวัดมหาสารคามทั้งจังหวัด และส่งผลดีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การพัฒนาระบบการให้บริการ รับ-แลกอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ งานศูนย์จ่ายกลาง โรงพยาบาลมหาสารคาม

นางนลินรัตน์ นุริตานนท์

งานศูนย์จ่ายกลาง (CSSD.) โรงพยาบาลมหาสารคาม มีภารกิจหลักในการให้บริการ รับอุปกรณ์ปนเปื้อนมาล้างทำความสะอาด - จัดชุดอุปกรณ์ - ทำปราศจากเชื้อ - จำหน่ายจ่ายเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์แก่หน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลมหาสารคาม 42 หน่วยงาน ศูนย์ชุมชนทั้ง 4 ศูนย์ + รพ.สต. 17 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลอำเภอ โดยให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ เพื่อนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีรายการชุดเครื่องมือบริการ และเวชภัณฑ์ทั้งหมด 320 รายการ ปริมาณชุดเครื่องมือในการรับบริการเฉลี่ย ประมาณ 2,000 - 2,500 ชุด/วัน (เฉพาะอุปกรณ์หมุนเวียนทั่วไป) และ ชุดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ มียอดผลิต-จ่าย จำนวน 250 ชุด/วัน

รูปแบบและวิธีการรับบริการเดิม คือ หน่วยงานต่างๆ ที่มารับบริการกรอกข้อมูลชื่อชุดเครื่องมือ - เครื่องมือย่อย-จำนวนชิ้น ลงชื่อผู้ตรวจนับ และนำเครื่องมือมาแลกที่งาน CSSD. อุปกรณ์งานเครื่องช่วยหายใจเจ้าหน้าที่งาน CSSD. ตรวจสอบ ชื่อชุดจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือที่ต้องการแลกให้ครบถ้วนกับใบแลกเมื่อได้รับการตรวจนับครบถ้วนแล้ว ผู้รับแลกชุดอุปกรณ์ช่วยหายใจ นำไปไปยื่นแลกชุดอุปกรณ์ที่ทำ Sterile แล้วที่ห้องปราศจากเชื้อ

จากรูปแบบและวิธีการดังกล่าว พบว่า มีขั้นตอนบริการที่ซับซ้อน เสียเวลา ทำให้เกิดความไม่สะดวกใช้ทรัพยากรมากโอกาสผิดพลาดจากการกรอกรายการไม่ชัดเจน งาน CSSD. จึงได้ศึกษาวิเคราะห์ วางแผนการจัดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการแบบใหม่ ด้วยการนำระบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาติดตั้งเป็นระบบการรับ-แลก ผ่านระบบ Online โดยใช้โปรแกรมพัสดุ แทนการใช้ใบรับแลก ที่กรอกด้วยลายมือ รวมทั้งการจัดระบบการขนส่ง (logistics) เครื่องมือ เครื่องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบการบริการแบบ one stop service โดยมีบุคลากรของงาน CSSD. เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการให้บริการรับ-ส่ง เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์แทนบุคลากรหน่วยงานต่างๆ

คนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับความอุปการณ์ครบถ้วน

นายพิชัยรัตน์ ฉิมพลี

เป้าหมาย:

- 1) คนพิการขาขาดได้รับความอุปการณ์และเครื่องช่วยความพิการเหมาะสมตามสภาพความพิการ
- 2) คนพิการขาขาดสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข
- 3) คนพิการได้รับความสะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงบริการตามสิทธิการรักษา

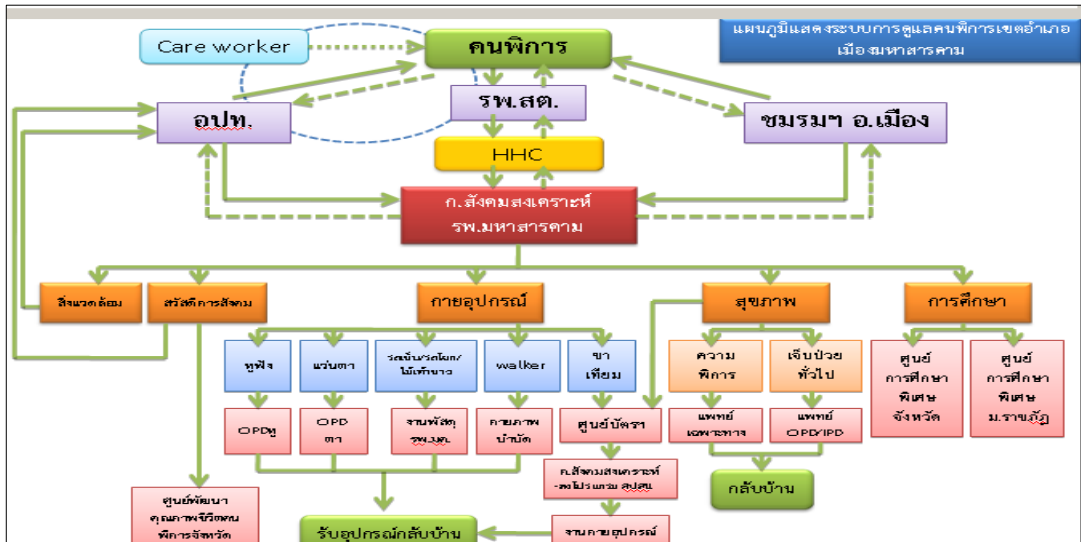
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

จังหวัดมหาสารคามมีคนพิการที่จดทะเบียนแล้ว 26,291 ราย เป็นคนพิการแขนขาขาด 425 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.62 ของคนพิการที่จดทะเบียนแล้วทั้งจังหวัด และแยกเป็นคนพิการขาขาด จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.11 ของคนพิการขาขาดในจังหวัดมหาสารคาม ในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 นั้น โรงพยาบาลมหาสารคามรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดบริการให้คนพิการในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้กับคนพิการขาขาด เช่น ขาเทียม อุปกรณ์เครื่องช่วยการเดินหรือรถนั่งคนพิการ ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับให้บริการคนพิการขาขาด

ดังนั้น เพื่อให้คนพิการแขนขาขาดได้เข้าถึงบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมทุกด้าน โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้จัดทำโครงการคนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับความอุปการณ์ครบถ้วนให้แก่คนพิการทางการเคลื่อนไหวในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา: การดำเนินงานตั้งปี 2557 ถึงปี 2559

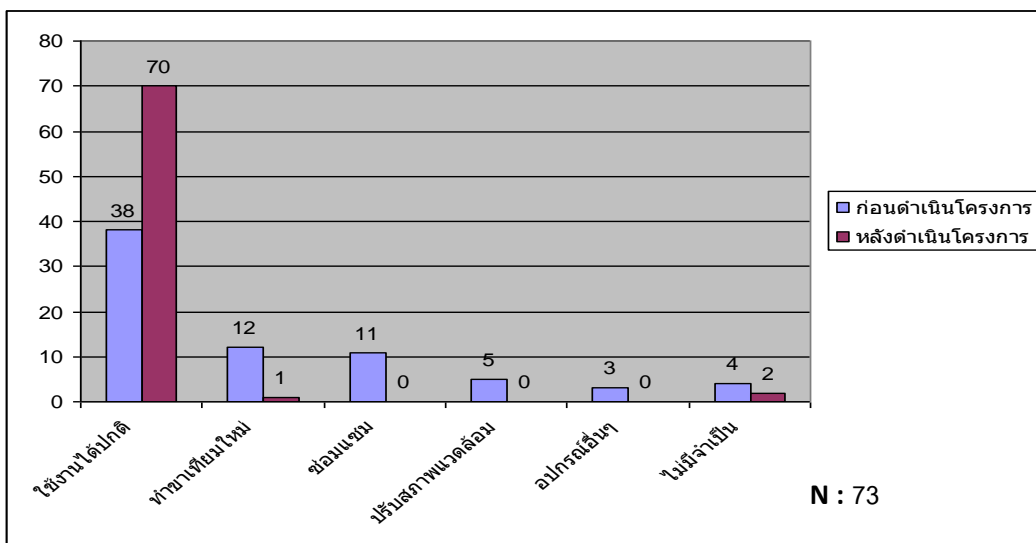
- 1) รวบรวมข้อมูลคนพิการอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- 2) สํารวจข้อมูลเยี่ยมบ้านคนพิการขาขาดโดยโดยทีมสหวิชาชีพและใช้แบบสำรวจ ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ในค้นหา ตรวจ ประเมิน คัดกรอง ความต้องการ การรับอุปการณ์ที่เหมาะสมกับความพิการและใช้ชีวิตประจำวัน
- 3) จัดทำทะเบียนคนพิการขาขาดอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- 4) การบันทึก/วิเคราะห์ข้อมูล คนพิการขาขาด ลงในโปรแกรมโครงการพิเศษคนพิการขาขาด สปสช.
- 5) การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมแก่คนพิการและครอบครัว โดยประสานทรัพยากรทางสังคมและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับคนพิการขาขาด
- 6) การผลิตขาเทียม/ซ่อมแซมขาเทียมและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- 7) การติดตามประเมินผลการใช้กายอุปกรณ์และความพึงพอใจโดยทีมสหวิชาชีพ
- 8) สรุปผลการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงานในทุกรอบปีงบประมาณ 2557-2559



แผนภูมิแสดงระบบการดูแลคนพิการเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 73 ราย ได้รับบริการกายอุปกรณ์และบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสมของความพิการ จำนวน 73 คน (มีคนพิการตัดขารายใหม่ อยู่ระหว่างรอรับขาเทียม 2 คน)



ตารางแสดงผลการดำเนินโครงการคนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน

บทเรียนที่ได้รับ: 1) ฐานข้อมูลคนพิการในแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านคนพิการไม่เป็นปัจจุบันและข้อมูลครบถ้วน 2) สิทธิการรักษาในการเข้าถึงการได้รับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการของแต่ละสิทธิ มีความแตกต่างกันในการรับบริการ 3) ได้รับกายอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม/ไม่ถูกประเภทกับการใช้งานในชีวิตประจำวัน 4) การทำงานกับภาคีเครือข่าย ทำให้การทำงานมีความสำเร็จมากที่สุด 5) การขาดความรู้ในขั้นตอนการปฏิบัติและสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง

การศึกษาการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ Emergency Severity Index: ESI งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

คณิงนิจ ศรีษะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

สรุปผลงานโดยย่อ: การคัดกรองผู้ป่วย(Triage) งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม เดิมใช้การTriage เป็น 3 ระดับคือ Emergency Urgency และ Non Urgency (E : U : N) ตามสำนักงานกองการพยาบาลซึ่งพบปัญหากรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการกำกวมระหว่าง Emergency กับ Urgency ที่ได้รับการตรวจล่าช้า ผู้ป่วยรอนานจนกระทั่งอาการทรุดหนักลงได้

เพื่อลดปัญหาดังกล่าวข้างต้น งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้นำวิธีการคัดกรอง (Triage) ตามหลัก Emergency Severity Index (ESI ของประเทศสหรัฐอเมริกา) ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ) นำมาใช้ในประเทศไทยเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ

เป้าหมาย: 1) การคัดกรองถูกต้อง 100 % 2) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ 100 %

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : สถานะการเจ็บป่วยปัจจุบัน พบว่าการเจ็บป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง และจากอุบัติเหตุ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้บริการผู้ป่วยที่หลากหลายสาขาโรค ที่มีความเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก การคัดกรองผู้ป่วยตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นขบวนการทางการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความเร่งด่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบตามแนวทาง การคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) 5 ระดับ เพื่อให้มีความละเอียด และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการทรุดลงที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และลดภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย จากสถานะการทำงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ยังพบว่าการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง Emergency Severity Index (ESI) 5 ระดับ มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ได้รับการคัดกรองไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรม การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองบัวระเหว ถูกต้อง ปี 2555 = 87% นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยมีการคัดกรอง Over triage/Under triage ในอัตราสูง และจากการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรีถูกต้อง ปี 2556 = 99.87 % จากการตรวจสอบเวชระเบียน ย้อนหลัง นอกจากนี้ การคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลโพธาราม ถูกต้อง 2552 = 80%

จากข้อมูลดังกล่าว มีหลายโรงพยาบาลได้นำการคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง Emergency Severity Index (ESI) 5 ระดับไปใช้ในหน่วยงาน มีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้เหมาะสมและเข้ากับบริบท ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงมีความสนใจศึกษาการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กิจกรรมการพัฒนา: 1) ให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Emergency Severity Index : ESI ให้กับพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สำหรับคัดกรองผู้ป่วย งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 3) จัดทำคู่มือการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 4) นำเสนอและสื่อสารการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับตามหลักฐาน Emergency Severity Index : ESI ในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ให้กับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 5) เก็บรวบรวมและประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: 1) การประเมินผลการคัดกรองผู้ป่วย โดยแพทย์และพยาบาลหัวหน้าเวรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามตัวชี้วัด QA ในแต่ละเวร 2) การประเมินการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการ Audit chart การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สภาการพยาบาลตามมาตรฐาน 3) ความคิดเห็นของพยาบาลคัดกรองต่อการใช้การคัดกรอง MESI ใช้แบบสอบถาม 4) ความคิดเห็นของผู้ใช้ บริการ การคัดกรอง MESI ใช้แบบสอบถาม

บทเรียนที่ได้รับ: บุคลากรมีประสบการณ์หรือทักษะความรู้ในการคัดแยกแตกต่างกัน เครื่องมือในการคัดกรอง ไม่เพียงพอและสะดวกต่อการบริการผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยมีจำนวนมาก เครื่องวัดความดันมี 1 เครื่องปรอทสำหรับวัดไข้ แดกบ่อย ผู้รับบริการไม่เข้าใจการคัดกรอง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ Total case

คณิงนิจ ศรีชะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

เป้าหมาย: 1) มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (primary nursing) หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 2) จำนวนอุบัติเหตุการณผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง/อาการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้รับการประเมินและ/หรือไม่ได้รายงานแพทย์อย่างถูกต้อง ทันเวลา 0 ครั้ง 3) ผู้ให้บริการพึงพอใจ ต่อการให้บริการแบบเจ้าของไข้ (primary nursing)

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด่านหน้า ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยเพิ่มเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุจากสถิติการดูแลผู้ป่วย ปี 2557- 2559 มีผู้ป่วยมารับบริการ 52,477 48,526 และ 48,566 ตามลำดับ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรอง การพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การส่งต่ออาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยตลอดจนการนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย ขบวนการเหล่านี้ต้องเกิดความต่อเนื่องกันและเพื่อให้เกิดคุณภาพในการรักษาพยาบาล มีประสิทธิภาพทุกขั้นตอน ต้องอาศัยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารเป็นต้น ฉะนั้นเพื่อให้มีคุณภาพในการบริการ การดูแลผู้ป่วย ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงได้จัดทำแผนขบวนการดูแลผู้ป่วยขึ้น โดยทำการวิเคราะห์จากขบวนการหลัก การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและเลือกปัญหาที่มีความสำคัญ ต่อผู้มารับบริการสูงสุด เป็นปัญหาเร่งด่วน และโอกาสสำเร็จมากที่สุด มาศึกษาก่อน ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กิจกรรมการพัฒนา: 1) นำเสนอปัญหาการดูแลผู้ป่วยภายในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) นำเสนอและให้ความรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing) 3) พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการดูแลผู้ป่วยประจำเวร 4) เก็บข้อมูลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ 5) ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Primary nursing ในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : 1) การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing) พยาบาลหัวหน้าเวรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในตัวชี้วัดอุบัติเหตุการณผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง/อาการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้รับการประเมินและ/หรือไม่ได้รายงานแพทย์อย่างถูกต้อง ตามตัวชี้วัด QA ในแต่ละเวร 2) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทเรียนที่ได้รับ: การดูแลผู้ป่วยแบบเจ้าของไข้ (Primary Nursing) ในพยาบาลที่มีประสบการณ์ < 1 ปี ควรมีการ Closed training ร่วมกับ พยาบาลพี่เลี้ยง

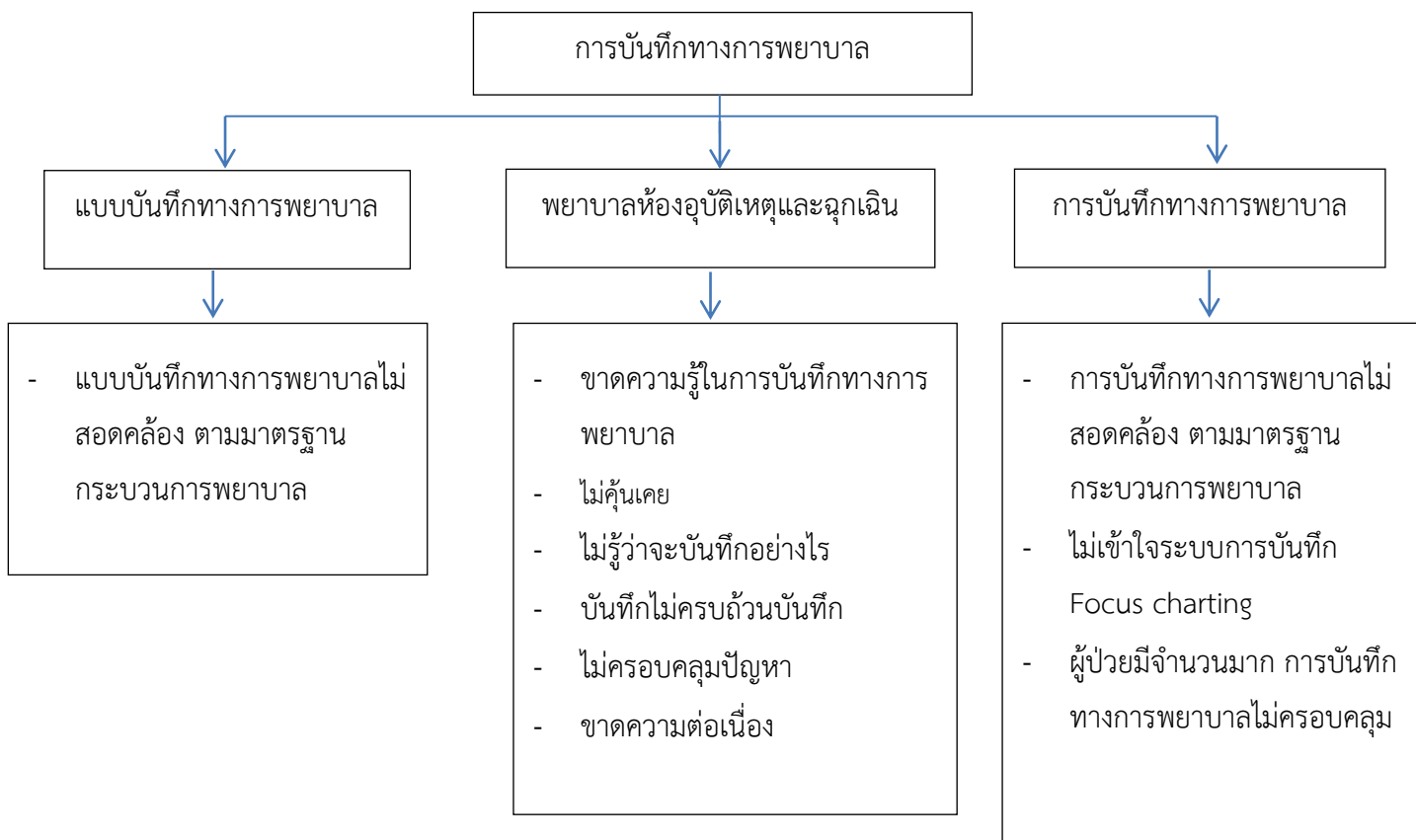
การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม
 คณิงนิจ ศรีชะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

สรุปผลงานโดยย่อ: หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กระบวนการบันทึกทางการพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นมาก ในกระบวนการพยาบาล ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลายๆ แห่ง ยังไม่มีการบันทึกทางการพยาบาล และจากการประเมินระบบการบันทึกในปีที่ผ่านมา มีการบันทึกยังไม่ครอบคลุม พบว่า ร้อยละของความสมบูรณ์ของระบบบันทึกทางการพยาบาล 85 % แบบบันทึกยังไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองการบันทึกของบุคลากร ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงสนใจที่จะดำเนินโครงการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขึ้น เพื่อให้ระบบบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ ทันสมัย ก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์: 1) พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล 2) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย > 85 % 3) ความพึงพอใจของผู้บันทึกและผู้ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลและผู้รับบริการ > 80 %

เป้าหมาย: 1) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน > 85% 2) ความพึงพอใจ ในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล > 80%

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:



งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ให้บริการผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง การบันทึกทางการพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นมากในกระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการบันทึกทางการพยาบาล แต่ยังไม่ครอบคลุม ตามมาตรฐานกาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจากการประเมินผลระบบการบันทึกทางการพยาบาล ในปี 2558 พบ 85 % นอกจากนี้ยังพบว่าแบบบันทึกยังไม่ตอบสนองการบันทึกของบุคลากร ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงสนใจที่ พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลขึ้น เพื่อให้ระบบการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสมบูรณ์ ทันสมัยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

กิจกรรมการพัฒนา:

1. ให้ความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล Focus charting ให้กับพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ปรับปรุงแบบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม
4. นำเสนอและสื่อสาร การใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล Focus charting ให้กับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. ทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล
6. ติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึก/ ประเมินผลความพึงพอใจ
7. Audit chart ตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

1. การบันทึกทางการพยาบาล ใช้กระบวนการ Audit chart การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสภาการพยาบาล ตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล โดยการสุ่มเลือกผู้ป่วย 5 % จากยอดผู้รับบริการ 3 เดือน (เมษายน 2559 – มิถุนายน 2559 จำนวน 11,669 คน คิดเป็น 580 คน
2. ความคิดเห็นของผู้บันทึก ต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ใช้แบบสอบถาม
3. ความคิดเห็นของผู้ใช้แบบบันทึก ต่อแบบบันทึกทางการพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ใช้แบบสอบถาม

บทเรียนที่ได้รับ:

- การบันทึกทางการพยาบาลใช้เอกสารจำนวนมาก ยังมีความท้าทายในการบันทึกทางการพยาบาล คือ การบันทึกทางการพยาบาลใน computer
- ความร่วมมือของสมาชิก ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยทำหัตถการจะทำให้มีเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลได้สมบูรณ์มากขึ้น

ผู้ป่วยถือใจ ได้ยาไวคัก ด้วยระบบ drug express

คณิงนิจ ศรีชะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

สรุปผลงานโดยย่อ : หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ให้บริการผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ และมีญาติ กระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีขั้นตอนการตรวจสอบคำสั่งการรักษาและจัดการให้ยา หรือปฏิบัติการรักษาพยาบาลตาม Stat order ภายในเวลาที่กำหนด ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก (QA) จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ามีปัญหาการได้รับยา Stat order ล่าช้า ทางหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมกับเภสัชกรผู้ป่วยนอก จึงได้ประชุมเพื่อหาปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกัน ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยใช้ใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER ซึ่งเป็นเอกสารจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สื่อสารถึงเภสัชกร ประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเร่งด่วนในการใช้ยา และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกเพิ่มช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อลดระยะรอคอยการจ่ายยา และเพื่อบรรลุนิติประสงค์ ผู้ป่วยถือใจ ได้ยาไวคัก ด้วยระบบ drug express

เป้าหมาย: 1) ผู้ป่วยได้รับ ยา Stat order ภายในเวลาที่กำหนด 2) ผู้รับบริการไม่ร้องเรียน เกี่ยวกับการได้รับยาล่าช้า 3) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการใช้ใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: จากการสืบค้นหาปัญหาและสาเหตุ รวมทั้งการประชุมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ได้มีความเห็นร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เอกสารสื่อสารระหว่างหน่วยงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเร่งด่วนในการใช้ยา และห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกเพิ่มช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อลดระยะรอคอยการจ่ายยา และบรรลุนิติประสงค์ ผู้ป่วยถือใจ ได้ยาไวคัก ด้วยระบบ drug express

กิจกรรมการพัฒนา: 1) เก็บรวบรวมข้อมูล และปัญหาการรับยาและจ่ายยาผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 2) ประชุมสหวิชาชีพเพื่อนำเสนอปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน 3) จัดทำแบบฟอร์ม รายละเอียดในการเอกสารใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER 4) สื่อสาร และทดลองใช้ ในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม 5) สรุปและประเมินผล ผลการใช้ใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: 1) ผู้ป่วยได้รับยา Stat order ภายในเวลาที่กำหนด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER 3 เดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2559 จำนวน 100 case 2) ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER ทั้งบุคลากร ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทเรียนที่ได้รับ : ใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER ใช้ในการรับยา 1 ครั้ง แต่ผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ยาหลายครั้ง ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย การซักประวัติ ซ้ำซ้อนบ่อยครั้ง ดังนั้นโอกาสพัฒนาต่อไปในการปรับปรุงใบตรวจสอบการแพทย์/รับยา ER ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การควบคุมและป้องกัน การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอบผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม (ventilator associated pneumonia: V A P)

วไลพร ปักกระกา

สรุปผลงานโดยย่อ: การควบคุมป้องกันการเกิด VAP โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมีผลทำให้อัตราการเกิด VAP ลดลง จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลง ผู้ป่วย/ญาติพึงพอใจในการบริการ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

เป้าหมาย: อัตราการเกิด VAP < 7 ครั้ง/1000 Vent , Day

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: หอบผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น ปี 2555 ปี 2556 และปี 2557 อัตราการเกิด VAP = 21.83 ครั้ง/16.02 ครั้ง และ 14.26 ครั้ง/1,000 Vent , Day ตามลำดับ อัตราการตายเฉลี่ย 21 % วันนอนเฉลี่ย 5.95 วัน พบปัญหา ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจนานเฉลี่ย 5.8 วันอัตราตั้งท่อช่วยหายใจ 25.5 ครั้ง/1,000 Vent,Day การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำร้อยละ 66.60 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลไม่ครอบคลุมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลมีความรู้ ทักษะไม่เพียงพอ อุปกรณ์เครื่องใช้ไม่เพียงพอ ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ขาดการใช้ weaning protocol ขาดการกำกับติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหน่วยงานจึงสนใจที่จะควบคุมป้องกันการเกิด VAP โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

กิจกรรมการพัฒนา:

1. ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพร้อมแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลฯ (จาก R2R ของหน่วยงาน)
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลทุกคน และให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนภูมิขั้นตอนเกี่ยวกับแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดมือด้วย 4% CHX ฝึกปฏิบัติการล้างมือที่ถูกต้อง กระตุ้นการล้างมือตามหลัก 5 moments ติดโปสเตอร์ล้างมือ จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ ประเมินการล้างมือทุกเดือน 2) wean การถอดอุปกรณ์ให้เร็วที่สุดตาม weaning protocol โดยประเมินหย่าทุกเวรเช้าของทุกวัน 3) การป้องกันการสำลัก หลีกเลี่ยงการใส่ท่อซ้ำโดยการป้องกันการตั้งท่อช่วยหายใจการผูกยึดท่อ ผูกยึดข้อมือ และการใช้ยาลดภาวะกระวนกระวาย การวัด cuff pressure ทุกเวร การป้องกันการสำลักอาหาร การใส่สายให้อาหารทางปาก การใช้วิธี drip อาหาร การกำหนดอาหารค้างกระเพาะ 200 ซีซีเพื่อให้ได้อาหารเพียงพอ และการนอนศีรษะสูง 30-45 องศา 4) การป้องกันการปนเปื้อนเครื่องมือ และสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดอุปกรณ์ผู้ป่วยด้วย 70% alcohol การแยกผู้ป่วย เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจทุก 7 วันหรือเมื่อเปลี่ยนน้ำค้างสายทุก 2 ชม. ดูดเสมหะเท่าที่จำเป็นตามแนวปฏิบัติดูดน้ำลายในปากก่อนดูดท่อช่วยหายใจโดยใช้สายดูดคนละสาย และการใช้ close system suction 5) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน การแปรงฟัน เช้า-เย็น และล้างปากด้วย 0.12% CHX ทุก 4 ชม.
3. กำหนดตัวชี้วัด กำหนดให้ ICWN เป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร รายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ หัวหน้าหอนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติ

4. ประเมินผล ทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการประชุมหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินการ	
		2558	2559
อัตราการเกิด VAP	≤ 7% ครั้ง/1,000 vent. Day	6.82	4.87
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ	≤ 5วัน	5.6	5.0
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก	≤ 6วัน	5.7	5.1
อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	≥ 85%	79.61	85.07
อัตราความพึงพอใจผู้ให้บริการ	≥ 85%	85.58	95.63
อัตราการล้างมือที่ถูกต้อง	100%	82.4	86.8
อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการเกิด VAP	≥ 85%	92.8	94.0

บทเรียนที่ได้รับ: การพัฒนาคุณภาพบริการครั้งนี้ใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยบุคลากรทุกคนรับทราบปัญหาได้ร่วมกำหนดแนวทางแก้ไข และเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ทบทวนแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์ ทำให้เกิดผลสำเร็จและยั่งยืนซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่นำไปใช้มีผลทำให้ลดอัตราการเกิด VAP ได้ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล

การศึกษารูปแบบของการเปิดล้างสีที่มีผลต่อภาพรังสี บนแผ่นรับภาพรังสี ในระบบคอมพิวเตอร์ บันดิซฐ ศรีธรรมมา

สรุปผลงานโดยย่อ : ปัจจุบันมีการใช้การสร้างภาพรังสีด้วยระบบภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (Computed Radiography ,CR) เพิ่มขึ้น ซึ่งระบบภาพรังสีคอมพิวเตอร์ จะใช้ แผ่นรับภาพรังสี (Imaging Plate ,IP) เป็นตัวรับภาพ และนำไปอ่านผ่าน เครื่องอ่านข้อมูลแผ่นรับภาพ(CR Reader) ซึ่งการอ่านข้อมูลภาพขึ้นอยู่กับ การกำหนดขอบเขตของลำรังสีที่ฉายลงบนแผ่นรับภาพ ซึ่งจะมีรูปแบบในหลายลักษณะ และโรงพยาบาล มหาสารคามซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ ได้เปลี่ยนผ่านจากการบันทึกภาพรังสีด้วยระบบฟิล์มสกรีน เป็นการ บันทึกภาพรังสีด้วยระบบภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ในระบบฟิล์มสกรีนเดิม สามารถกำหนดขอบเขตของลำรังสีได้ ตามลักษณะที่ต้องการบันทึกภาพได้ แต่ในระบบภาพรังสีคอมพิวเตอร์ มีข้อจำกัดในรูปแบบการกำหนด ขอบเขตตามโปรแกรมของบริษัทผู้ผลิตกำหนดไว้ จึงต้องการศึกษาถึงผลของรูปแบบดังกล่าวที่มีผลกับคุณภาพ ของภาพถ่ายรังสีอย่างไรและนำผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้กับการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

เป้าหมาย: สามารถนำผลจากการวิจัยใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ สำหรับการ วินิจฉัยโรคต่อไป

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การถ่ายภาพเอกซเรย์ของอวัยวะที่มีขนาดเล็กนั้นจะมีการแบ่ง การถ่ายภาพหลายภาพในแผ่นรับภาพหนึ่งแผ่น ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในการแบ่งแผ่นรับภาพถ่ายภาพหลายภาพ ในแผ่นเดียวคือทำให้ภาพที่ได้ทั้งสองมีความเปรียบต่างความดำ (Contrast) ที่ไม่ดีในการวินิจฉัยและเนื่องจาก แผ่นรับภาพในระบบดิจิทัลนั้นจะมีความไวต่อรังสีมากกว่าระบบฟิล์มธรรมดาถึงหมื่นเท่า ดังนั้นหากมีการแบ่ง แผ่นรับภาพจะทำให้ภาพที่สองนั้นมีสัญญาณรบกวนได้จึงมีผลให้ ภาพหนึ่งอาจจะมีความดำที่เหมาะสม ดังนั้น จึงทำการศึกษารูปแบบการถ่ายภาพเอกซเรย์เพื่อเป็นแนวทางนำไปปฏิบัติในการทำงานของกลุ่มงานรังสีวิทยา ต่อไป

กิจกรรมการแก้ปัญหาและการพัฒนา : 1) ทำการลบสัญญาณตกค้างของแผ่นรับภาพการลบ สัญญาณตกค้างของแผ่นรับภาพเป็นการทำให้แผ่นรับภาพนั้นพร้อมใช้งาน เพื่อไม่ให้มีสัญญาณอื่นๆ มารบกวน สัญญาณดิจิทัลที่จะได้จากภาพที่จะเอกซเรย์ และเพื่อทำให้การวัดค่าต่างๆ ของภาพมีความแม่นยำมากขึ้น 2) ถ่ายภาพ Aluminum step wedge ตามรูปแบบการแบบที่วางไว้มีการถ่ายภาพ Aluminum step wedge โดยถ่ายภาพเปรียบเทียบระหว่างการที่แบ่งสองภาพในหนึ่งแผ่นรับภาพ และการถ่ายภาพแบบหนึ่งภาพต่อ หนึ่งแผ่นรับภาพ โดยใช้แผ่นรับภาพแผ่นเดียวกัน 3) นำคลาสเซทเข้าอ่านสัญญาณภาพด้วยเครื่องแปลง สัญญาณภาพ ยี่ห้อ Agfa รุ่น CR 85X 4) เปรียบเทียบภาพถ่ายทางรังสีที่ได้ โดยการเปรียบเทียบจากการดู ด้วยตา และสร้างกราฟ ฮิสโตแกรม(Histogram)เปรียบเทียบลักษณะของกราฟที่ได้จากภาพตามที่ทำการศึกษา 5) ส่งภาพเข้าในระบบ PACS ของโรงพยาบาลเพื่อที่จะใช้โปรแกรม Image J เปิดภาพที่เป็นภาพทาง การแพทย์ (DICOM File) ที่ใช้ในการคำนวณค่าความต่างความขาว - ดำต่อสัญญาณรบกวน (Contrast to noise ratio ; CNR) 6) ประเมินผล และนำผลที่ได้ไปใช้ปฏิบัติงานจริง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น : จากการศึกษาพบว่า การถ่ายภาพเอกซเรย์ของอวัยวะที่มีขนาดเล็ก เช่น ข้อมือ (Wrist joint) นั้นในระบบภาพถ่ายรังสีดิจิทัลนั้น การถ่ายแบบหนึ่งแผ่นรับภาพต่อหนึ่งภาพทำให้ภาพที่ได้มีคุณภาพที่ดีกว่า การถ่ายภาพแบบหลายภาพในหนึ่งแผ่นรับภาพ และนำไปปฏิบัติทำให้ภาพที่ได้มีคุณภาพมากขึ้นเปรียบเทียบได้ดังภาพ

บทเรียนที่ได้รับ : 1) การใช้งานกับภาพรังสีดิจิทัลนั้นรูปแบบการถ่ายภาพรังสีนั้นมีผลกับคุณภาพของภาพ 2) การถ่ายภาพรังสีในระบบดิจิทัลนั้นไม่จำเป็นต้องแบ่งแผ่นรับภาพเพื่อคุณภาพของภาพที่ดีกว่า 3) การถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัลแบบหนึ่งต่อหนึ่งคุณภาพดีกว่าและไม่มี การสิ้นเปลืองเหมือนระบบฟิล์ม 4) เกิดแนวทางปฏิบัติงานใหม่เพื่อคุณภาพของภาพถ่ายรังสีในระบบดิจิทัล 5) เป็นแนวทางศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ต่อไป โดยใช้เครื่องมือที่มีในที่ทำงานเพื่อค่าใช้จ่ายในการทำการศึกษาวิจัย

การฝึกกลืนสำหรับผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีความบกพร่องในการกลืน

นายเอกพงษ์ เงินขาว

เป้าหมาย: 1) ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทสามารถกลืนอาหารได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยทางด้านระบบประสาท นอกจากจะส่งผลเสียต่อกระบวนการฟื้นฟูแล้วยังเป็นภาระหนักแก่ญาติและผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หน่วยงานกิจกรรมบำบัดมีผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืน ปี พ.ศ.2558 จำนวน 29 ราย ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 62 ราย โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะขาดอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะการสำลักอาหารเข้าปอดแล้วทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการกลืนต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อฝึกการกลืนโดยวิธีรักษาทางกิจกรรมบำบัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากปัญหาดังกล่าว ข้าพเจ้าจึงได้ศึกษาการฝึกกลืนในผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมการพัฒนา:

1. การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืน
2. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ

การประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1. Glasgow Coma Scale 12 ขึ้นไป			ไม่ใช่: ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินให้อาหารทางสายยาง
2. สามารถคุมศีรษะในท่านั่งตรงได้			ไม่ใช่: ส่งนักกิจกรรมบำบัดฝึก Oro-Motor Exercise ใช่: ประเมินทดสอบการกลืน
3. สามารถทำตามคำบอกได้			
4. สามารถคุมน้ำลายตนเองได้			
5. สามารถเลียริมฝีปาก บน-ล่าง ได้			
6. ไม่มีเสียงแหบหรือมีเสียงในลำคอ			

**หมายเหตุ: การแปลผล: ไม่ใช่ ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ส่งปรึกษาแพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัดฝึก Oro-Motor Exercise ต่อไป ใช่ทุกข้อ ส่งประเมินทดสอบการกลืน

3. การทดสอบความสามารถในการกลืน
4. ระยะเวลาในการฝึกกลืน ครั้งละประมาณ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง
5. การประเมินปัญหาที่พบในการกลืน

ปัญหาที่พบในการกลืน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1. มีน้ำลายไหลหรือมีอาหารไหลออกจากปากใช่หรือไม่			
2. มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้มใช่หรือไม่			
3. ไอขณะรับประทานหรือดื่มน้ำใช่หรือไม่			
4. มีเสียงน้ำในคอหลังจากการกลืนใช่หรือไม่			
5. ใช้เวลาในการรับประทานเท่ากับหรือนานมากกว่า 30 นาที ใช่หรือไม่			

** หากประเมินแล้วยังพบมีปัญหาในการกลืน ให้ แจ้ง แพทย์ เพื่อ พิจารณาให้การรักษาต่อไป

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัด	ปี 2558	ปี 2559
1. ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่ได้รับการฝึกกลืนสามารถกลืนอาหารทางปากได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80	96.55	91.93
2. ผู้ป่วยระบบประสาทที่ได้รับการฝึกกลืนมีภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่ายน้อยกว่าร้อยละ 5	0	0

บทเรียนที่ได้รับ:

1. ได้โปรแกรมการฝึกกลืนในผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืน
2. ได้แนวทางในการฝึกกลืนแก่ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในทางคลินิก
3. ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืนต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อฝึกกลืนโดยวิธีรักษาทางกิจกรรมบำบัด

แนวทางในการพัฒนาต่อไป:

1. ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่ได้รับการฝึกกลืนสามารถกลืนอาหารทางปากได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เท่ากับ 100%
2. ผู้ป่วยทางด้านระบบประสาทที่ได้รับการฝึกกลืนมีภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่ายเท่ากับ 0%

Beware ADR

นันทพญานันท์ พิมพ์บุตร

เป้าหมาย : 1) เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา(Adverse Drug Reaction, ADR)ของกลุ่มยาจิตเวช 2) เพื่อมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาจิตเวชสำหรับทีมสหวิชาชีพ คลินิกลีลาวดี โรงพยาบาลมหาสารคาม

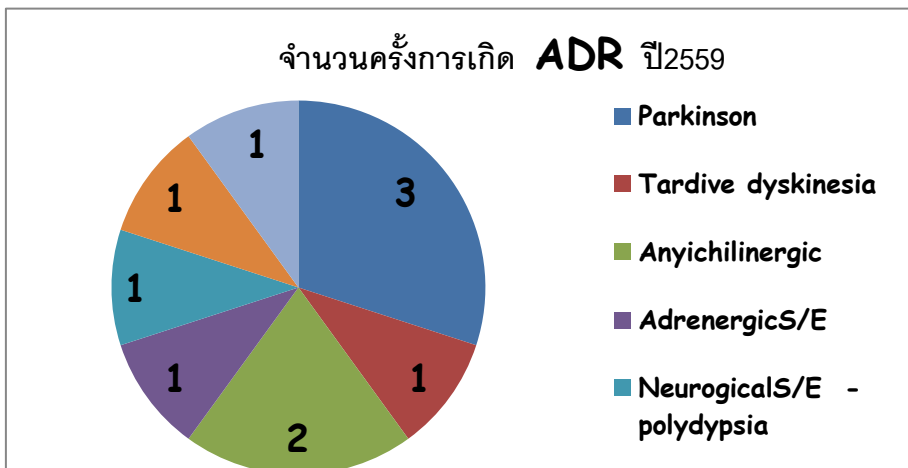
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

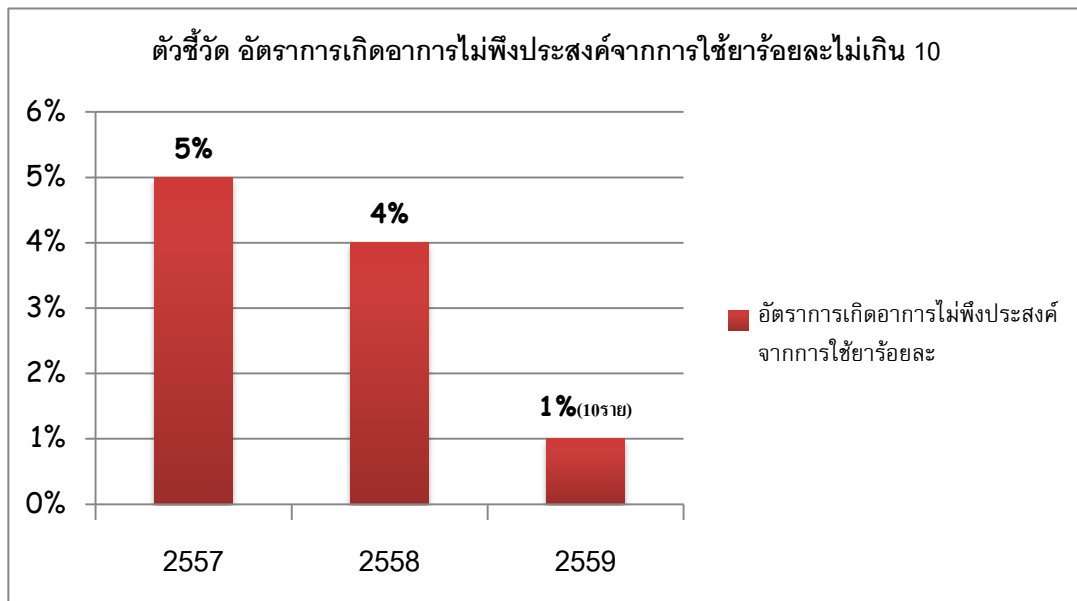
- 1) รายการยาจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง เกิด ADR และ EPS มีหลายตัวแต่ไม่อยู่ในกลุ่ม High Alert Drugของโรงพยาบาล เช่นยาที่อาจทำให้เกิด ADR รุนแรงคือ Clozapine
- 2) แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาจิตเวชยังไม่ชัดเจน
- 3) ปี 58 อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 4
- 4) ปี 56 ME record จากการส่งยาผิดชนิดส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดอาการลึมตาได้น้อย พร้อมมองไม่ชัด 1 ครั้ง/ผู้ป่วยได้รับยาผิดชนิด จากการจ่ายยา (แพทย์สั่ง Clomipramine 25 mg จ่าย Clomid 25mg)

กิจกรรมการพัฒนา :

- 1) ประชุมความเสี่ยงประจำเดือน รายงานME ชี้แจงปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาให้ทีมรับทราบ
- 2) ร่วมประชุมปรึกษาเรื่องยาจิตเวช แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร
- 3) ทีมงานระดมสมอง วางแผนงานร่วมกัน
- 4) เขียนแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับยาจิตเวชสำหรับทีมสหวิชาชีพและคู่มือการใช้ยาจิตเวช
- 5) ขออนุมัติ MKH-FR-PSY-005 แบบประเมินภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช (ปรับปรุงใหม่)
- 6) โปรแกรมผู้ป่วยนอก MSKH_40 เพิ่มหัวข้อซักประวัติภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวช
- 7) ประกาศใช้ในหน่วยงาน
- 8) ประเมินผลจากการเก็บข้อมูลการเกิด ADR ซักประวัติของพยาบาล ในระบบโปรแกรมผู้ป่วยนอก รวบรวมเป็นEXCEL และใบตอบรับการเกิด ADR จากเภสัชกร การลงความเห็นของจิตแพทย์

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :





บทเรียนที่ได้รับ : ปัจจัยความสำเร็จของงานคือทีม การร่วมมือสหวิชาชีพ เชื่อมโยงงานเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้บริการปลอดภัยจากการใช้ยา

แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในโรงพยาบาลมหาสารคาม
กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม

เป้าหมาย: เพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาสารคามภายในระยะเวลา 3 เดือน เป็น 0 %

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยในซึ่งส่งผลอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยภายใต้การดูแลของบุคลากรโรงพยาบาล เกิดการรายงานที่ตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาสารคามหลายตึก ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายดังกล่าว มักมีการส่งสัญญาณมาจากตัวผู้ป่วยก่อน หากมีแนวทางในการดูแลและประเมินที่ครอบคลุมถูกต้องครบถ้วน สามารถลดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้

กิจกรรมการพัฒนา: 1) ทบทวนงานวิจัย ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายที่มีการเผยแพร่ล่าสุด 2) ทบทวนเหตุการณ์ หาสาเหตุ ทบทวนกรณีศึกษาที่เคยเกิดขึ้น 3) นำสิ่งที่ได้จากการทบทวนทั้งหมด มารวบรวมเขียนเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายให้ครอบคลุมที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ตามบริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: 1) มีแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในโรงพยาบาลมหาสารคาม 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ถูกต้อง ทันทีทันที่ปลอดภัย 3) ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ เข้าใจ มั่นใจ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน

บทเรียนที่ได้รับ: 1) มีการประเมินความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ในผู้ป่วยใน โดยเฉพาะกลุ่มที่ป่วยโรคเรื้อรัง มาด้วยประวัติการทำร้ายตนเอง รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดทุกชนิดรวมสุราด้วย เนื่องจากโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย จึงควรซักประวัติผู้ป่วยนอกจากโรคทางกายแล้วควรซักประวัติและประเมินภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทุกราย 2) สร้างความตระหนัก และเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแก่บุคลากรของโรงพยาบาล เน้นที่กลุ่มพยาบาล เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะได้จัดการได้ถูกต้องทันที่ทันที่ เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยของตนเองได้ครอบคลุม 3) ทบทวนความรู้ เหตุการณ์ ประสบการณ์ แลกเปลี่ยนกัน อย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ เมื่อเกิดเหตุการณ์จะได้มีความมั่นใจในการเฝ้าระวัง ดูแล ประเมิน และใช้แนวทางได้ถูกต้อง

การวางแผนการจำหน่าย

จิระวรรณ บุตรพูล

เป้าหมาย: 1. ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังได้รับการวางแผนการจำหน่าย ร้อยละ 80

2. ญาติพึงพอใจ ร้อยละ 80

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: โรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการเรื้อรังยืดเยื้ออย่างน้อย 6 เดือนเป็นต้นไป ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคสามารถกำเริบและมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขมาก ทำให้มีผลกระทบต่อประเทศชาติทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้นทางตึกเด็กเล็กจึงได้จัดทำโครงการการวางแผนการจำหน่ายเด็กโรคเรื้อรังขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่บ้านได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

กิจกรรมการพัฒนา :

1. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน Bio-Psycho-Social-Spiritual เพื่อประเมินการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และค้นหาปัญหา ทาวิธีแก้ปัญหาหารือร่วมกับผู้ดูแล

2. ประชุมทีมและวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

3. วางแผนจัดกิจกรรม ให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก D-method

4. ปฏิบัติตามแผน ให้ความรู้และฝึกทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญและมั่นใจ

5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมจำหน่าย

6. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับใช้ที่บ้านเช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะและเวชภัณฑ์ต่างๆ

7. ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย

8. ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

ตัวชี้วัด	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังได้รับการวางแผนจำหน่ายร้อยละ	56	82	89
ญาติพึงพอใจร้อยละ	84	88	92

บทเรียนที่ได้รับ:

- การส่งต่อข้อมูล ต้องชัดเจน
- ควรมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ

นวัตกรรม เก็บ ใส่ใจ ป้องกันการติดเชื้อได้ เข็มไม่ทิ่มแทง

นางภัทรภรณ์ บรรณกิจ

เป้าหมาย: 1) เพื่อลดภาวะเสี่ยงจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เพิ่มความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติ 3) ลดค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ตีกลักรวมกระดูกและข้อหญิง เป็นตีกที่รับผู้ป่วยหญิงและเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาทางกระดูกและข้อ เส้นเอ็นต่างๆ สถิติการให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยการหยด จำนวน ปี 2557-2559 จำนวน 2,480 ครั้ง, 2,530 ครั้ง และ 2,642 ครั้ง ตามลำดับ การบริหารยาทางหลอดเลือดดำโดยการหยด ต้องใช้อุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set Infusion) และมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง หรือทิ้งเมื่อมีการปนเปื้อน จึงมีความจำเป็นต้องมีการเก็บอุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set Infusion) เพื่อป้องกันการปนเปื้อน และความปลอดภัยจากอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ จากการให้ยาผ่านสารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่าร้อยละการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี2557-2559 เท่ากับ 0 อุบัติเหตุเข็มทิ่มตำจำนวน ปี 2557-2559 เป็น 0 ครั้ง พบอุบัติการณ์เกือบพลาดเข็มทิ่มตำบุคลากร (Near miss) 5 ครั้ง ในปี 2558 และจำนวนการทิ้ง Set IV ก่อนเวลา 24 ชั่วโมง จากการปนเปื้อน สูญเสีย set IV จำนวน 35 set/เดือน มูลค่าประมาณ 315 บาท/เดือน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง จึงตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น นำมาทบทวน และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน จึงเป็นที่มาของนวัตกรรม เก็บ ใส่ใจ ป้องกันการติดเชื้อได้ เข็มไม่ทิ่มแทง ลดค่าใช้จ่าย

กิจกรรมการพัฒนา: แผนงาน/กิจกรรม 1) ประชุมทบทวนปัญหาร่วมกัน 2) หาแนวทางแก้ไขปัญหา และคิดหานวัตกรรม 3) ออกแบบสิ่งประดิษฐ์ จัดหาอุปกรณ์ ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 4) ปรึกษางานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและเภสัชกร 5) ศึกษาแนวทางปฏิบัติและนวัตกรรมของโรงพยาบาลอื่น 6) กำหนดแนวทางในการนำสิ่งประดิษฐ์ไปใช้และสาธิตวิธีการใช้ให้แก่บุคลากรภายในหน่วยงานนำไปทดลองใช้ 7) นำสิ่งประดิษฐ์มาทดลองใช้ และพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 8) ติดตามประเมินผล **อุปกรณ์การประดิษฐ์** (1) ที่คล้องตัว S 8 ตัว (2) สติกเกอร์ (3) ขวดน้ำเกลือล้างแผล (4) กรรไกร (5) คัตเตอร์ (6) เทปกาวใส รวมค่าใช้จ่ายในการประดิษฐ์อุปกรณ์ 1-2 บาท/ชิ้น ที่คล้องตัว S 8 ตัว สามารถทำความสะอาดนำกลับมาใช้ได้อีก **วิธีการประดิษฐ์** 1. นำขวดน้ำเกลือล้างแผลที่ใช้แล้ว มาล้างทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก นำมาผึ่งให้แห้ง 2. ใช้คัตเตอร์กรีดขวด และกรรไกรตัดแต่งเปิดช่องตรงกลางขวด 3. เจาะรูด้านบนขวด ไว้สำหรับแขวน 4. นำมาล้างผึ่งให้แห้ง 5. นำพลาสติกใสมาติดขอบรอยที่ตัด ป้องกันคมของพลาสติกบาด 6. ติดสติกเกอร์ 7. นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี2557	2558	2559
1	ร้อยละการติดเชื้อในกระแสเลือด	0	0	0
2	อุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ	0	0	0
3	ลดค่าใช้จ่าย (บาท/ เดือน)	NA	NA	315

บทเรียนที่ได้รับ :

1. เรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานเป็นทีม
2. ได้มีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน
3. ได้พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

กล่องหยอดตา

หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลมหาสารคาม

เป้าหมาย : ผู้ป่วยได้รับยาหยอดตา ถูกต้อง ตามเวลา ตามแผนการรักษา

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : โรคกระจกตาติดเชื้อ อย่างน้อย 3 ราย/วัน ในหอผู้ป่วยตา มีผู้ป่วยที่ต้องรักษา ซึ่งมียาหยอดตามากกว่า 3 ชนิด/คน ทำให้พยาบาล มีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องหยอดตาทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งแต่ละขวดต้องห่างกันทุก 10 นาที และลักษณะของขวดมีความคล้ายคลึงกัน ทำให้ล่าช้าไม่ตรงเวลา และเกิดความผิดพลาดได้ ป้องกันการหยอดยาผิดขวด เพราะยาที่รักษาผู้ป่วย ที่มีแผลกระจกตา ที่มียาหยอดหลายขวด ถ้าไม่ได้รับยาที่ถูกต้องตามเวลา การออกฤทธิ์ของยา การรักษาผู้ป่วยก็จะหายช้า ทำให้นอนรักษาตัวนานขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา : 1. ระยะเริ่มต้น มีกล่องยาหยอดตาพร้อมกันหลายขวด พบปัญหาหยิบจับไม่สะดวก ขวดสลับ/ขวดยาลืมยาหก ปิดฝาไม่สนิท เกิดการล่าช้า/มีการปนเปื้อน 2. การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 1 มีการเพิ่มพัฒนา ทำล๊อคที่กั้นยาหยอดตาละขวด ให้อยู่ในกล่องเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ ทำให้สะดวกในการหยิบ และยาไม่หกแต่ยังพบปัญหาคือเกิดความล่าช้า ต้องหยิบยามาดูชื่อยาอย่างละเอียด ในแต่ละขวด 3. การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 2 พัฒนาจากยาเดิมเพิ่มหมายเลขขวด/ล๊อคยาแต่ละล๊อคให้ตรงกัน วางให้ตรงหมายเลขขวด/ล๊อคยา เพื่อหยิบจับได้ง่าย ทำงานสะดวกรวดเร็ว จับได้ตรงขวดยาที่จะหยอด

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: คนไข้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหยอดตาไม่ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระจกตาทะลุ มีหนองที่ช่องหน้าม่านตา และอัตราการกลับมาอนจ้ำด้วยโรคเดิม ลดลงปี 57 คิดเป็น 6.0% ปี 58 คิดเป็น 2.1% ปี 59 คิดเป็น 4.4% ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการหยอดตาปี 57 คิดเป็น 85% ปี 58 คิดเป็น 90% ปี 59 คิดเป็น 95%

บทเรียนที่ได้รับ: 1) ได้รูปแบบการหยอดตาที่ปรับเปลี่ยนจากวิธีเดิม เป็นวิธีหยิบจับง่าย รวดเร็ว ถูกต้อง ถูกคน ถูกเวลา 2) ขยายผลให้หอผู้ป่วยพิเศษที่รับบริการผู้ป่วยตา 3) เมื่อผู้ป่วยกลับไปหยอดยาที่บ้าน สามารถใช้รูปแบบนี้เมื่อไปหยอดตาที่บ้าน

การพัฒนาระบบบริการ Fast track STEMI จังหวัดมหาสารคาม

นางพุทธกัญญา นารถศิลป์

เป้าหมาย: 1) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย 2) ลดอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 3) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับ S และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญโรคหัวใจระดับ 3 จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในปี พ.ศ.2555 พบว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมีความล่าช้า ประชาชนขาดความรู้ในการประเมินตนเอง ไม่ทราบอาการของโรคหัวใจขาดเลือด ถึงแม้จะมีการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ 1669 แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนกลุ่มป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แนวทางการส่งต่อและรับรักษาไม่ชัดเจน ระยะเวลาจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดมากกว่า 6 ชั่วโมงคิดเป็น 23.91% (11/46ราย) ระยะเวลาจากคัดกรองที่ ER จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที 6.52% (3/46ราย) อัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI 2.17% (1ราย) อัตราการเสียชีวิตของประชาชน 27 ต่อแสนประชากร (23 ต่อแสนประชากร)

กิจกรรมการพัฒนา: ใช้วงล้อ PDCA ในการพัฒนา คือ 1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย 2) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI เช่น Standard order, CPG, CNPG, Care Map 3) จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรตั้งแต่ระดับ P3- S เรื่องการคัดกรอง การดูแลรักษาพยาบาล 4) จัดอบรมให้ความรู้ อสม, อช ในการประเมินอาการเบื้องต้นของโรคหัวใจ STEMI 5) ประชาสัมพันธ์ 1669 ให้ประชาชนมีความรู้โรคหัวใจขาดเลือด 6) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ACS Rally ในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างปลอดภัย 7) สร้างและพัฒนาระบบ Fast track STEMI ในโรงพยาบาลมหาสารคามโดยพัฒนาการให้ยา Streptokinase ที่ MICU ,ER และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามโดยการลงพื้นที่ฝึกทักษะบุคลากรในการให้ยา Streptokinase ก่อนส่งต่อ, การกระจายยา Mini package ประกอบด้วย Streptokinase, Plavix 8) สร้างระบบ Consult, ระบบ Refer , ระบบ Refer bypass ในเครือข่ายจังหวัดมหาสารคามและแม่ ข่าย รพศ.ชก. , ศูนย์หัวใจสิริกิติ์, รพ.ศรีนครินทร์ 9) สร้าง Line : Refer MKH STEMI เป็นที่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลลูกข่าย 10) กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือนหลังจากเครือข่ายเริ่มให้ยา Streptokinase ได้

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2556	พ.ศ. 2557	พ.ศ. 2558	พ.ศ.2559 (ต.ค.-มิ.ย.)
1. Door to Needle time \leq 30 นาที	> 50 %	6.52	7.31	42.85	72.78	43.63 (24/55)
2. Onset to Needle time < 6 ชั่วโมง	> 80 %	76.09	73.91	84.78	89.15	96.36 (53/55)
3. อัตราการตายในโรงพยาบาล	< 10 %	2.17	7.31	1.35	3.03	1.04
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน GI, Hemorrhage	< 5%	0	0	0	0	0
5. อัตราการเปิดหลอดเลือด SK/PCI	\geq 75 %	41.46	41.30	45.85	86.14	96.87
6. โรงพยาบาลระดับ A-F2 ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	100%	18.18 (2/11)	18.18	18.18	18.18	100 (11/11)

บทเรียนที่ได้รับ: เกิดการพัฒนากระบวนการและบริการและสร้างทีมที่มีคุณภาพ ตอบสนองการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

Bed Shampoo & Med. SKT 8 (การสระผมร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT8)

ปารณีย์ มากดี

สรุปผลงานโดยย่อ: หน่วยงานพิเศษศัลยกรรม 60 ปี ชั้น 3 ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดด้านศัลยกรรม ซึ่งมีอาการรบกวนต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เช่น อาการวิตกกังวล ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถบำบัดได้โดยการทำ Bed shampoo ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ SKT8 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ผ่อนคลาย ลดความปวด และหายจากอาการรบกวนต่างๆ ได้

- เป้าหมาย:**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ Bed shampoo ภายใน 3 วัน $\geq 90\%$
 2. เพื่อลดอาการรบกวนต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งยาหลังทำ bed shampoo ร่วมกับ SKT 8 $\geq 90\%$
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ หลังทำ bed shampoo ร่วมกับ SKT 8 $\geq 90\%$

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมชั้น 3 ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นภารกิจหลักโดยมีอัตราการบริการเฉลี่ย 900 คนต่อปี ส่วนใหญ่ต้องเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด ปัญหาที่พบในช่วงดังกล่าว เช่นอาการวิตกกังวล ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีอาการ ปวดแผลหลังผ่าตัด วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ และบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และนอนอยู่บนเตียงนานๆ จะมีเหงื่อไคลน้ำมันออกมาทำให้ผมมีกลิ่นเหม็นอับ เส้นผมเหนียวมีรังแค ไม่สุขสบาย ดังนั้น เจ้าหน้าที่พิเศษศัลยกรรม 60 ปี ชั้น 3 มีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ได้ทบทวนปัญหา กระบวนการทางการพยาบาลที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยคือการทำ Bed shampoo ที่มีประสิทธิภาพ ในการกำจัดสิ่งสกปรก ไขมัน แบคทีเรียที่อยู่บนหนังศีรษะและผม, กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่หนังศีรษะ ,กระตุ้นต่อมน้ำมันให้ขับน้ำมันมาหล่อเลี้ยงผม มาผสมผสานแพทย์ทางเลือกสมาธิบำบัด SKT8 เป็นการเยียวยาเกี่ยวกับลดอาการปวด ไมเกรน นอนไม่หลับ (Non Phamaco โดย รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรีหัวหน้าโครงการวิจัยการประยุกต์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการเยียวยาสุขภาพมหาวิทยาลัยมหิดล) มาใช้ให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยทำให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย นอนหลับสบาย ลดภาวะปวด หายจากอาการรบกวนต่างๆที่กล่าวมา และเพื่อตระหนักถึงคุณภาพทางการพยาบาลด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (Hygiene practice or Hygiene care) แก่ผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

กิจกรรมการพัฒนา: **ขั้นเตรียมการ** ประชุมกรรมการ และชี้แจงแนวทางการดำเนินการแก่สมาชิกทีมเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ ดังนี้ 1. น้ำอุ่นใส่ถังและขันหรือเหยือกสำหรับตัก พร้อมปรอทวัดอุณหภูมิ น้ำ 2. ผ้ายาง 1 ผืน 3. ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน และผ้าถูตัว 1 ผืน 4. น้ำยาสระผม หรือ สบู่เหลว 5. น้ำมันกรวดสด 6. หวีหรือแปรง 7. สำลี 2 ก้อน 8. ถังรองรับน้ำ **ขั้นดำเนินการ** การเตรียมผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ลุกเดินได้ นำไปที่ห้องสระผมผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดูแลที่เตียงภายในห้องตรวจสอบความพร้อมผู้ป่วย เสื้อผ้าไม่รัดตึง / จัดสถานที่ให้สงบ ไม่มีเสียง กลิ่น หรือการพูดคุยของคนที่อยู่ข้างๆ เป็นต้น **วิธีการ** การสระผม - ใช้น้ำอุ่นใน

การสระผม และทดสอบความเหมาะสมของอุณหภูมิระหว่าง 27 – 37 องศาเซลเซียส รมั้ดระวังน้ำ และยา สระผมไหลเข้าหู หน้าตาผู้ป่วย- ระหว่างการสระผม ให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหากพบอาการ ผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย ให้ล้างผมด้วยน้ำเร็วๆ และหยุดทำทันที ดูแลร่างกายให้อบอุ่นเช็ดผมให้แห้ง หรือใช้เครื่องเป่าผม SKT 8 เป็นสมาธิโดยการนวดกระตุ้นประสาทบริเวณผิวหนังเพื่อผ่อนคลาย แต่ ละท่าทำ 30-40 รอบ ดังนี้ ท่าที่1 นิ้วชี้ทั้ง 2 ข้าง กดลงบริเวณหน้าผากขึ้นลงสลับกัน ท่าที่ 2 นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง กดเบาๆ ลากตั้งจากหัวคิ้วออกด้านข้างจนถึงขมับ ท่าที่ 3 กางนิ้วมือทั้ง 2 ข้าง นวดบริเวณขมับ ท่าที่ 4 นิ้วชี้ทั้ง 2 ข้าง วางบริเวณเหนือกหูด้านใดด้านหนึ่ง และกดสลับนิ้วไปรอบๆ จนถึงกหูอีกข้าง ท่าที่ 5 นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง กดลากจากจุดตรงกลางบริเวณหน้าผากกดลากลงไปจนถึงกึ่งกลางศีรษะ ท่าที่ 6 กางนิ้ว มือทั้ง 2 ข้าง และกดนวดเบาๆ จนทั่วศีรษะ ท่าที่ 7 ใช้นิ้วมือทั้ง 2 ข้าง ดึงเส้นผมพร้อมกันเบาๆ ทั้ง 2 ข้าง จากขมับ จนมาถึงกลางหน้าผาก ลงบันทึกหลังทำกิจกรรม ในบันทึกทางการพยาบาล และGraphic sheet ส่วนProcedure

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	
		ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม
1.ผู้ป่วยได้รับการ Bed shampoo ร่วมกับ SKT 8 ภายใน 3 วัน	≥90%	80%	90%
2.ผู้ป่วยอาการรบกวนต่างๆลดลงโดย ไม่ต้องพึ่งยาหลังทำ bed shampoo ร่วมกับ SKT 8	≥90%	50%	98%
3.ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ หลังทำ bed shampoo ร่วมกับ SKT 8	≥90%	94%	100%

บทเรียนที่ได้รับ : การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนต่างๆด้วยการนำกระบวนการดูแลทางการพยาบาลร่วมกับ นวัตกรรมการดูแลแบบไม่ใช้ยา เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดสภาวะ สุขภาพที่ดี และนำไปใช้กับชีวิตประจำวันได้

การพัฒนาระบบการจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุนของผ้าพันแผล

สุมลมาลย์ บุพเต

การพัฒนางานครั้งนี้มีจุดเน้นในการจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุนของการใช้ผ้าพันแผลชนิดยืด ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม เนื่องจากมีปริมาณการใช้เป็นจำนวนมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานและให้บริการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และตอบสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาลเรื่อง UR&UM จากการทบทวนบัญชีการเบิกวัสดุการแพทย์รายการผ้าพันแผลชนิดยืด ปี 2557 มีค่าใช้จ่าย 96,436.96 บาท โดยพบว่า EB ขนาดที่เบิกมี 3 นิ้ว 4 นิ้ว และ 6 นิ้ว แต่ขนาด 3 นิ้วมีราคาถูกที่สุด จึงนำข้อมูลดังกล่าวสู่การพัฒนาระบบการจัดการ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาในทุกวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล (ทำแผล) แม่บ้าน (ผู้เบิก) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ผู้ส่งผ้าพันแผลหนึ่ง) จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า 1. พยาบาล เลือกใช้ผ้าพันแผลชนิดยืดมากกว่าการใช้ผ้าพันแผลชนิดธรรมดา เพราะทำให้แผลไม่หลุดลุ่ย ส่วนใหญ่มักใช้ที่เบิกมาใหม่ ไม่ใช่ของ Re-use เพราะไม่แน่นและปริมาณไม่เพียงพอ เมื่อแม่บ้านเบิกมาใหม่จึงนำไปเก็บไว้ใช้เฉพาะตน ทำให้พยาบาลคนอื่นๆแจ้งว่าของหมด ขนาดที่เหมาะสมคือขนาด 3-4 นิ้ว 2. แม่บ้าน เบิกของโดยที่ไม่ได้ทำการควบคุมปริมาณการใช้ และเบิกตามความต้องการของพยาบาล ไม่มีผู้รับผิดชอบในการเบิกที่ชัดเจน รวมทั้งรายการยืมจากหน่วยงานอื่นๆไม่ชัดเจน ติดตามคืนได้ไม่ครบ ทำให้ยอดการเบิกสูงขึ้น 3. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พบปัญหาเรื่องการพันผ้าพันแผลชนิดยืด เนื่องจากใช้เวลานานในการพันแผลแต่ละม้วน หรือเมื่อส่งลงไปหนึ่งที่จ่ายกลางแล้วไม่มีการติดตาม ทำให้ปริมาณไม่พอใช้

หลังจากวิเคราะห์ปัญหา ทีมได้ระดมความคิดเห็นและนำมาซึ่งการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ดังนี้

- 1) ระบบ Stock card แนวทางการเบิกเพิ่มไม่เกิน Maximum และเบิก EB ขนาดเล็กแทน รวมทั้งมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการเบิกโดยตรงเป็นหัวหน้าหอหรือแม่บ้าน
- 2) กำหนดให้พยาบาลใช้ ED ที่เป็นแบบ re-use ในกรณีที่ใช้พันแผลธรรมดา แต่ในกรณีที่แผล bleed ให้ใช้ EB ใหม่ในการ pressure
- 3) กำหนดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เวนเข้าส่งซักและรับที่ซักมา เพื่อให้เวรบายทำการพัน EB สำหรับเวรตึกจะทำการ pack ส่งนี้ที่จ่ายกลาง
- 4) จัดทำทะเบียนการยืมและการส่งคืน จากการพัฒนาในครั้งนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายจากการเบิก EB ในปี 2558 ลดลงได้ถึง 58,815.72 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.99 สามารถติดตามการยืมของได้ครบ 100 % แต่ยังคงพบปัญหาในส่วนของผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ยังไม่สามารถพันผ้าส่งนี้ได้ตามข้อตกลง เนื่องจากภาระงานทั้งในหอผู้ป่วยและนอกหอผู้ป่วย จึงได้มีการระดมความคิดเห็นของสมาชิกทีมอีกครั้ง และครั้งนี้ทำให้เกิดนวัตกรรมการใช้ไม้ตะเกียบมาช่วยในการพันผ้า ซึ่งสามารถลดระยะเวลาการพันผ้าต่อม้วนได้จริง สามารถส่งผ้าพันแผลลงไปนี้ได้มากขึ้น สมาชิกมีความพึงพอใจ ทั้งต่อผลงานและบรรยากาศคุณภาพที่เกิดขึ้น ในปี 2559 พบว่าค่าใช้จ่ายจากการเบิก EB อยู่ที่ 13,250.88 บาท ลดลงจากปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 86.26

โครงการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการใช้ Safety bag

งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายมารดาอันดับ 1 ของประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2013) เช่นเดียวกับเป็นสาเหตุการตายมารดาอันดับ 1 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 35 ของมารดาตายทั้งหมด (กรมอนามัย, 2558) จากสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 (ไตรมาสแรก) พบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 1.47, 0.67 และ 0.14 ตามลำดับ ถึงแม้ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด แต่พบว่ามารดาหลังคลอดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะช็อก ตัดมดลูก ชีต ได้รับเลือด วิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการ มดลูกหดตัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 54.84, 61.54 และ 100 ตามลำดับ สาเหตุรองลงมาคือ มีการฉีกขาดลึกของแผลฝีเย็บ เลือดคั่ง (hematoma) เป็นต้น จากการติดตามผลลัพธ์การคลอด ในเดือน กุมภาพันธ์ 2559 พบว่ามารดาที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าตกเลือดหลังคลอด มีภาวะช็อก ได้รับเลือด ที่ห้อง 2 ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน 1 ราย ที่ตึกหลังคลอดจำนวน 2 ราย เป็นลมที่ตึกหลังคลอดจำนวน 1 ราย แสดงให้เห็นว่าการประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะคลอดยังไม่แม่นยำ ไม่สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของมารดาหลังคลอด

ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา งานห้องคลอดได้มีการพัฒนาวิธีการประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะคลอดด้วยวิธีต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง เช่นการใช้เหยือกตวง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการการตวงเลือด หรือแม้กระทั่งการนำ High technology มาใช้คือสร้างเครื่องวัดปริมาณเลือดผ่านตัวจับ (sensor) แต่ยังไม่สำเร็จเพราะมีขั้นตอนยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูง จนกระทั่งในปี 2559 โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้เข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชนนักปฏิบัติในงานห้องคลอด (CoPs LR) ร่วมกับ สรพ. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การตวงเลือดด้วยวิธีการต่างๆ พบว่าวิธีที่แม่นยำคือการใช้ถุงตวงเลือด แต่ถุงตวงเลือดสำเร็จรูปที่มีจำหน่ายราคาแพง โรงพยาบาลมหาสารคามได้นำแนวคิดการใช้ถุงตวงเลือดมาประยุกต์ใช้ โดยผลิตจากขนาดถุงที่เหมาะสมกับเตียงคลอด ออบแก๊สโดยหน่วยงานจ่ายกลาง ได้เป็นเครื่องมือตวงเลือดที่แม่นยำ ราคาถูก เรียกว่า safety bag เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2559 เป็นต้นมา

ประเมินผลหลังการใช้ 1 เดือน **ประเมินผลลัพธ์** 1) ผลลัพธ์ต่อผู้คลอด พบว่ามีอัตราการตกเลือดเป็นร้อยละ 3.03 (จำนวน 4 ราย/132 ราย) ในจำนวน 21 รายที่ใช้ Safety bag ปริมาณเลือดที่สูญเสียต่ำสุด 30 มิลลิลิตร สูงสุด 370 มิลลิลิตร เฉลี่ย 192 มิลลิลิตร ไม่มีมารดาช็อก ตัดมดลูก หรือเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด 2) ผลลัพธ์ต่อผู้ทำคลอด จำนวน 19 คน (แพทย์ 8, พยาบาล 11) พบอัตราความพึงพอใจต่อการใช้ร้อยละ 84.21 วิเคราะห์สาเหตุในส่วนที่ไม่พึงพอใจคือ เพิ่มภาระงาน เกะกะ กลัวถุงตวงหลุด ในกลุ่มดังกล่าวเมื่อได้ทราบผลการใช้ถุงตวงเลือดว่าเพิ่มความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงมีการยอมรับมากขึ้น ประเมินซ้ำพบอัตราความพึงพอใจเพิ่มเป็นร้อยละ 94.74 ปัจจุบันมีการใช้ Safety bag ทุกราย

ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอเมือง จ.มหาสารคาม

ภญ.ปริญา ฤมอดทา

การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน) สำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจะแยกเป็น 2 กรณี คือ (1) กรณีออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) สามัคคี ทุกวันจันทร์ และวันพุธในแต่ละสัปดาห์ (งานเยี่ยมบ้านประจำ) (2) กรณีได้รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ลงติดตามการใช้ยาจากหน่วยบริการตติยภูมิ ของกลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.มหาสารคามในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ CUP เมืองมหาสารคาม (2.1) ถ้าในเขต 4 ศสม. เภสัชกรที่ปรึกษาประจำศูนย์จะประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อลงเยี่ยมด้วยตนเอง (2.2) ถ้าในเขต รพ.สต. 17 แห่ง เภสัชกรที่ปรึกษาประจำ รพ.สต.จะประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ให้ลงเยี่ยมก่อนถึงวันเภสัชกรออกปฏิบัติการที่ รพ.สต. และนัดติดตามหรือเยี่ยมบ้านอีกครั้งในวันที่เภสัชกรออกปฏิบัติการที่ รพ.สต. โดยมีการกำหนดระยะเวลาถ้าเป็นกรณี Palliative care จะสรุปเคสภายใน 10 วัน กรณี Home ward หรือ Home health care จะสรุปเคสภายใน 14 วัน โดยการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ลงเยี่ยมบ้านจะมีแบบฟอร์มที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย และมีช่องทางอื่นเพื่อความสะดวกในการส่งต่อให้ทันกับยุคปัจจุบัน คือ การส่งต่อผ่าน Facebook กลุ่มปิดเพื่อรักษาความลับผู้ป่วย ชื่อศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยาจากงานเภสัชกรรม (ตติยภูมิ) สำหรับการออกบริหารเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยที่บ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องระดับครอบครัวของเครือข่าย cup เมือง รพ.มหาสารคาม จะลงเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดัน, ไชมัน, หอบหืด, โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, พาร์กินสัน, ความจำเสื่อม, หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ) (2) ผู้ป่วยไตวาย และ/หรือ ผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกไต (3) ผู้ป่วยจิตเวช (4) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (5) ผู้สูงอายุ (6) ผู้พิการ (7) ผู้ป่วยติดเตียง (8) ผู้ที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (Non-adherence) (9) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาเทคนิคพิเศษ ที่มีความเสี่ยงในการใช้ไม่ถูกวิธี และอาจไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา (10) ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการขึ้นไป หรือได้รับคู่ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน (Fatal Drug Interaction) ซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดปัญหาจากการใช้ยา (11) ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ที่มีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาการใช้ยา (12) ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพไว้แล้ว และแพทย์เห็นว่าควรจะมีการติดตามเพื่อดูแลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (13) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตติยภูมิ ของกลุ่มงานเภสัชกรรม ให้ลงติดตามหรือเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา โดยขั้นตอนการเยี่ยมบ้านนั้นจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. ก่อนออกเยี่ยมบ้าน เภสัชกรจะรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ประวัติยาล่าสุด ประวัติการแพ้ยา หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปปัญหาที่ควรติดตามผู้ป่วยที่บ้านและประสานกับทีม 2. ขณะเยี่ยมบ้านเภสัชกรประเมินปัญหาของผู้ป่วยขณะที่เจอที่บ้านตามหลักการ INHOMESSS และค้นปัญหาจากยา (DRPs) ตามแนวทางการบริหารเภสัชกรรม พร้อมสรุปปัญหาด้านยาที่พบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพร้อมให้บริหารเภสัชกรรมกับผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาด้านยาที่พบตามแนวทางการบริหารเภสัชกรรม และสรุปลงแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน และ 3. หลังเยี่ยมบ้าน เภสัชกรจะสรุปข้อมูลการเยี่ยมลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมทางเภสัชกรรมและแนบกับ family

folder เพื่อเป็นหลักฐานการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร พร้อมบันทึกการเยี่ยมทางโปรแกรม Hos-xp และวางแผนในการติดตามครั้งต่อไป (หากปัญหาจากยาควรติดตามต่อ) และสรุปรวบรวมข้อมูลการเยี่ยมบ้านประจำรายเดือน ผลการดำเนินการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558-สิงหาคม 2559 ได้ออกให้บริบาลเภสัชกรรมที่บ้านเป็นจำนวน 53 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.14 มีอายุเฉลี่ย (SD) 65.21 (12.74) ปี ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดัน, ไชมัน) สูงถึงร้อยละ 41.43 รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ไตวายระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง (11.43, 7.14, 7.14 ตามลำดับ) ปัญหาจากยาที่พบขณะเยี่ยมบ้านส่วนมาก คือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ ปัญหาจากยาที่พบขณะเยี่ยมบ้านส่วนมากคือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 52.08 ปัญหารองลงมา คือ เรื่องการจัด/เก็บรักษา ยาไม่ถูกวิธีคิดเป็นร้อยละ 18.75 และใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้องร้อยละ 10.42 นอกจากนี้เภสัชกรได้ทำบริบาลเภสัชกรรมเพื่อแก้ปัญหาขณะออกเยี่ยมบ้านพบว่าส่วนใหญ่แล้วเภสัชกรจะเข้าไปมีบทบาทในเรื่องของการทบทวนการใช้ยาและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 47.06 (เป็นไปตามเป้าหมายที่จะคัดกรองการใช้ยาผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 100) รองลงมาคือให้คำแนะนำผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยารวมถึงการแก้ไข , ให้คำแนะนำการจัดแยกเก็บยาให้ถูกวิธี/สอนการแบ่งเม็ดยา/การจัด unit dose และการให้กำลังใจ ร้อยละ 12.15, 11.21 และ 10.28 ตามลำดับ การแก้ไขปัญหาจากการบริบาลเภสัชกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 91.58 (เป็นไปตามเป้าหมายที่แก้ไขปัญหาจากยาให้ผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 90) ส่วนการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยบริการเภสัชกรรมตติยภูมิเพื่อให้ลงเยี่ยมบ้านในช่วงเวลาที่ผ่านมาไม่ได้รับการส่งต่อให้เภสัชกรปฐมภูมิลงเยี่ยม จากผลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าเภสัชกรปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาสารคามมีบทบาทสำคัญในทีมเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะเรื่องการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาจากยา อีกทั้งได้รับบทเรียนจากการเยี่ยมบ้านคือ การมองผู้ป่วยในหลาย ๆ มิติแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดและส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จ และเรียนรู้การทำงานร่วมกับทีม

Smart use smart gloves

คณิงนิจ ศรีชะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

สรุปผลงานโดยย่อ: หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรค เป็นกระบวนการสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรค การสวมถุงมือ เป็นหนึ่งทางเลือกในการใช้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรค ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดวางถุงมือในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่ามีการจัดวางกระจัดกระจาย ไม่เป็นระเบียบ ยากต่อการหยิบใช้ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อความสะดวก สะอาด เป็นระเบียบ ง่ายต่อการหยิบใช้ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจัดทำชั้นใส่กล่องใส่ถุงมือ ชื่อนวัตกรรม “ Smart use smart gloves” ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป้าหมาย: มีกล่องใส่ถุงมือ “smart use smart glove” ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้ “smart use smart gloves”

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:

จากการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (consensus) ทางหน่วยงานได้มีความเห็นร่วมกันว่า การจัดระบบวางถุงมือ ให้เป็นจุดเป็นระเบียบง่ายต่อการหยิบใช้ สะดวกต่อการเข้าถึงจึงได้เสนอให้เกิดนวัตกรรม “Smart use smart gloves” ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

กิจกรรมการพัฒนา:

1. เก็บรวบรวมข้อมูลและประชุมปรึกษาหาแนวทางแก้ปัญหา ภายในหน่วยงาน
2. เสนอแนวทางแก้ไข โดยใช้ “Smart use smart gloves” ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. ดำเนินการจัดทำชั้นใส่กล่องใส่ถุงมือ โดยการส่งข้อมูลทางโปรแกรมซ่อมบำรุงออนไลน์ ภายในของโรงพยาบาลมหาสารคาม
4. ทดลองใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. ประเมินผลการใช้ “Smart use smart gloves” ของผู้บริการถุงมือทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: ความคิดเห็นต่อการใช้ “Smart use smart gloves” ของผู้บริการถุงมือทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้แบบสอบถาม

บทเรียนที่ได้รับ: กล่องถุงมือทางการแพทย์มีหลากหลายบริษัท ทำให้ขนาดความกว้างและยาวไม่เท่ากัน เมื่อจัดวางในชั้นใส่กล่องถุงมือไม่พอดี ฉะนั้นการจัดทำชั้นใส่กล่องถุงมือ ควรจัดทำให้มีความกว้างเพิ่มขึ้นให้เหมาะกับกล่องถุงมือที่มีขนาดใหญ่เล็กน้อย

การพัฒนารูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาล

เพ็ญศรี บำรุง, วไลพร ปักเคราะห์กา

สรุปผลงานโดยย่อ: ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กลุ่มการพยาบาลจึงได้กำหนดนโยบายสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลให้ทุกหน่วยงานจัดทำแผนควบคุมการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 5 รายการที่มีอัตราการใช้มาก และค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ Grove Disposable, Syringe, Mask, Medicate, Injection pugs โดยกลุ่มการพยาบาลได้พัฒนารูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สู่การปฏิบัติ พบว่าหลังทดลองใช้ กลุ่มการพยาบาลได้รูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หน่วยงานมีการจัดเก็บ เบิกจ่าย และใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการให้บริการ

เป้าหมาย: เพื่อลดค่าใช้จ่ายวัสดุทางการแพทย์ 5 รายการ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: กลุ่มการพยาบาลพบปัญหาค่าใช้จ่ายวัสดุทางการแพทย์มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการเยี่ยมชมตรวจนิเทศเดือนมิถุนายน 2559 พบปัญหาดังนี้ 1) ด้านบุคลากร ได้แก่ การไม่ทราบนโยบายการบริหารวัสดุ ขาดความเข้าใจและความตระหนักการใช้วัสดุ ขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานและทักษะความชำนาญในการปฏิบัติ 2) ด้านการเบิกจ่ายพัสดุ ไม่มีคนรับผิดชอบโดยตรงในการเบิกจ่ายวัสดุ กระบวนการเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามกำหนด ไม่มีเอกสารควบคุมการเบิกจ่าย เกิดการ Over Stock/Dead Stock จากมีวัสดุหมดอายุในหน่วยงาน 3) ด้านการจัดเก็บ ไม่มีสถานที่ในการจัดเก็บที่เหมาะสมและไม่ถูกต้องตามหลักการจัดเก็บ 4) ด้านการใช้วัสดุ ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในการใช้วัสดุให้เหมาะสม ขาดการนิเทศกำกับติดตามต่อเนื่อง ไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้วัสดุแต่ละชนิดที่ชัดเจน

กิจกรรมการพัฒนา: การค้นหาปัญหา จากการวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมการใช้วัสดุทางการแพทย์ทุกหอผู้ป่วยพบว่าไม่มีนโยบายแนวทางปฏิบัติภายในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจ บางหน่วยงานเริ่มมีการกำหนด Stock card (10%) แต่ไม่ได้กำหนดจำนวนที่พึงมีต่อการใช้ในหน่วยงาน (Maximum/Minimum) ไม่มีผู้รับผิดชอบในการเบิกจ่าย มีห้องเก็บพัสดุที่เป็นสัดส่วนแต่ขาดการจัดเก็บ 5 สมี Stock มากเกินจำเป็นไม่มีการจัดเรียงตามมาตรฐาน First – In/First – out ขาดการควบคุมกำกับนิเทศ ขาดการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบกับแผน (รายเดือน/รายไตรมาส) ขาดการวิเคราะห์ปัญหา/ทบทวนและการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข การกำหนดรูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาลได้ระดมสมองกำหนดนโยบายนำร่องวัสดุการแพทย์จำนวน 5 รายการ โดยกำหนดรูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ดังนี้ ให้หน่วยงานมีเอกสารควบคุมวัสดุ จัดทำ stock card แต่ละรายการ กำหนดจำนวนที่พึงมีต่อการใช้ในหน่วยงาน (Maximum/Minimum) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเบิกจ่าย กำหนดมาตรฐานและข้อบ่งชี้ในการใช้วัสดุแต่ละชนิด จัดให้มีสถานที่ในการจัดเก็บที่เหมาะสมตามระบบ 5 ส.การนำลงสู่การปฏิบัติ การนำเสนอวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อที่ประชุมกลุ่มการพยาบาล การประชุมชี้แจงรายละเอียดรูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ของหน่วยงานให้หัวหน้าหอทุกท่านทราบ และกำหนดให้หัวหน้าหอนำไปชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานรับทราบนโยบายการบริหารวัสดุ เพื่อให้

มีความตระหนักในการใช้วัสดุ การปฏิบัติตามมาตรฐาน และการเพิ่มทักษะความชำนาญในการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์การประเมินผล กลุ่มการพยาบาลนิเทศติดตามการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ หลังนำไปใช้ 2 เดือน พบว่า หน่วยงานมีการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 100 % มีการจัดเก็บ เบิกจ่าย และใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: เปรียบเทียบ 2 เดือน (บาท)

รายการ	ก่อน (เม.ย.-พค.)	หลัง (กค.-สค.)	ผลต่าง
Grove Disposable	140,068	101,365	ลดลง 38,703
Syringe	277,290.6	286,771	เพิ่ม 9,480.4
Mask	31,080	22,720	ลดลง 8,360
Medicate	238,470.9	223,191.3	ลดลง 15,279.6
Injection pugs	1,547	2,243.5	เพิ่ม 696.5
รวม	688,456.5	513,631.6	ลดลง 174,824.9

พบว่า แนวนวมมีการเปลี่ยนแปลงมีการเบิก และใช้อุปกรณ์ลดลงค่าใช้จ่ายลดลง แต่เนื่องจากเป็นการวัดผลระยะสั้นไม่ถึงไตรมาสจะมีบางรายการที่มีการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น syringe เกิดจากเดือนมิถุนายน (ก่อนหน้า) มีการเบิกลดลง และเดือน กค.-สค. มีนักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติงาน

บทเรียนที่ได้รับ: สถานการณ์ทางด้านการเงินของโรงพยาบาลมีสภาพคล่องลดลง ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ กลุ่มการพยาบาลได้พัฒนารูปแบบการควบคุมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการใช้ที่เหมาะสมคุ้มค่าคุ้มทุน โดยนำร่อง 5 รายการ พบว่ารูปแบบดังกล่าวมีผลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ดังนั้นกลุ่มการพยาบาลจึงได้ดำเนินการควบคุมวัสดุทางการแพทย์ทุกรายการ และโรงพยาบาลควรนำแนวทางนี้ไปขยายผลต่อกลุ่มงานอื่นๆต่อไป

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากการใช้ตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool)

ภญ.เพชรรัตน์ดา ราชดา

สรุปผลงานโดยย่อ: ในปีงบประมาณ 2558 พบรายงานผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาระดับ F จากยาวัณโรค metformin induced lactic acidosis และ colchicine induced myopathy เพื่อให้สอดคล้องกับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU) เกสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยในได้ปรับระบบการทำงานจากเดิมมีเกสัชกรบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมมาเป็นตรวจสอบใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาแทนเนื่องจากอัตรากำลังที่มีจำกัดไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล จัดทำตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool) ขึ้นมาในปีงบประมาณ 2559 เพื่อค้นหาปัญหาเชิงรุก สร้างแนวทางการตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา โดยใช้ระบบตรวจสอบผล lab เช่น eGFR, LFT และระบบแจ้งเตือนยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (DI) ก่อนจ่ายยา เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคตับ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มี DI และเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา พบว่าช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเพิ่มพื้นที่ความครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรม แต่ไม่ได้เพิ่มจำนวนเกสัชกรในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย: อุบัติการณ์การเกิด Preventable ADE เท่ากับ 0

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: พบปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในประเด็นดังนี้ ปัญหาการสั่งใช้ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไต eGFR < 30 ml/min ยังได้รับ metformin ปัญหาการสั่งใช้ยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ เช่น การใช้ยารักษาวัณโรค (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide) ในผู้ป่วยที่มีค่า LFT สูง ปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มี DI ระหว่างยา colchicine กับยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของ CYP3A4 หรือ P-glycoprotein เช่น clarithromycin ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการ ที่ยังขาดการประสานรายการยา (medication reconciliation)

กิจกรรมการพัฒนา: ค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคตับอยู่เดิม โดยตรวจสอบค่าการทำงานของไต ดับน้ำหนักร่างกาย เพื่อประเมินสถานะผู้ป่วย และพิจารณาก่อนสั่งยาหรือจ่ายยาแก่ผู้ป่วย บริक्षाแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา หรือเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พัฒนาโปรแกรมแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มี DI ต่อกันร่วมกับศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อปรึกษาแพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนยาหรือลดขนาดยา พัฒนาระบบตรวจสอบประสานรายการยา ในผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรค ยาต้านไวรัส ยาวัณโรค ทุกรายก่อนจ่ายยาแรกรับ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายก่อนจ่ายยากลับบ้าน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

- ร้อยละการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตที่มี eGFR <30 ml/min เท่ากับ 87.87
- ร้อยละการปรับขนาดยาวัณโรคในผู้ป่วยโรคตับ เท่ากับ 93.87
- การเกิด ADE จากคู่ยา colchicine กับ CYP 3A4 inhibitor หรือ P-glycoprotein inhibitor

เท่ากับ 0

มีผู้ป่วยเกิด colchicine induced myopathy จากการใช้ยา clarithromycin ร่วมกับ colchicine หลังใช้คู่กัน 1 สัปดาห์เริ่มมีแขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง ขากรรไกรค้ำ อาการเป็นมากขึ้นจนเดินไม่ได้ ประเมินแล้วไม่มีสาเหตุจากยาหรือโรคอื่น ในปีงบประมาณ 2559 พบผู้ป่วยได้รับยาร่วมกัน 3 ราย ผลการปรึกษาแพทย์ ยืนยันใช้ร่วมกัน 5 วัน 1 ราย เปลี่ยนยาปฏิชีวนะตัวอื่นแทน 1 ราย และ 1 รายจำเป็นต้องใช้ร่วมกันระยะนาน จึงลดขนาดยา colchicine ลง เกสซ์กรได้ให้คำแนะนำสังเกตอาการพิษจากยา colchicine พร้อมติดฉลากช่วย ร้อยละผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการ ที่ได้รับการประสานรายการยา เท่ากับ >ร้อยละ 80

บทเรียนที่ได้รับ: เกสซ์กรมีบทบาทช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้ตัวส่งสัญญาณ (Trigger tool) ช่วยป้องกันและลดระดับความรุนแรงอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งต้องพัฒนาตัวชี้วัดอื่นๆ ของ RDU ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการใช้ยาและเกิดประโยชน์สูงสุด

โครงการควบคุมการใช้วัสดุการแพทย์

วิภาดา ดวงพิทักษ์

สรุปผลงานโดยย่อ: เป็นการควบคุมการใช้วัสดุการแพทย์ โดยมุ่งเน้นไปที่การลดปริมาณการใช้กระบอกฉีดยา (syringe) และหน้ากากอนามัย (mask) โดยกำหนดให้มีการใช้อย่างคุ้มค่า สมเหตุ สมผล ซึ่งอ้างอิงตามมาตรฐานงาน IC และมาตรฐานการให้ยา และเกิดผลลัพธ์คือสามารถลดปริมาณการใช้วัสดุการแพทย์ ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการใช้วัสดุการแพทย์ ได้ตามวัตถุประสงค์

เป้าหมาย: ลดปริมาณการใช้กระบอกฉีดยา (syringe) มากกว่าร้อยละ 3 จากปริมาณการใช้ในเดือน เมษายน และพฤษภาคม 2559 ภายในเดือนสิงหาคม 2559

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ปัญหาที่ต้องการแก้ไขคือมีการใช้วัสดุการแพทย์ โดยเฉพาะกระบอกฉีดยา และหน้ากากอนามัยอย่างไม่คุ้มค่า มีการเบิกมาใช้จำนวนมาก ที่เก็บไม่เพียงพอ เกิดความสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น ผลกระทบคือเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านวัสดุการแพทย์ เพิ่มขยะ และค่าใช้จ่ายในการทำลายขยะ การจัดเก็บไม่ได้มาตรฐาน 5 ส.

กิจกรรมการพัฒนา: กำหนดนโยบายการควบคุมการเบิก-จ่าย กำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนด Stock card ทบทวนปริมาณการใช้รายเดือน รายไตรมาส กำหนดแนวทางการใช้วัสดุการแพทย์ และการควบคุม กำกับ สรุป ประเมินผล

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: มีการวัดผลของการเปลี่ยนแปลงโดยการเปรียบเทียบปริมาณการใช้รายเดือน และเปรียบเทียบปริมาณการใช้ตามจำนวนผู้ป่วย ผลของการเปลี่ยนแปลง พบว่าสามารถลดปริมาณการใช้ ลดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุการแพทย์ ลดปริมาณขยะ และคาดว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการทำลายขยะลงได้ ตามวัตถุประสงค์

รายการเปรียบเทียบปริมาณการเบิกใช้วัสดุสิ้นเปลือง หอผู้ป่วยเด็กเล็ก

รายการ	จำนวนที่ใช้ (กล่อง)			
	เม.ย. - พ.ค.59	ก.ค.- ส.ค.59	ส่วนต่าง (กล่อง)	ราคา (บาท)
จำนวนผู้รับบริการ	272 คน	351 คน	เพิ่มขึ้น 79 คน	
1 ถังมือ Dispos. ทุกเบอร์				
ถังมือ Dispose.No.S	0	1 (แพทย์ต้องการ)	+ 1 กล่อง	+ 97 บาท
2.Syringe ทุกเบอร์				
2.1 Syringe 1 cc (Insulin)	3	2	- 1 กล่อง	- 215.07 บาท
2.2 Syringe 3 cc	56	52	- 4 กล่อง	- 436.56 บาท
2.3 Syringe 5 cc	17	17	0	0

รายการ	จำนวนที่ใช้ (กล่อง)			
	เม.ย. - พ.ค.59	ก.ค.- ส.ค.59	ส่วนต่าง (กล่อง)	ราคา (บาท)
2.4 Syringe 10 cc	6	2	- 4 กล่อง	- 744.72 บาท
2.5 Syringe 20 cc	6	1	- 5 กล่อง	- 882.75 บาท
2.6 Syringe 50 cc	7	5	- 2 กล่อง	- 513.60 บาท
3. I.V. catheter (Medicut)ทุกเบอร์				
3.1 Medicut No.24	25	27	+ 2 กล่อง	+ 1,091.4 บาท
4. Injection pluge (Heparin lock. NSS. Lock)	200	400	+ 200 อัน	+ 700 บาท
5. Mask Dispos.				
5.1 Mask Dispos. หู	16	11	- 5 กล่อง	- 200 บาท
5.2 Mask Dispos. ผูก	2	0	- 2 กล่อง	- 128.4 บาท
รวมส่วนต่างค่าวัสดุ +1,888.4 - 3,121.1 บาท				ลดลง 1,232.7 บาท

บทเรียนที่ได้รับ: การทำงานที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ แม้จะมีอุปสรรคอยู่บ้าง ถ้าเราไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ย่อมนำไปสู่ผลสำเร็จ ความร่วมแรงร่วมใจ การทำงานเป็นทีมของบุคลากรในทีมสุขภาพ จะคงไว้ซึ่งงาน คุณภาพที่ยั่งยืนตลอดไป

การ Identify patient

คณิงนิจ ศรีชะโคตร, สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์

สรุปผลงานโดยย่อ : งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้ป่วยหลากหลายประเภท การพัฒนาคุณภาพบริการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ มีความปลอดภัย การระบุตัวผู้ป่วย (patient identify) เป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญในการบริการพยาบาล เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง ถูกผู้ป่วย และได้ความปลอดภัย การบริการผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ามีความเสี่ยง อาจเกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก นอนรอตรวจในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้น งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีการพัฒนาการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identify) เพื่อให้ผู้ป่วยได้บริการที่ดี มีคุณภาพและมีความปลอดภัย

เป้าหมาย: จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 0 ครั้ง และผู้ให้บริการมีพึงพอใจ

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: จากการสืบค้นปัญหาดังกล่าว หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีความเห็นร่วมกัน (consensus) ในการจัดทำนวัตกรรมป้ายระบุตัวผู้ป่วยขึ้น เพื่อการระบุตัวให้ถูกต้องกับผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่คัดกรองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ถูกต้อง ถูกคน ถูกตำแหน่ง เป็นต้น

กิจกรรมการพัฒนา:

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย และประชุมกลุ่มย่อย เพื่อหาแนวทางการพัฒนา การดูแลผู้ป่วย
2. ทบทวนวิธีปฏิบัติ การระบุตัวผู้ป่วย
3. ดำเนินการ จัดทำนวัตกรรม ป้ายระบุตัวผู้ป่วยขึ้น ดังนี้
 - 3.1 การจัดทำป้ายระบุตัวผู้ที่ยั่งยืน เพลนนิ่งผู้ป่วย (label indentify)
 - 3.2 การจัดทำกระดานคัดแยก (triage board indentify)
 - 3.3 ป้ายข้อมือผู้ป่วย
 - 3.4 การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย (Active Communication)
4. ติดตาม เก็บข้อมูล ประเมินผลการใช้ ป้าย และ Chart สี ระบุตัวผู้ป่วย

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง : การเก็บอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วย จากตัวชี้วัด QA ประจำเวรทุกวัน ของพยาบาลหัวหน้าเวร ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการ ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทเรียนที่ได้รับ: การระบุตัวผู้ป่วย อาจจะละเมิดสิทธิผู้ป่วย และเป็นความลับของผู้ป่วย ฉะนั้นป้ายระบุตัวผู้ป่วยนี้ใช้ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะนำป้ายออกเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นวัตกรรมการตรวจตับและท่อน้ำดี

กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร

เป้าหมาย: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี และสามารถตรวจคัดกรองโรคได้ด้วยตนเอง

ปัญหาและสาเหตุ: มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma หรือ CCA) คือ มะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีทั้งในและนอกตับ มะเร็งที่เกิดในท่อน้ำดีในเนื้อตับจะถูกเรียกเป็น “มะเร็งท่อน้ำดีในตับ” (intrahepatic CCA) ส่วนที่เกิดกับท่อน้ำดีนอกตับเรียก “มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ” (extrahepatic CCA) และมะเร็งที่เกิดกับตำแหน่งที่ท่อน้ำดีออกจากตับพอดีเรียกเพอริฮิลาร์ (perihilar CCA) ข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2548 หรือเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา โดยเสียชีวิตประมาณ 25,000 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์เปิดเผยว่า โรคมะเร็งใน ปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือประมาณ 7,539 ราย รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน 2,638 ราย และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 63% (1,108 ราย) มะเร็งตับ 18% (320 ราย) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งถือเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก มะเร็งท่อน้ำดีของคนไทยโดยเฉพาะคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นเกิดจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ที่อาศัยอยู่ในเกล็ด พยาธิใบไม้ตับที่เข้าสู่ระบบทางเดินอาหารจะเข้าไปอาศัยอยู่ที่ท่อน้ำดี ทำให้เกิดการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับในท่อน้ำดีและเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก มีการซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บของเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดีซึ่งจะส่งผลให้เกิดการก่อมะเร็งอย่างช้าๆ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 ปี โดยผู้ป่วยที่แสดงอาการเป็นมะเร็งส่วนใหญ่ มักเป็นระยะสุดท้ายซึ่งทำให้รักษาได้ไม่ทันท่วงที โรคร้ายนี้จึงเป็นภัยเงียบของคนไทยที่อยู่คู่กันมาช้านาน จากการประมาณการพบว่าคนอีสานกว่า 20 ล้านคน ติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค การรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับคือให้ยาถ่ายพยาธิชนิดพราซิควอนเทล (Praziquantel) ซึ่งหากประชากรมีความเข้าใจถึงการป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จะช่วยให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงเป็นอย่างมากในอนาคต

กล่าวโดยสรุป โรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นเป็นมะเร็งของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่มีตำแหน่งเกิดได้ทั้งภายในตับและภายนอกตับ ดังนั้นจึงมีคนจำนวนมากเข้าใจผิดว่า มะเร็งท่อน้ำดีนั้นคือมะเร็งตับ ทั้งนี้สาเหตุโรคมะเร็งทั้งสองชนิดนั้นต่างกัน กล่าวคือมะเร็งตับมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พิษสุราเรื้อรัง และสารพิษจากเชื้อราแอฟลาท็อกซิน ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีในภาคอีสานเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอัน

เนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ ดังนั้นการทำความเข้าใจในเบื้องต้นถึงสาเหตุ และตำแหน่งของการเกิดโรคจึงมีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันและรักษาที่ยั่งยืนตลอดไป (พรชรีรา ชูสอน,2558) จากการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคามและนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามปี3 ได้ร่วมกันศึกษาสืบค้นข้อมูลจากบทความ วิทยุ เอกสาร และหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่อยู่ใกล้ตัว และพบในภาคอีสานของประเทศไทยเป็นจำนวนมากที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับน้อย (พรชรีรา ชูสอน,2558) มีความรู้วิธีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวในการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง จึงร่วมวางแผนพัฒนานวัตกรรมการตรวจเต้านมและโมเดลตรวจตับและท่อน้ำดี

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง:

ความพึงพอใจ	ก่อน	หลัง
ผู้ป่วยและญาติ	78%	85%
บุคลากร	75%	89%

การนำไปใช้ประโยชน์: เมื่อได้นวัตกรรม ทางทีมงานจะได้นำไปเผยแพร่ในเวทีการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเครือข่ายประจำปี2560 เพื่อเป็นเครื่องมือในการใช้รณรงค์ในการคัดกรองเชิงรุก ของเครือข่าย รพช./รพสต. และจะได้ประเมินผลการนำไปใช้ต่อไป

บทเรียนที่ได้รับ: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี และสามารถตรวจคัดกรองโรคได้ด้วยตนเองอีกทั้งเป็นการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันของเจ้าหน้าที่

หมวกนิรภัยส่องสว่าง

นิกร เชื้อคำสด

ปัจจุบันอุบัติเหตุเกิดขึ้นในประเทศไทยมีทั้งรูปแบบที่มนุษย์สร้างขึ้นและเกิดจากธรรมชาติ ทั้งที่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถป้องกัน มีปริมาณอุบัติเหตุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี การออกรับและดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดของหน่วยกู้ชีพกู้ภัยต่างๆ จึงเป็นการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด่านแรกที่จะลดความเสียหายของทรัพย์สินและชีวิตของผู้ประสบภัย ก่อนที่จะนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป จากสถิติการออกรับและดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุของกู้ชีพมหาสารคามพบว่ามี การออกรับผู้ป่วยในช่วงเวลากลางคืนในอัตราที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางคืนเนื่องจากมีข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์ส่องสว่างจากตัวรถพยาบาลและไฟฉายที่ใช้ไม่สะดวกในการให้หัตถการในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ทำให้เกิดการล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และบุคคลการที่ออกปฏิบัติหน้าที่ยังขาดอุปกรณ์ป้องกันศีรษะ เมื่อต้องเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่อาจเกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อนที่ไม่สามารถคาดการณ์หรือป้องกันได้ เพื่อต้องแข่งกับเวลาในการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ

ดังนั้น ผู้จัดทำเล็งเห็นถึงความสำคัญนี้จึงได้จัดทำหมวกนิรภัยส่องสว่าง ด้วยวัสดุที่หาได้ง่าย ทนทาน ต้นทุนต่ำ ใช้งานได้จริงและสะดวกต่อผู้ปฏิบัติในการใช้งาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ได้มาตรฐานในระบบการดูแลผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา: แบบวิเคราะห์ โดยใช้สถิติร้อยละ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินปลอดภัยขณะออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

การดำเนินการ: 1. ประชุมทีม เพื่อค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงาน รวบรวมปัญหา 2. นำปัญหาจากการทำงาน ที่ไม่ได้คิดค้นและปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ขึ้น โดยการจัดซื้อไฟสปอร์ตไลท์แบบมือถือเพื่อนำลงไปเมื่อออกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินช่วงเวลาเวรบายและดึก เมื่อจุดเกิดเหตุอยู่ไกลจากตัวรถพยาบาลหรือสถานที่ที่รถพยาบาลไม่สามารถส่องไฟเพื่อให้แสงสว่างได้ถึง ในช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2558 ปัญหาพบว่าไม่สะดวกต่อการทำหัตถการกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันศีรษะ ไม่มีสัญลักษณ์ Commander ณ จุดเกิดเหตุ จัดทำหมวกนิรภัยส่องสว่าง ในช่วงเดือน สิงหาคม 2558 – เมษายน 2559 ไม่พบปัญหาอีก สะดวกต่อการทำหัตถการกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ มีอุปกรณ์ป้องกันศีรษะ มีสัญลักษณ์ผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ (Field Commander) ราคาถูก เจ้าหน้าที่พึงพอใจ

สรุปผลการดำเนินงาน: ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีอุปกรณ์ส่องสว่างที่สะดวกและรวดเร็ว ร้อยละ 95.8 ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีอุปกรณ์ป้องกันศีรษะ ร้อยละ 99.4 เป็นสัญลักษณ์ Commander ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 96.8 ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความพึงพอใจในการใช้หมวกนิรภัยส่องสว่าง ร้อยละ 97.9ลดต้นทุนในการจัดซื้อ หมวกนิรภัยส่องสว่างจาก 2000 – 3500 บาท ต่อ 1 ใบ เหลือ 335 บาท ร้อยละ 83 - 90 เปรียบเทียบข้อมูลราคาจาก

<http://board.trekkingthai.com>

วิเคราะห์และวิจารณ์: การนำอุปกรณ์บางอย่างมาใช้โดยไม่มีมีการดัดแปลง อาจไม่สามารถที่นำมาใช้ได้ทุกสถานที่และเมื่อนำมาใช้จริงอาจพบปัญหาได้ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานที่เกิดเหตุ เช่น การนำไฟสปอร์ตไลท์แบบมือถือไปใช้เพื่อเพิ่มแสงสว่าง เมื่อรถพยาบาลไม่สามารถส่องแสงสว่างถึง แต่เมื่อมีการทำหัตถการกับผู้ป่วยทำให้เกิดอุปสรรค ไม่สะดวกและไม่สามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ ผู้ปฏิบัติงานไม่ค่อยพึงพอใจและเกิดความลำบากในการปฏิบัติหน้าที่มากกว่าอำนวยความสะดวก

จึงได้จัดทำนวัตกรรมหมวกนิรภัยส่องสว่าง พบว่าผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจมากขึ้น ใช้งานง่ายสะดวกและรวดเร็ว ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และยังใช้เป็นสัญลักษณ์ Commander ณ จุดเกิดเหตุได้

ข้อเสนอแนะ: เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของนวัตกรรม ควรนำไปปรับปรุงและผลักดันให้ใช้กับลูกข่าย กู้ชีพในอำเภอเมือง

บทเรียนที่ได้รับ: ปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้หากเรียนรู้และประยุกต์ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

โครงการการบันทึกผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาจ่ายค่าตอบแทน

ธวัชไชย วรรณชัย

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการปรับ ค่าตอบแทนของบุคลากรในหลายรูปแบบ เพื่อแก้ไขปัญหาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกำลังคนในหน่วยบริการและสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเป้าหมายองค์กร จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวความคิดในการทบทวนหลักการและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขใหม่และขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 เพื่ออำนวยการรักษาบุคลากรไว้ในระบบราชการและมีผลิตภาพสูงสุดที่จะให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้แปลงนโยบายนี้สู่การปฏิบัติและจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานจริงตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา แต่จากปัญหาการส่งข้อมูลที่เป็นกระดาษจำนวนมากทำให้การตรวจสอบเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นศูนย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) จัดให้มีโครงการการบันทึกผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ และ smart phone 2) เพื่อนำข้อมูลมาประมวลผล ตรวจสอบ และนำไปคำนวณเป็นค่าตอบแทนในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ

จากการใช้โปรแกรมตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 – มีนาคม 2557 (ช่วงที่ 1) ซึ่งมีการบันทึกผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนจำนวน 1,297 คน และช่วงเดือนเมษายน – กันยายน 2557 (ช่วงที่ 2) จำนวน 1,369 คน ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลได้ทุกเครื่องหรือบันทึกผ่าน smart phone หรือเครื่องคอมพิวเตอร์จากที่บ้านได้ ทำให้บุคลากรทุกคนสามารถส่งข้อมูลภาระงานให้คณะกรรมการ P4P ได้ทันเวลาได้มากกว่าร้อยละ 92 (ช่วงที่ 1) และร้อยละ 98.5 (ช่วงที่ 2) คณะกรรมการสามารถนำข้อมูลมาประมวลผลเป็นค่าตอบแทน ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถจ่ายค่าตอบแทนได้ทุกเดือนละประมาณ 3.1 - 3.3 ล้านบาท โดยจ่ายตั้งแต่เดือนเมษายน 2556 - มีนาคม 2557 เป็นเงิน 38,489,795 บาท และช่วงเดือนเมษายน - กันยายน 2557 เป็นเงิน 20,221,617 บาท รวมทั้งสิ้น 58,711,412 บาท

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน

บังอร ศรีป้อง

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :หน่วยงานหอผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคามให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้านหู คอ จมูก ทั้งกลุ่มโรคที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อและกลุ่มโรคที่เป็น Tumor ซึ่งภาวะวิกฤติของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการอักเสบมีโอกาสทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนได้จากสถิติการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนใน ปี พ.ศ. 2554, 2555, 2556 จำนวน 60 ราย, 86 ราย และ 120 รายตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ปีละ 1 ราย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอเปิดทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อช่วยชีวิต จากสถิติพบว่าผู้ป่วยเจาะคอในปีพ.ศ. 2556, 2557, 2558 มีจำนวน 10 ราย, 19 รายและ 15 รายตามลำดับจากเดิมหน่วยงาน ได้จัดทำแบบประเมิน UAO และให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินและการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและครอบคลุมสู่ชุมชนดังนั้นจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความพร้อมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

เป้าหมาย: 1. บุคลากรสามารถประเมินผู้ป่วย UAO และช่วยผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast tract ได้ทัน 2. ลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน 3. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเจาะคอจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การให้บริการ การเปลี่ยนแปลง: พ.ศ.2557 1. ปรับปรุงแบบประเมิน Routine upper airway obstruction care ให้ครอบคลุม ขยายการนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม 2. ฟื้นฟูความรู้และทักษะการประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา การอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน แก่บุคลากรที่ให้การดูแล

พ.ศ.2558 1. ทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน **สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล** รูปแบบการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในโรงพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลในชุมชน จัดทำแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ สำหรับพยาบาลวิชาชีพและมีการประเมิน **ญาติ/ผู้ดูแล** ฝึกทักษะการดูแลแผลเจาะคอ ฝึกการดูดเสมหะ ส่งโภชนาการฝึกทำอาหาร BD การล้างทำความสะอาดและเปลี่ยน Inner Tube **ชุมชน** ฝึกนักร้อง กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านวังไผ่ ตำบล ลาดพัฒนา อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 15 คน โดย ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เนื่องจากผู้ป่วย ไม่มีญาติ เมื่อกลับสู่ชุมชน อสม.ทั้งหมู่บ้านทำหน้าที่ดูแล (ให้ความรู้ และฝึกทักษะที่หอผู้ป่วย โดยมี เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ลาดและผู้ใหญ่บ้านเข้าร่วมประชุมด้วย) 2. เป็นหน่วยให้บริการการยืมท่อเจาะคอชนิดโลหะในหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล **พ.ศ.2559** มีการทำนวัตกรรมผ้าพันคอ มหัทศจรีย์ เพื่อใช้ปิดท่อเจาะคอเมื่อคนไข้กลับสู่ชุมชน

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง: ปีงบประมาณ 2554-2559

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2554	2555	2256	2557	2558	2559 (ต.ค.- ส.ค. 59)
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง		60	86	120	143	132	139
1. อัตราการใช้แบบประเมินภาวะ Upper airway obstruction	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการประเมิน Upper airway obstruction	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเจาะคอในหน่วยงาน		6	8	10	19	15	11
1. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน	0 %	5.26% (1ราย)	0 % (1ราย)	0 % (1ราย)	0%	0%	0%

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันเข้าระบบ Fast tract

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2256	2557	2558	2559 ต.ค.-ส.ค. 59
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		3	8	5	1
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าระบบ fast tract ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ภายใน 30 นาที (เริ่มจากห้องฉุกเฉินประสานห้องผ่าตัด จนถึงเริ่มผ่าตัด)	100 %	100% (3 ราย)	87.5% (7 ราย)	100% (2ราย)	100% (1ราย)
2. ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติระบบ fast tract ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน	100 %	100%	100%	100%	100%

บทเรียนที่ได้รับ: 1. มีรูปแบบการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 2. มีความภาคภูมิใจร่วมกัน ที่จะช่วยผู้ป่วยและการเตรียมพร้อมญาติ/ผู้ดูแล/ชุมชน ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยทุกรายต่อไป

แผนที่จะดำเนินการต่อไป: 1. ขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสู่ชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัด 2. ทำเป็นงานวิจัย Action Research

วงล้อหลังผ่าตัดหรรษา

สุมาลี พลแสน

เป้าหมาย: 1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับการประเมินและดูแลตามมาตรฐาน $\geq 90\%$ 2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล $\leq 1\%$ 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 80\%$

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ รวมถึงอวัยวะภายในช่องท้องได้รับการรบกวนจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังการผ่าตัดตามมาได้ การผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่จะใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด และจะมีระดับความรุนแรงมากที่สุดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมด้วยตนเองน้อยลง ส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้ากว่าปกติ นอกจากนี้ผลของการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยังคงมีฤทธิ์เหลืออยู่ 6-8 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบและภาวะปอดอักเสบตามมาได้ หากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดยาวนานขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นด้วย

จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดช่องท้องที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีพ.ศ. 2557-2558 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,306 ราย, 600 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่มีอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดและได้รับการดูแลให้ยาระงับอาการปวดจำนวน 1,134 ราย 480 ราย คิดเป็น 89.15%, 80% แต่ปัญหาที่พบตามมาหลังให้การยาแก้ปวดคือ ภาวะท้องอืดขณะนอนโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย แน่นอึดอัดท้อง บางรายต้องได้ใส่สายสวนกระเพาะอาหารเพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัด ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดอาการไม่สุขสบาย ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยบางรายต้องทรมานจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัดเนื่องจากไม่กล้าแจ้งอาการปวดแผลของตนเองกับเจ้าหน้าที่พยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และผู้ป่วย/ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล 7 ราย ได้แก่ ท้องอืด 5 ราย, ปอดอักเสบ 1 ราย, แผลกดทับ 1 ราย จากปัญหาดังกล่าวกลุ่มงานศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปจึงได้จัดทำนวัตกรรมวงล้อหลังผ่าตัดหรรษาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ทำการประเมินและให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัดตรงตามเวลา ผู้ป่วยได้รับการบริการหลังการผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน และยิ่งช่วยเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลุกเดินเร็วหลังผ่าตัดป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อีกด้วย

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมิน	เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2559 (ต.ค.58-เม.ย.59)
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับการประเมินและดูแลตามมาตรฐาน	100 %	95 %	100 %
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล	≤ 1%	1.17% (7 ราย)	0
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ 80 %	87 %	95 %

บทเรียนที่ได้รับ: การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้วมีการนำปัญหาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและหาวิธีการในการแก้ไขร่วมกัน ย่อมทำให้เกิดการสร้างผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อองค์กร ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้ ยังสามารถลดอุบัติการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้อีกด้วย

เสื่อมีชีวิต Colostomy

ฐิตินันท์ จันทะพา

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ : จากสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิงและพบมากเป็นอันดับ 4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดพบผู้ป่วยรายใหม่ 11,496 ราย/ปี และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ 6,845 ราย/ปี (สถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2553) และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ไม่ค่อยแสดงอาการในระยะเริ่มต้น และจะแสดงอาการเมื่อโรคมะเร็งลุกลามมากแล้ว ทำให้การรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ค่อนข้างยากจากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และทวารของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ปี 2557-2558 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 28 และ 35 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 35 รายพบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องแล้วและวิตกกังวลการผ่าตัด และพบผู้ป่วยจำนวน 8 รายที่ไม่สามารถเปลี่ยนถุง colostomy ได้ด้วยตนเอง พบปัญหาของการ re-admit จากการดูแล colostomy จำนวน 3 ราย ได้แก่ รุทวารเทียมตีบจำนวน 1 ราย แผลผ่าตัดมีเลือดซึมออกทาง colostomy จำนวน 1 ราย มีแผลเปื่อยรอบทวารเทียมจำนวน 1 ราย นอกจากนี้ยังพบปัญหาอีกว่าผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด ทำให้ต้องมีการเลื่อนการผ่าตัดออกเนื่องจากมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องจำนวน 2 ราย จากปัญหาดังกล่าวส่งผลทำให้หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่สามารถดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาญาติในการเปลี่ยนถุง colostomy และทำความสะอาดทวารเทียมให้ ขาดความมั่นใจและเกิดความกลัวในการดูแล colostomy ด้วยตนเอง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปจึงได้เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยได้จัดทำนวัตกรรมเสื่อมีชีวิต Colostomy ขึ้น เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่าง ลักษณะตำแหน่งของลำไส้และได้สัมผัสทวารเทียมทางหน้าท้องที่มีลักษณะคล้ายของจริง รวมถึงการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องหลังผ่าตัดที่ถูกต้องถูกวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาญาติ และเกิดความมั่นใจในการดำรงชีวิตประจำวันด้วย

เป้าหมาย: 1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ถูกต้อง 100%
2. อัตรา re-admit จากการดูแล colostomy ไม่ถูกต้องเท่ากับ 0
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ $\geq 85\%$

กิจกรรมการพัฒนา: 1) ประชุมทบทวนปัญหาที่พบในหน่วยงาน 2) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา โดยการ Brain storming พบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด colostomy เกิดจากความกลัว ความไม่มั่นใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการดูแลทวารเทียม ขาดการลองปฏิบัติและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่ถูกต้อง/ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ /มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง 3) คิดค้นแนวทางและนวัตกรรมช่วยในการเตรียมสอนให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยจัดทำเสื่อมีชีวิต Colostomy ขึ้นควบคู่กับคู่มือการดูแล

ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง 4) นำสู่การปฏิบัติโดยการใช้เสื้อมีชีวิต Colostomy มาช่วยสอนให้ความรู้
ผู้ป่วยขณะทำกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด 5) สรุปประเมินผลการใช้นวัตกรรม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง:

การประเมินผล	เป้าหมาย	ก่อนปี 58	หลังปี 59 (ต.ค.58-เม.ย.59)
1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลทวารเทียมทางหน้าท้องได้ถูกต้อง	100%	75%	100%
2. อัตรา re-admit จากการดูแล colostomy ไม่ถูกต้อง	0	8.57% (3/35 ราย)	0
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	≥85 %	80 %	92 %

บทเรียนที่ได้รับ: กระบวนการสอนที่ให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพที่ชัดเจน มีตัวอย่างสาธิต ผู้ป่วยได้สัมผัสและลองปฏิบัติด้วยตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์

กลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจและสภาพทางสังคมในระยะยาวได้ เทศบาลเมืองมหาสารคามซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมืองมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมดและเมื่อประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 3.9 จากปัญหาดังกล่าวในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกายจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่บูรณาการเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองมหาสารคามและเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ทำการวิจัยในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 4 แห่ง เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 4 คน ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลมหาสารคาม 6 คน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลเมืองมหาสารคาม 6 คน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จำนวน 57 คน รวม 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบประเมินBethel Index แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว แบบประเมินระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ บันทึกการสนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **ผลการศึกษา:** พบว่า การดำเนินงานสามารถกำหนดกิจกรรมของการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ได้เป็น 10 กิจกรรมคือ 1) จัดตั้งทีมในการดำเนินงาน 2) สสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ 3) อบรมพัฒนาทักษะบุคลากร (Care Manager/Care Worker) 4) วิเคราะห์ข้อมูล/คืนข้อมูล 5) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนร่วมกับชุมชน 6) ประชุมวางแผนจัดทำ Care Plan ร่วมกับสหวิชาชีพ 7) ออกปฏิบัติงานตามแผน 8) ออกติดตามประเมินผล 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยบทเรียนและรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่องของงานสามารถสรุปได้ 5 รูปแบบ คือ 1. การจัดการโดยท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ 2. มีเครือข่ายในการดำเนินงาน 3. มีการค้นหาความต้องการของผู้รับบริการ 4. มีแผนนโยบายที่ชัดเจน 5. มีการทำงานเป็นทีม ผลจากการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลมีค่า Bethel Index เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 คุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลในระดับดี/ดีมากร้อยละ 98.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในระดับดี/ดีมากร้อยละ 97.3 ระดับความพร้อมของครอบครัวอยู่ในระดับดี (มากกว่า 20 คะแนน) ร้อยละ35 จากการศึกษาสามารถพัฒนาหารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่นำไปประยุกต์ใช้ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

การศึกษาสมรรถนะผู้นำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีคุณภาพชีวิตปลอดภัย ปลอดภัย

วารสาร สวัสดิ์

จากสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน วัยรุ่นไทยเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองจึงทำให้มีการทดลองใช้สารเสพติดกันเพิ่มจำนวนสูงขึ้น โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ที่ลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกทำให้ยากต่อการควบคุมและนักดื่มรายใหม่ก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนราชภัฏศรีสวัสดิ์ จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่องการศึกษาสมรรถนะผู้นำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีคุณภาพชีวิต ปลอดภัย ปลอดภัย **วัตถุประสงค์:** 1. เพื่อประเมินทัศนคติของผู้นำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีคุณภาพชีวิต ปลอดภัย ปลอดภัย 2. เพื่อประเมินภาวะผู้นำของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีคุณภาพชีวิต ปลอดภัย ปลอดภัย **วิธีการดำเนินการวิจัย:** รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดทัศนคติและแบบประเมินภาวะผู้นำของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีคุณภาพชีวิต ปลอดภัย ปลอดภัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำนักศึกษาสโมสรของแต่ละคณะ จำนวน 92 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann Whitney U- test และ Kruskal -Wallis Test **ผลการศึกษา:** พบว่า 1. ทัศนคติต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.90$) 2. ภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.33$) 3. ทัศนคติต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษาระหว่างเพศหญิงกับเพศชายไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.67$) 4. ภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษาระหว่างเพศหญิงกับเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.04$) โดยที่ภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เพศหญิงมีค่าสูงกว่าเพศชาย 5. ทัศนคติต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีระยะเวลาเป็นแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.00$) 6. ภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีระยะเวลาเป็นแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามแตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.36$) 7. ทัศนคติต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.01$) 8. ภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.00$) **สรุปและอภิปรายผล:** ได้ว่าทัศนคติต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่มีระยะเวลาการเป็นแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และชั้นปีที่ศึกษา มีความแตกต่างกัน ภาวะผู้นำของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ต่อบุหรี่ เหล้า ของแกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เพศหญิง เพศชาย และชั้นปีที่ศึกษา มีความแตกต่างกัน **ข้อเสนอแนะ:** การปลูกฝังทัศนคติและภาวะผู้นำ ให้มีคุณภาพชีวิตปลอดภัย ปลอดภัย ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ที่ถูกต้องสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับรุ่นน้องต่อไป ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไปควรจัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และภาวะผู้นำต่อบุหรี่ เหล้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นรายบุคคล

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบ้านโนนแสนสุข หมู่ที่ 8 ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
นิจลารรณ เพ็ชรรินทร์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประชาชนกลุ่มเสี่ยงบ้านโนนแสนสุข หมู่ที่ 8
ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)
ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน
(Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observation) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบ้านโนนแสนสุข หมู่ที่ 8 จำนวน 30 คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าจากผลการสำรวจผู้ที่เคยมีอาการเจ็บป่วยจากการได้รับพิษจาก
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระยะรอบปีที่ผ่านมาทั้งที่เป็นผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผู้บริโภค และเป็นผู้สนใจ
เข้าร่วมโครงการ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม
แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา
(Content analysis) ผลการศึกษาพบว่าหลังการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้เรื่องการได้รับพิษ
ของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่า
ก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนผลการตรวจปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสใน
เลือด จำนวน 30 ราย พบว่าก่อนการศึกษามีปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ในระดับปกติ จำนวน
9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 หลังการศึกษามีปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ในระดับปกติ จำนวน
23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.67

ผลการวิจัยค้นพบว่ากิจกรรมที่สำคัญจากการพัฒนาขึ้นมี 9 กิจกรรมดังนี้ 1) การชี้แจงทำความเข้าใจ
โครงการกับทีมสุขภาพ 2) การตรวจยืนยันปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด 3) การจัดประชุมใน
ระดับหมู่บ้าน เพื่อคืนข้อมูลแก่ชุมชน 4) การให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 5) การจัดทำแผน/กฎกติกา
หมู่บ้านเพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหา 6) การดำเนินงานตามแผนและกฎกติกาหมู่บ้าน 7) การประชาสัมพันธ์
โครงการ 8) การติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 9) การถอด
บทเรียนร่วมกันทำให้ได้รูปแบบจากการพัฒนา คือ “SANSU-Model” ซึ่งประกอบไปด้วย S:Self-
management (การบริหารจัดการด้วยตนเอง) A:Assessment (การประเมินปัญหา) N:New Knowledge
(การพัฒนาความรู้และทักษะ) S:Statistics (ข้อมูล) U:Unity (การร่วมมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)
ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและมีการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชดีขึ้น และส่งผลให้ปริมาณเอ็นไซม์
โคลีนเอสเตอเรสในเลือด อยู่ในระดับที่ปกติเพิ่มขึ้น จึงควรพิจารณานำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานใน
พื้นที่ และเผยแพร่ให้พื้นที่อื่นที่มีสภาพปัญหาใกล้เคียงกันได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมต่อไป

การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
กรรณิการ์ โง่นสุข

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อทดลองนำรูปแบบการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้เป็นแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กแรกเกิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามผลการตรวจระดับฮอร์โมนTSH ในเด็กแรกเกิด หลังการดำเนินงาน 12 เดือน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One group Pretest-Posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร จำนวน 30 คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ ตุลาคม 2557 – ธันวาคม 2558 โดยมีโปรแกรมกิจกรรมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการติดตามให้การสนับสนุนทางสังคมต่อเนื่องแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ครั้ง ใน 12 สัปดาห์ และเฝ้าติดตามผลการตรวจคัดกรองระดับฮอร์โมน TSH ในเด็กแรกเกิดในระยะเวลา 12 เดือนหลังการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนผลการเฝ้าระวังติดตามผลการตรวจระดับฮอร์โมน TSH ในเด็กแรกเกิด จำนวน 17 ราย พบว่ามีระดับ TSH ในระดับปกติทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมกิจกรรมการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตรดีขึ้น ส่งผลให้เด็กแรกเกิดมีระดับฮอร์โมน TSH ที่ปกติทุกราย จึงควรพิจารณานำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ และเผยแพร่ให้พื้นที่อื่นที่มีสภาพปัญหาใกล้เคียงกันได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ,แรงสนับสนุนทางสังคม,โรคขาดสารไอโอดีน

การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักศึกษา

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ทรงศตวรรษณ เดชมาลา

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิที่คนไทยทุกคนพึงได้รับและโดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในสถาบันการศึกษาที่มีการย้ายภูมิลำเนา มีความจำเป็นต้องจัดระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ ตั้งขึ้นโดยความร่วมมือของโรงพยาบาลมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เปิดบริการเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2554 ที่ชั้นล่างอาคารกองพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการฉีดยาทำแผล ฉีดวัคซีน วางแผนครอบครัว ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ทุกวันในเวลาราชการ เวลา 8.00-16.00 น. โดยทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ออกตรวจในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ มีจำนวนนักศึกษาขึ้นทะเบียนสิทธิ์ร้อยละ 35 อัตราเฉลี่ยผู้มารับบริการ 16 คนต่อวัน ซึ่งมีจำนวนน้อย จึงได้นำปัญหาการขึ้นทะเบียนสิทธิ์และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์และประชุมร่วมกับกองพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักศึกษา ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชั้นปีที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ รวม 333 คน ดำเนินการระหว่าง เดือนสิงหาคม 2556 ถึง เดือนพฤษภาคม 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม แบบบันทึก การสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการศึกษา พบว่า ขั้นตอนการพัฒนาระบบครั้งนี้ ประกอบด้วย 11 ขั้นตอนดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงเพื่อเตรียมทีม 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) ประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 4) ประชุมคณะกรรมการ 5) จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 7) พัฒนาระบบบริการ 8) การสร้างภาคีเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่ดี 9) การสังเกตการให้บริการ 10) นิเทศติดตาม 11) การคืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน จากผลของการพัฒนาพบว่า 1) จำนวนนักศึกษาที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 76 2) สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์และโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2556-2557 เพิ่มขึ้นจาก 1.11 เป็น 1.28 3) คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการคือ 2.91 อยู่ในระดับมาก 4) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ คือ 4.59 อยู่ในระดับมาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การสร้างภาคีเครือข่าย การมียุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เกี่ยวข้อง การจัดระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มนิสิตนักศึกษา เป็นบทบาทที่สถาบันการศึกษาทุกแห่ง ต้องถือเป็นภารกิจสำคัญ โดยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบการขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนครอบคลุมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและสะดวกให้เกิดขึ้น

ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน จังหวัดมหาสารคาม

นางปราณี ถีอาสนา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน ทั้งหมด 45 คน ใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ 1) มีกิจกรรม 12 ขั้นตอน 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน มีการเปลี่ยนแปลงด้านความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน และ 4) มีรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโน คือ การประสานงานภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม (N) กำหนดวันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (N) การคิดเชิงบวก (P) เสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (C) และ การรู้คุณค่าการชมเชย (A) หรือที่เรียกว่ารูปแบบ NN-PCA โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาครั้งนี้คือ การมีผู้นำและผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญในการพัฒนา การรวบรวมข้อมูล และการมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิพื้นที่อื่นๆได้ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคประชาชน ซึ่งจะต้องมีการติดตามและมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ และนำไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ นอกเขตเมือง ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพบริการ เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

การศึกษาสถานการณ์ และการใช้แนวทางการรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

กรณีศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม

ทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า 2) เพื่อทบทวนหาแนวทางการรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน และศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ที่มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 1,679 คน ผู้สัมผัสโรคโดยตรง 28 คน และทีมสหวิชาชีพ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วย แบบฟอร์มสอบสวนโรคเฉพาะราย (รง.36) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลจากการวิจัย พบว่า 1) ข้อมูลผู้ที่มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 1,679 คน ส่วนใหญ่จะถูกกัดและข่วนเป็นแผลมีเลือดออก ร้อยละ 96.12 รองลงมาถูกงับเป็นรอยขีด ไม่มีเลือดออก ร้อยละ 1.85 ตำแหน่งที่ถูกกัด แขนขา ร้อยละ 41.39 ใบหน้า ร้อยละ 1.55 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ล้างแผลก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 65.75 ไม่ได้ล้างแผล ร้อยละ 34.25 ได้วัคซีนฉีดเข้าใต้ผิวหนัง+RIG มากที่สุด ร้อยละ 30.14 รองลงมาคือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ +RIG ร้อยละ 29.122 ข้อมูลผู้สัมผัสโรคโดยตรง 28 คน (ผลตรวจหัวสุนัขที่มีพิษสุนัขบ้าเป็นผลบวก) พบว่า สัมผัสโดยมีรอยขีดข่วนแต่ไม่มีเลือดออก จำนวน 6 คน สัมผัสโดยการให้อาหารและเลียขูด จำนวน 22 คน ได้รับวัคซีนป้องกันครบ 3 เข็มภายใน 7 วัน จำนวน 4 คน ได้รับวัคซีนป้องกันครบ 3 เข็มแต่เกิน 7 วัน จำนวน 24 คน 3) ผลการทบทวนแนวทางการรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามีปัญหาดังนี้ (1) กระบวนการรักษา และการส่งยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาเดียวกัน (2) ขั้นตอนการรักษามากเกินไป ทำให้เกิดความสับสน (3) แนวทางยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและล่าช้าในการรักษา ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการทบทวนแนวทางการรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะให้บุคคลากรได้ใช้อย่างถูกต้องและมีประโยชน์แก่ผู้มารับบริการได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

คำสำคัญ: แนวทางการรักษา ,โรคพิษสุนัขบ้า

การพัฒนาแบบการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง
ภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
วิศรดา ตีเมืองซ้าย

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 ใน 3 อันดับแรกของคนไทย เป็นโรคที่มีความวิกฤติสูงสุด หากได้รับการบำบัดรักษาไม่ทันการณ์จะมีอัตราการเสียชีวิตและพิการสูงจึงควรมีการป้องกันในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค **วิธีดำเนินการวิจัย:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบการป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม **ขอบเขตการวิจัย:** ศึกษาในพื้นที่ที่มีอัตราสูงของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จำนวน 3 แห่ง คือ รพ.สต.โคกก่อง รพ.สต.หนองโน และรพ.สต.เชียงเหียน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 แห่ง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านภูดิน หมู่ที่ 11 ตำบลโคกก่อง จำนวน 49 คน บ้านน่านกเขียน หมู่ที่ 3 ตำบลหนองโน จำนวน 40 คน และบ้านหัน หมู่ที่ 4 ตำบลเขวา จำนวน 30 คน มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2558 – กุมภาพันธ์ 2559 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามระบบฐานข้อมูล HosXP และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา **ผลการศึกษา:** พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนา 6 ขั้นตอนคือ 1) การทำงานร่วมกัน (U:Unity Team) 2) ความต้องการรับรู้สถานการณ์ข้อมูล (N:Need for Data situation) 3) การประชุมจัดทำแผน (M : Meeting) 4) การยกย่องชื่นชม(A:Appreciation) 5) การสนับสนุน (G : Give support) 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E:Essential care) ซึ่งกำหนดเป็นรูปแบบที่เรียกว่า Mueang Model และพบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด ระดับมาก เท่ากับร้อยละ 52.11 คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ระดับปานกลางร้อยละ 53.78 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดี เท่ากับร้อยละ 54.69 และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี เท่ากับร้อยละ 58.02 สรุปปัจจัยความสำเร็จ คือ ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือ TIS ประกอบด้วย T : Team คือ การทำงานเป็นทีมทุกระดับ, I : Information คือ การสื่อสาร การคืนข้อมูล การประชุม , S : Supporting คือ การสนับสนุนงบประมาณ วิชาการ ขวัญกำลังใจ ซึ่งทำให้การพัฒนาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

ภาคผนวก

สำเนาฉบับ

คำสั่งโรงพยาบาลมหาสารคาม

ที่ ๑๗๕/๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดงานมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙

ด้วยโรงพยาบาลมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์จัดงานมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานต่างๆ มีการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการอย่างต่อเนื่องและเป็นเวทีให้หน่วยงานต่างๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการของหน่วยงานอื่นด้วย

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดงานมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙ ดังนี้ คือ

๑. คณะกรรมการที่ปรึกษา

๑.๑ นายวีระศักดิ์ อนุตรอังกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
๑.๒ นายสุรกิจ ยศพล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
๑.๓ นายพรชัย พัวรัตนอรุณกร	รองผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง
๑.๔ นายไพบูลย์ อัครธนบดี	รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ
๑.๕ นางเพ็ญศรี บำรุง	หัวหน้าพยาบาล
๑.๖ นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์	ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร และหัวหน้าฝ่ายการเงินและพัสดุ
๑.๗ นายวีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
๑.๘ นายสุดชาย เลนวนานิชย์เจริญ	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ
๑.๙ นายเสน่ห์ บูรณวรศิลป์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและกิจกรรมพิเศษ
๑.๑๐ นางธนพร มุทาพร	รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายใน
๑.๑๑ นางจรรย์ญา จุฬาริ	รองผู้อำนวยการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลและรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบ การดูแลแบบประคับประคอง
๑.๑๒ นายบวร แสนสุโพธิ์	รองผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคลและ รองผู้อำนวยการด้านแพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

บทบาทหน้าที่

๑. ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน แก้ปัญหาแก่คณะกรรมการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. อำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานมหกรรมประกวดผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙

เป็นไปตามวัตถุประสงค์

๒. คณะกรรมการดำเนินงาน

๒.๑ นางสาวกิตติยา ตียาภักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒.๒ นายธนิน รัฐิพรณกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๓ นางสาวเพ็ญภา เหลียงไพบูลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๔ นางรัตติยา ทองสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ

๒.๕ นางรัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๖ นางวันเพ็ญ วรามิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๗ นางสุภาพรรณ จันสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๘ นางสาวทรงศตวรรษ เดชมลาลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๙ นายสมชาย ประจัญกล้า	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๑๐ นายสมชัย ยิ้มศิริ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๑๑ นางสาวสมพิศ ปินะเก	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒.๑๒ นายเอื้อพงษ์ ลิมปพนาสิทธิ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๓ นายเก่งกาจ อุณหฤทธิ์	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๔ นายวรศิลป์ ดีสุรกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๕ นางสาวจันทร์จิรา ควรรตีกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๖ นางสาวอัจฉริยา แสนมี	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๗ นางสาวญาณพันธ์ุ ถายา	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๘ นางสาวกนกพร โชคคตวิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๙ นางวิภาวดี แสนโคตร	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๐ นางสาวมยุรี ประคำทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๑ นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๒ นางจุลินทร ศรีโพนทัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๓ นางสาวสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๔ นางเพลินตา คำหลาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๕ นางสาวขมัย ปินะเก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๖ นางสาวทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๗ นางวัฒนา สว่างศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๘ นางวิศรดา ตีเมืองชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๒๙ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๐ นางสาวธนานันต์ อุณหนันท์	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๑ นางสาววิมลรัฐติยา เสรีชัยกุล	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๒ นางชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๓ นางสาวกุลอนงค์ เกิดศิริ	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๔ นางสุขใจ ไยชน์	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๕ นายศราวดี ศุภรวิษญาณนท์	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๖ นางนันทนา ชมภูยั้ง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๗ นายณรงค์ ภูนาขาว	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๘ นางพัชรา พรหมอารักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓๙ นางสาวอนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๔๐ นางกรรณิการ์ ไร่สุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๔๑ นายพิสิฏฐ์ แสงโทโพธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๔๒ นายอดิศักดิ์ ถมอุตทา	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒.๔๓ นางสุวัฒนา แก้วกัลยา	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการ
๒.๔๔ นางผกาแพรว วรเศยานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ

- ๒.๔๕ นางวไลพร ปักเคระกา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๔๖ นางสาวอัญชุลี ประคำทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๔๗ นางสาวศุภลักษณ์ จันทาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
บทบาทหน้าที่

๑. ประชุมวางแผนจัดมหกรรมวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม
๒. อำนวยการและดำเนินการปฏิบัติ ได้แก่ จัดทำหนังสือ ประสานงาน ลงทะเบียน ประชาสัมพันธ์ สถานที่ และจัดการประชุมเพื่อให้บรรลุตามแผนที่ตั้งไว้
๓. จัดทำหนังสือสรุปผลงานมหกรรมวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๕๙
๔. สรุปและประเมินผลการจัดมหกรรมวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๕๙

๓. คณะกรรมการคัดเลือกและตัดสินผลงานดีเด่น

๓.๑ คณะกรรมการคัดเลือกผลงาน

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------|
| ๑. นางสาวกิตติยา ตียามักดี | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | ประธานกรรมการ |
| ๒. นายธนิน จิตติพรรณกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๓. นางผกาแพรว วรเศยานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๔. นางรัตติยา ทองสมบูรณ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๕. นางวไลพร ปักเคระกา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๖. นายสมชัย ยิ้มศิริ | นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๗. นางสาวอัญชุลี ประคำทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๘. นางวัฒนา สว่างศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๙. นางบุญมี สันโดษ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๐. นายณรงค์ ภูนาขาว | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๑. นางสาวศุภลักษณ์ จันทาญ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๒. นางชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๓. นางสุภาภร ผ่องอุดม | บรรณารักษ์ | กรรมการ |
| ๑๔. นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการและเลขานุการ |

๓.๒ คณะกรรมการตัดสินผลงาน CQI

- | | | |
|----------------------|--|---------------|
| ๑. นางเพ็ญศรี บำรุง | หัวหน้าพยาบาล | ประธานกรรมการ |
| ๒. ดร.นฤมล เอนกวิทย์ | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
ศรีมหาสารคาม | กรรมการ |
| ๓. ดร.สุทิน ชนะบุญ | อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น | กรรมการ |

๓.๓ คณะกรรมการตัดสินผลงานเรื่องเล่า

- | | | |
|----------------------------|---|---------------|
| ๑. นายสุรภกิจ ยศพล | นายแพทย์เชี่ยวชาญ | ประธานกรรมการ |
| ๒. นางสาวปราณี คำศิริรักษ์ | อาจารย์พิเศษประจำวิทยาลัย
พยาบาลศรีมหาสารคาม | กรรมการ |
| ๓. นางสาวณัฐพร คำศิริรักษ์ | อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาล
ศรีมหาสารคาม | กรรมการ |

๓.๔ คณะกรรมการรวบรวมคะแนน

๑. นางรัตติยา ทองสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นางชวมัย ปินะเก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางจุลินทร ศรีโพนทัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางเพลินตา คำหลาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาวอัญชุลี ประคำทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวทิพย์พาวณี เพชรวิเชียรชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางวไลพร ปักเคราะห์กา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
๙. นางสาวสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

- บทบาทหน้าที่
๑. จัดมหกรรม CQI และเรื่องเล่า เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ผลงานคุณภาพ
 ๒. ทบทวนและร่วมปรับปรุงแนวทางการคัดเลือกและเกณฑ์การตัดสินผลงานดีเด่น
 ๓. ประชุมตัดสินร่วมให้คะแนนเพื่อคัดเลือกผลงานพัฒนาคุณภาพหน่วยงานที่ยอดเยี่ยม
 ๔. ร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

๔. คณะกรรมการประสานงานกลาง

๔.๑ คณะกรรมการประสานงานห้องประกวดผลงาน CQI

๑. นางวไลพร ปักเคราะห์กา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๒. นางชวมัย ปินะเก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางจุลินทร ศรีโพนทัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางนิรมล โทแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและพิธีกร
๕. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

๔.๒ คณะกรรมการประสานงานห้องประกวดผลงานเรื่องเล่า

๑. นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางเพลินตา คำหลาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวศุภลักษณ์ จันทาญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและพิธีกร
๕. นางรำไพ เกตุจิระโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

๔.๓ คณะกรรมการเตรียมอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม

๑. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางชวมัย ปินะเก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางจุลินทร ศรีโพนทัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางเพลินตา คำหลาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสาวสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ

๔.๔ คณะกรรมการด้านสถานที่ ห้องประชุม และสื่อดัดแปลงอุปกรณ์

๑. นางสุภาภร ผ่องอุดม	บรรณารักษ์	ประธานกรรมการ
๒. นายไพบูลย์ สีลาโคตร	เจ้าพนักงานสื่อดัดแปลงศึกษาชำนาญงาน	กรรมการ
๓. นางอรสา สีละอามาตย์	เจ้าพนักงานสื่อดัดแปลงศึกษาชำนาญงาน	กรรมการ
๔. นายอนุพงศ์ เต็มอินทร์	เจ้าพนักงานสื่อดัดแปลงศึกษา	กรรมการ
๕. นางสาวมาริส ปัตตังเว	เจ้าพนักงานสื่อดัดแปลงศึกษา	กรรมการ

๖. นางสาวประภาพร ฝ่ายดี นักวิชาการสาธารณสุข กรรมการและเลขานุการ
- ๔.๕ คณะกรรมการด้านคอมพิวเตอร์และเครือข่าย
๑. นางสาวกาญจนาภรณ์ ตาราไต่ เกษีขกรชำนาญการ ประธานกรรมการ
๒. นายประวิทย์ ฤทธิ์เจริญวัตถุ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ กรรมการ
๓. นายพิทยะ ธรรมบุตร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ กรรมการและเลขานุการ
- ๔.๖ คณะกรรมการด้านประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่
๑. นางนันทนพ รัตนเดชสกุล ทันตแพทย์ชำนาญการ ประธานกรรมการ
๒. นายปัทมกร วัฒนากุลปัญญา นักประชาสัมพันธ์ กรรมการ
- บทบาทหน้าที่
๑. จัดเตรียมห้องประชุมสำหรับการนำเสนอผลงานวิชาการ และอำนวยความสะดวกในการประชุม
๒. จัดเตรียมอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม ให้เพียงพอสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม
๓. จัดเตรียมเครื่องโสตทัศนอุปกรณ์ในการประชุม และบันทึกวีดิโอบรรยายภาคการประชุม
๔. จัดหาอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ Printer และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้พร้อมสำหรับการประชุม
๖. เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ มหกรรมผลงานวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๕๙

ขอให้ คณะกรรมการฯ ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งนี้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
อย่างเคร่งครัดเพื่อบังเกิดผลดีแก่ทางราชการต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(นายวีระศักดิ์ อนุตรอังกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ประภาพร/ร่าง/พิมพ์

/ตรวจ

๙๒๗
7๐๐๕๗

คณะผู้จัดทำ

❖ เจ้าของ

- โรงพยาบาลมหาสารคาม

❖ ที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกฝ่าย
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกด้าน

❖ อำนวยการผลิต

- นพ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

❖ รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหา

- นางรัตติยา ทองสมบูรณ์ พยาบาลวิชาการชำนาญการพิเศษ
- นางสาวอัญชุลี ประคำทอง พยาบาลวิชาการชำนาญการ
- นางสาวประภาพร ฝ้ายดี นักวิชาการสาธารณสุข

❖ ตรวจสอบเนื้อหา

- พญ.กิตติยา ติยาภักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- พญ.ผกาแพรว วรเศยานนท์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- นพ.ธนิน ฐิติพรรณกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

❖ ออกแบบปก

- นางสาวมารีสา ปัตตังเว เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา งานเวชนิทัศน์

❖ ปีที่พิมพ์

- กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙



โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL