



วารสารพยาบาลสวนดอก


ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครเขื่อนขันธ์กาบแก้วบัวบาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 24 ฉบับที่ มกราคม - มิถุนายน 2561

ISSN 0899-2993



นุชน้อยในสวนดอก © จิตเวชภัณฑ์

<p>บรรณาธิการบริหาร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ดร.हरรรษา เทียนทอง</p> <p>บรรณาธิการ นางสาวโสมาวดี กล่อมสังข์</p> <p>กองบรรณาธิการ นางอารีย์ กุณณะ นางประไพพันธ์ วงศ์เครือ นางสาวพัชรี จันทร์อินทร์ นางสาวเอื้องทิพย์ คำปັນ นางนงลักษณ์ อินตา ดร.จิตถนอม สังขนันท์ นายสำราญ พุ่มวัชระ นายวีรพงษ์ ธนวงศ์อุดม นางณัชวดี ไหวศรี นางธิดา เตโชสว่าง</p> <p>ฝ่ายรูปเล่ม นางธิดา เตโชสว่าง</p> <p>ฝ่ายธุรการ นางสาวณิชนันท์ เมืองคำ</p> <p>ปก นางธิดา เตโชสว่าง</p>	<p><p>วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2560 ISSN 0899 – 2993</p><hr/><p>บรรณาธิการแถลง</p><p>บรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารพยาบาลสวนดอก จะเป็นสื่อในการเผยแพร่ เกี่ยวกับความรู้ และผลงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลให้เป็นที่แพร่หลาย เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอด เพื่อใช้ประโยชน์ได้จริงในการปฏิบัติงานจริง</p><p>บรรณาธิการ</p></p>
---	---

<p>ภาพปก นางธิดา เดโชสว่าง</p>	
<p>เจ้าของ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</p>	

สารบัญ

วิจัย / วิเคราะห์งาน / CQI: การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 Management of CVC Occlusion in Pediatric : วิไล สถาวรวิจิตร	4
KM: ระบบและกลไกจริยธรรม: ความบีบคั้นทางจริยธรรมบนความคาดหวังของครอบครัว (Moral Distress on Family's Expectation): ศิริพร ใจวัง , ประภัสสร บัณฑุรัตน์, ชัชณี มณีวรรณ และวิรดา ทวีเปล่งแสงสุข	11
KM: การพัฒนาระบบงาน เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกัน (Intussusception) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ : นาง ชมพูนุท ทิพย์ผ่อง*	20
KM : โครงการ ศูนย์จอยจ่ายห้องสื่อสารจับใจ ใช้คิวอาร์โค้ด : นางสาวศิริพร พงษ์ระวีวงศา	24
นวัตกรรม: สาแทรกช่วยสร้าง Healthy Work Place : นางสาวสมจิตร์ ปันทียะ / นางสาวสมจิต สมพัทธ์	28
นวัตกรรม: การพัฒนาผลลัพธ์ของPCT Thoracic aortic aneurysm : นางสาวศรีจันทร์ ใจตั้ง และ PCT Thoracic aortic aneurysm	33
บุคคลเด่นวันนี้ : สุพรรณิ เตரியมวิศิษฐ์ ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมศาสตร์	38
บนเส้นทาง >>>> พยาบาลยุคใหม่ หัวใจ Y: เจริญชรา ตาวารัตน์ หอผู้ป่วยหนักออร์โธปิดิกส์ งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	

**** โรงพยาบาลคุณธรรม ****

“CQIT”

C : Customer focus

การมุ่งเน้นผู้รับบริการ

Q : Quality

คุณภาพการรักษาพยาบาลได้มาตรฐานระดับสากล

I : Innovation

สร้างนวัตกรรมด้านการรักษาพยาบาล

T : Team work

การทำงานเป็นทีม

การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน
ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

Management of CVC Occlusion in Pediatric

วิไล สถาวรวิจิตร *

หลักการและเหตุผล

การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Catheter : CVC) มีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่มีความเข้มข้น แต่ในขณะเดียวกันอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้ ปัญหาการอุดตันของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ การเพิ่มค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการแทงเส้นเลือดใหม่ซึ่งปัญหานี้สามารถป้องกันและควบคุมได้ ถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการป้องกันการอุดตันระหว่างการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จะส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อลดอุบัติการณ์ลดระยะเวลาที่พักรักษาตัวรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายต่างๆด้วย จากสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ตั้งแต่ปี พ . ศ . 2557 ถึง พ . ศ . 2559 มีผู้ป่วยที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 14, 9 และ 19 คนตามลำดับ พบปัญหาการอุดตันของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจำนวน 55 เส้น จากจำนวนของสายสวนทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 107 เส้น คิดเป็นร้อยละ 51.4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็ก มากกว่าร้อยละ 80
2. อุบัติการณ์การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน น้อยกว่าร้อยละ 10
- 3.

ระยะเวลาในการดำเนินการโครงการ

ตั้งแต่เดือนมีนาคมพ.ศ. 2560 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2560

*พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

Plan (การวางแผน)

1. ทบทวนเวชระเบียนเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการอุดตันระหว่างการทำสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในผู้ป่วยเด็ก
3. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันจากองค์กรภายนอก

Do (การปฏิบัติ)

1. จัดทำแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1
2. ชี้แจงให้บุคลากรในหอผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็ก พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในโครงการ

Check (การตรวจสอบและประเมินผล)

1. ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็กของเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วยงาน โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม
2. ติดตามอุบัติการณ์การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1
3. ประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วยงาน

Act. (การปรับปรุง)

1. ปรึกษารื้อร่วมกันภายในหน่วยงาน เกี่ยวกับปัญหาที่พบ แนวทางในการแก้ไข
2. นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไขและประเมินผลซ้ำ

ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	๗	๗
อุบัติการณ์การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน	51.4 %	4.76 %
เจ้าหน้าที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวทาง		100%

บทเรียนที่ได้รับ การเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตัน สามารถป้องกันและควบคุมได้ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากการแทงเส้นเลือดใหม่

แนวทางการป้องกันการเกิดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอุดตันในผู้ป่วยทารกและเด็ก

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์

ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Complications of Central Venous Catheter) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การติดเชื้อ (infection) เช่นการติดเชื้อทางกระแสโลหิต รวมทั้งการติดเชื้อเฉพาะที่เช่น การติดเชื้อที่ subcutaneous pocket, tunnel, exit site และภาวะแทรกซ้อนทางเทคนิค (mechanical complications) เช่น

สายสวนอุดตัน (catheter occlusion) การเลื่อนหลุดของสาย (catheter dislodgement) และสายสวนพับ หัก งอ

ภาวะแทรกซ้อนทางเทคนิค (Mechanical complications)

ภาวะแทรกซ้อนทางเทคนิค (mechanical complications) ที่พบบ่อยคือสายสวนอุดตันจากลิ่มเลือด (thrombus) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในเด็กที่มีการศึกษาการเกิดอุบัติการณ์ ประมาณร้อยละ 7-30 (Andrew et al., 1995; Kenney, David, & Bensoussan, 1996; Korones, Buzzard, Asselin, & Harris, 1996) สายสวนอุดตัน (catheter occlusion) อาจจะเป็นการอุดตันบางส่วน (partially occlusion) หรืออุดตันทั้งหมด (totally occlusion) สายสวนอุดตันบางส่วน หมายถึง การที่สารน้ำสามารถผ่านเข้าไปในสายสวนได้แต่ไม่สามารถดูดเลือดได้ ส่วนการอุดตันทั้งหมดของสายสวนหมายถึงสารน้ำไม่สามารถผ่านเข้าไปในสายสวนหรือไม่สามารถ flush สายสวนได้

สาเหตุของการอุดตันส่วนใหญ่เกิดจากลิ่มเลือด (thrombus) ภายในและภายนอกสาย catheter ซึ่งเป็นสาเหตุของการดึงสายออกถึงร้อยละ 25 (Haire & Herbst, 2000) การอุดตันจากลิ่มเลือดแบ่งเป็น 4 ชนิดดังนี้

1. Intraluminal thrombosis ทำให้เกิด partial occlusion ซึ่งมักจะเกิดจากการ flush สายไม่ดีพอ การไหลของสารน้ำผ่านสายสวนไม่เพียงพอ การไหลย้อน (reflux) ของเลือดเข้ามาในสายสวน
2. Fibrin tail (หรือ Fibrin flap) เกิดจาก fibrin, blood cells และ platelets มาเกาะที่ปลายสาย ทำให้เกิด effect one-way valve ดูดเลือดไม่ได้ แต่สามารถ flush สายได้
3. Fibrin sheath เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการอุดตันจาก fibrin ที่มาเกาะพื้นผิวรอบนอกของสายสวน
4. Mural thrombosis เกิดจากผนังเส้นเลือดถูกทำลายจากปลายสายสวนที่อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องทำให้เซลล์เยื่อผนังเส้นเลือดตายและมี fibrin, platelets, blood cells มาเกาะและกลายเป็น thrombus ทำให้เส้นเลือดอุดตันได้

ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการอุดตันมักเกิดจากการตกตะกอนของยาหรือสารละลายที่ไม่เข้ากัน เช่น สารเกลือแร่ (mineral) ไขมัน (lipid) ไดอะซีแพม (diazepam) ฟีนีโทอิน (phenytoin) แคลเซียมฟอสเฟต (calcium-phosphate) อีโตโปซายด์ (etoposide)

เฮปาริน (heparin) (Abraham & Alavi, 2000) นอกจากนี้ อาจพบการอุดตันจากตำแหน่งของสายไม่เหมาะสม (catheter malposition) จากก้อนเนื้ออก สายพับ หัก งอ หรือสายฉีกขาด เป็นต้น

การแก้ไขการอุดตันของสายสวนบางส่วนมีหลายวิธี เช่น เปลี่ยนท่าหนึ่งหรือท่านอนหรือยกแขนข้างที่มีสายสวนขึ้นไปเหนือศีรษะ จะช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น นอกจากนี้ ยังมีวิธีอื่นอาจช่วยได้ เช่น หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง ไอ หายใจลึกๆ ส่วนการอุดตันทั้งหมดของสายสวน ควรพิจารณาใช้ thrombolytic agents เช่น tPA (tissue plasminogen activator) แต่มีราคาแพง(สมถวิล ศิริเรือง, 2552)

พยาบาลหรือบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการใช้สาย จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ วิธีการใช้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันและสามารถแก้ไขได้ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของอุปกรณ์เหล่านี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จะช่วยให้เก็บสายสวนไว้ใช้ได้ในระยะยาว

การป้องกันการอุดตันของสายหลอดเลือดดำส่วนกลาง

1. วิธีเตรียม heparinized saline : ผสม heparin 0.2 ml (1000 Units) ใน NSS 100 ml จะ ได้ความเข้มข้น 10 units/ml ใช้ได้ภายใน 24 ชม
2. ในกรณีที่มีการให้ parenteral nutrition ต้องมีการไล่สายด้วย NSS 5 ml ทุก 24 ชั่วโมง
3. กรณีให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ต้องมีการไล่สายด้วย NSS 3 ml ก่อนและหลังให้เลือด
4. ถ้าไม่มีสารน้ำไหลเข้าตลอดเวลา ต้องไล่สายด้วย NSS 3 ml และล๊อคสายด้วย heparinized saline ทุก 12 ชั่วโมง
5. กรณีมี port วาง ให้หมุนเวียนการใช้งาน ของ port ทุก 24 ชั่วโมง พร้อมบันทึก การใช้ port
6. เมื่อมีการอุดตันที่ port ใด port หนึ่ง แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องใช้สาย central line อยู่ ให้ใช้ port ที่ยังไม่ clot ต่อ เท่าที่จำเป็น รายงานแพทย์ ให้ทราบว่ามี port ของ central line clot เพื่อให้พิจารณาว่าสมควรใช้ต่อหรือไม่

วิธีไล่สายและล๊อคสาย แต่ละ port ให้ทำดังนี้

1. ดูดเลือดดูก่อนว่าไม่ตัน โดยใช้ Syringe 3 ml ดูดเลือดออกช้าๆ 0.5 – 1 ml
2. ไล่สายด้วย NSS 3 ml ใช้วิธี ดัน หยุด ดัน หยุด (push pause technique)
3. ไล่สายต่อด้วย heparinized saline 1.5 – 2 ml (ประมาณ 3 เท่าของ priming volume ของแต่ละ port) แล้ว clamp lock ทันที (positive pressure technique) ปิดจุกให้เรียบร้อย

การให้ยาเป็นครั้งคราว (ควรเป็น proximal port)

1. ดูดเลือดดูก่อนว่าไม่ตัน โดยใช้ Syringe 3 ml ดูดเลือดออกช้าๆ 0.5 – 1 ml
2. ก่อนให้ยา ให้ไล่สายด้วย NSS 3 ml ใช้วิธี ดัน หยุด ดัน หยุด (push pause technique)
3. ให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์
4. เมื่อให้ยาเสร็จแล้ว ให้ไล่สายด้วย NSS 3 ml ใช้วิธี ดัน หยุด ดัน หยุด (push pause technique)
5. ล็อกสายด้วย heparinized saline 1.5 – 2 ml โดยใช้ positive pressure technique ทุก 8 ชั่วโมง ตั้งเวลา 6 – 14 - 22 น. ตั้งโนไบMAR แยกไบจากMARอื่นๆ

การดูดเลือดเพื่อส่งตรวจ

1. ไม่ควรดูดเลือดจากสายที่มี TPN
2. ดูดเลือดทิ้งก่อน 2 -3 ml แล้วใช้ syringe อีกอันหนึ่งดูดเลือดเพื่อส่งตรวจ เวลาดูดเลือดให้ดูดช้าๆ
3. เมื่อเสร็จการดูดเลือดให้ flush ด้วย NSS 3 ml ใช้วิธี ดัน หยุด ดัน หยุด (push pause technique)
4. ล็อกสายด้วย heparinized saline 1.5 – 2 ml ด้วยวิธี positive pressure technique

การให้ยา	การให้เลือด	การให้ TPN	การดูดเลือดตรวจ
<p>ดูดเห็นเลือด</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>↓</p> <p>ให้ยา drip ยา</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>↓</p> <p>Heparine 2 ml</p> <p>(แวนละ 1 ครั้ง)</p>	<p>ดูดเห็นเลือด</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>↓</p> <p>ให้เลือด</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>↓</p> <p>Heparine 2 ml</p>	<p>ดูดเห็นเลือด</p> <p>↓</p> <p>NSS 3</p> <p>↓</p> <p>ให้TPN จนหมด</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>↓</p> <p>(Heparine 2 ml)</p> <p>หรือ</p> <p>ให้TPN ต่อ</p> <p>(วันละ 1 ครั้ง)</p>	<p>ดูดเลือดทิ้ง 2 -3 ml</p> <p>↓</p> <p>ดูดเลือดตรวจ</p> <p>↓</p> <p>NSS 3 ml</p> <p>(หรือจนมองไม่เห็นเลือดในสาย)</p> <p>↓</p> <p>Heparine 2 ml</p>
Heparin 0.2 ml (1000 Units) + NSS 100 ml ครั้งละ 2 ml (อยู่ได้ 24 ชั่วโมง)			
ใส่สายด้วย NSS ใช้วิธี ดัน หยุด ดัน หยุด (push pause technique)			
ล็อกสายด้วย heparinized saline ด้วยวิธี positive pressure technique			

บรรณานุกรม

คณะทำงาน KM สายงานการพยาบาลไอ.ซี.ยู. (2559).

คู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง. โรงพยาบาลตำรวจ,

<http://www.policehospital.org/ckfinder/userfiles>

สมถวิล ศิริเรือง. (2552). การดูแลเด็กที่มีสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง.

รามาริบัติพยาบาลสาร, 14(13): 279-287.

Abraham, J. L., & Alavi, J. B. (2000). Indwelling access devices. In R. Hoffman, E. J., Benz, S. J., Shattil, B., Furie, H. J., Cohen, L. E., Silberstein., et al.(Eds.), *Hematology: Basic principles and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Andrew, M., Marzinotto, V., Pencharz, P., Zlotkin, S., Burrows, P., Ingram, J., et al., (1995). A cross-sectional study of catheter-related thrombosis in children receiving total parenteral nutrition at home. *Journal of Pediatrics*, 12(3), 358-363.

Haire, W. D., & Herbst, S. F. (2000, Summer). Use of Alteplase (t-PA) for the management of thrombotic catheter dysfunction. *Journal of Vascular Access Device*, Summer, 1-8.

Kenney, B. D., David, M., & Bensoussan, A. L. (1996). Anticoagulation without catheter removal in children with catheter-related central vein thrombosis. *Journal of Pediatric Surgery*, 31(6), 816-818.

Korones, D. N., Buzzard, C. J., Asselin, B. L & Harris, J. P.(1996). Right atrial thrombi in children with cancer and indwelling catheters .*Journal of Pediatrics*.128(6), 841-846.

ระบบและกลไกจริยธรรม: ความบีบคั้นทางจริยธรรมบนความคาดหวังของครอบครัว

(Moral Distress on Family's Expectation)

ศิริพร ใจวัง , ประภัสสร บัณฑุรัตน์, ชัชณี มณีวรรณ และวิรดา ทวีเปล่งแสงสุข*

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาททั้งก่อนและหลังผ่าตัดที่ต้องการการเฝ้าระวังความผิดปกติและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

และการจัดการความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 ของทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ในจำนวนนี้ร้อยละ 60 ไม่รู้สึกตัว พูดไม่ได้ ทำตามคำบอกไม่ได้ ร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่สับสน โวยวาย พักไม่ได้ นอนดิ้น เสี่ยงต่อ

ออกจากร่างกาย



(จากสถิติผู้ป่วยของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ร.พ.มหาราชนครเชียงใหม่, 2559)
ดั่งภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สภาพผู้ป่วยในหอผู้ป่วยนี้

ภาพที่ 1 สถานการณ์ของหอผู้ป่วย

บุคลากรพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยนี้ต้องพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่ปกติพยาบาลต้องให้ญาติสายตรงมาเซ็นดีโปยินยอมการรักษาให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาตัวเองได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มาโรงพยาบาลด้วยการนำส่งของเจ้าหน้าที่กู้ภัย พยาบาลต้องประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องติดตามหาญาติให้ผู้ป่วย ส่วนแพทย์ก็ต้องตัดสินใจรักษาเพื่อพิทักษ์ชีวิตของผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน การทำงานของบุคลากรที่นี้ค่อนข้างหนัก บางครั้งต้องระงับความรู้สึกไม่พอใจหากผู้ป่วยที่สับสนพูดไม่สุภาพ ด่าทอ ต้องใช้ความพยายามที่จะป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากความสับสนของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ป่วยบางรายอาการหนักจนเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตในขั้นตอนการรักษาของแพทย์ จำเป็นต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพยากรณ์โรคและวางแผนการรักษา ร่วมกับญาติ ด้วยการลงความเห็นว่าคุณป่วยมีภาวะสมองตาย (declare brain death) ซึ่งถือเป็นการแจ้งข่าวร้ายที่ทั้งแพทย์ผู้รักษา พยาบาลผู้ดูแลจะให้ความสำคัญและระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะจะนำไปสู่ความเศร้าโศกของญาติและสิ่งนี้ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดเป็นภาวะความบีบคั้นทางจริยธรรม(moral distress) (Ellen,

Barbara & Ruth, 2005) ทำให้เครียด นอนไม่หลับ บางครั้งรู้สึกเศร้าซึมและไม่อยากเผชิญกับสภาพการณ์เหล่านี้ ทางหอผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีการบริหารจัดการเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง ดังกล่าว รวมถึงการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคลากรด้วยการปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชเข้ามาดูแล

จากแนวคิดจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหลักประพฤติปฏิบัติที่ดีงาม โดยมีพื้นฐานจากหลักศีลธรรมทางศาสนา ค่านิยมทางวัฒนธรรม ประเพณี กฎหมาย รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้บุคคลแสดงออกในสิ่งที่ดี เหมาะสม ถูกต้องอย่างมีหลักการ โดยใช้ความรู้ สติปัญญา เหตุผล พิจารณาไตร่ตรอง ว่าอะไรควร อะไรไม่ควรทำ เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม อันครอบคลุมถึงเรื่อง การเคารพความเป็นเอกสิทธิ์โดยให้ข้อมูล ให้อิสระและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย การกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ กระทำเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น กระทำด้วยความซื่อสัตย์ตามพันธะสัญญาวิชาชีพ การทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความยุติธรรมและการบอกความจริง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ได้ถือปฏิบัติเสมอมา

ในปี พ.ศ.2559 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ประกาศนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม ฝ่ายการพยาบาลจึงได้มีแผนดำเนินงานสอดคล้องกันทำให้มีความชัดเจนในนโยบายสู่แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลด้วยคุณธรรมและจริยธรรม มีการสื่อสารในองค์กรอย่างมีรูปแบบและเห็นเป็นรูปธรรม (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2559; 2560) ซึ่งหอผู้ป่วยนี้ได้นำนโยบายและแผนการดำเนินงานดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติ

วิธีการขั้นตอนในการพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรม

1. ทางหอผู้ป่วยได้ส่งบุคลากรระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลระดับปฏิบัติ ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมทางการแพทย์ ที่ทางฝ่ายการพยาบาลจัด

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาลทบทุนแผนการพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมทางการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล

3. หัวหน้าหอผู้ป่วยนำแผนลงปฏิบัติในหน่วยงาน โดยมีการทำ ethical round ขณะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยทำethical conference หลังรับ-ส่งเวรตอนเช้า รวมทั้งนำเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในที่ประชุมประจำเดือนของหัวหน้าหอผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ทั้งนี้คณะกรรมการจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาลจะสุ่มติดตามผลเป็นระยะและทางหอผู้ป่วยได้จัดทำ ethical risk profile ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย

4. นอกจากนี้ยังมีโครงการส่งเสริมการทำความดีที่ทางหอผู้ป่วยร่วมทำกับงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ได้แก่ โครงการ “ทำดีเพื่อพ่อ” ทางหอผู้ป่วยได้ส่งบุคลากรระดับผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลเข้าร่วมโครงการดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาลมีพฤติกรรมบริการดีขึ้นและช่วยระมัดระวังความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การตกเตียง การดิ่งท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

โครงการ “อุ้มวันจำหวน บริก้านเต็มใจ จาวศัลย์มีวินัย ฮ่วมใจกันทำงาน” เป็นโครงการที่ส่งเสริมให้บุคลากรในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์มีการพูดจาไพเราะ บริการด้วยความเต็มใจ มีระเบียบวินัยในการทำงานและมีความสามัคคี

และที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วยได้ตั้งกล่องรับข้อคิดเห็นชื่อ “กล่องคนดี@สวนดอก” โดยให้ผู้รับบริการเสนอข้อบุคลากรที่ทำงานดีนายกย่องใส่ในกล่องนี้

โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้ระบบและกลไกจริยธรรม

โครงการที่หอผู้ป่วยทำสอดคล้องกับนโยบายของฝ่ายการพยาบาลและงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ คือ

1 หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเข้ามีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และทำethical round ทุกเช้า หากพบว่ามีประเด็นที่ควรให้บุคลากรได้เรียนรู้ จะนำมาพูดคุยหรือทำ ethical conference หลังการรับ-ส่งเวร ร่วมกับการพูดคุยกันเรื่องผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (high alert patient) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการทำ ethical conference ร่วมกับการพูดคุยเกี่ยวกับ high alert patient หลังการรับ – ส่งเวรตอนเช้า

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำตัวอย่างประเด็นจริยธรรมที่พบในหอผู้ป่วยนี้ไปร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าหอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยตลยศาสตร์ ในเรื่องที่น่าสนใจและอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรม เช่น การมีความคลาดเคลื่อนในการให้ยาจากการระบุชื่อยาผิด การผูกมัดผู้ป่วยที่สับสนเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ

3. การกำหนด ethical risk profile ของหอผู้ป่วยนี้ คือ

1) เสี่ยงต่อการละเมิดเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยนี้มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาเองได้จึงกำหนดแนวทางให้ผู้แทนโดยชอบธรรมตัดสินใจในการรักษาแทน เพื่อเป็นการพิทักษ์ประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย

2) เสี่ยงต่อการให้บริการที่ไม่เป็นธรรมแก่ผู้ป่วยและไม่เป็นไปตามพันธสัญญาวิชาชีพ

จึงมีการกำหนดให้บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดีและปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

3) เสี่ยงต่อการละเมิดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวไม่ปกติทำให้บุคลากรบางคนไม่ระมัดระวังในการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย

จึงกำหนดแนวทางให้กันม่านทุกครั้งที่ทำสิ่งเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย

4) เสี่ยงต่อการทำอันตรายแก่ผู้ป่วยจากการผูกมัด เนื่องจากผู้ป่วยสับสนเสี่ยงต่อการตกเตียงและตั้งอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ออกจากร่างกายจึงมีการผูกมัดกำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการผูกมัดอย่างเคร่งครัด

5) เสี่ยงต่อการทำอันตรายแก่ผู้ป่วยจากการระบุตัวผู้ป่วยหรือกิจกรรมการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องกำหนดให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการระบุตัวและกิจกรรมพยาบาลอย่างเคร่งครัด

ความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรม/โครงการภายใต้การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมรวมทั้งผลลัพธ์ของระบบและกลไกจริยธรรม

เนื่องจากเป็นโครงการที่อยู่ในระยะเริ่มต้นขณะนี้ยังคงดำเนินการกิจกรรมดังกล่าวเบื้องต้นอยู่ ผลลัพธ์ของแต่ละกิจกรรมคือบุคลากรพยาบาลทุกระดับมีการตื่นตัวในการมีส่วนร่วมพูดคุยออกความคิดเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำ ethical conference เมื่อพบเห็นสิ่งที่มีความเสี่ยงต่อการทำผิดจริยธรรมบุคลากรพยาบาลทุกระดับจะนำประเด็นนั้นมานำเสนอ พูดคุยใน ethical conference หลังการรับเวรตอนเช้าเพื่อให้เพื่อนร่วมงานได้ระมัดระวังไม่ให้ผิดจริยธรรม

กรณีศึกษา

จากการทำ ethical round และการพูดคุยกันในทีมบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็น high alert patient ได้พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทั้งทางคลินิกและทางจริยธรรม ที่นำนำมาเรียนรู้ คือ ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ จริยธรรม คุณธรรม เพื่อชี้้นำกระบวนการดูแลอย่างมีคุณภาพ ท่ามกลางความคาดหวังที่สูงของครอบครัวซึ่งมีความรักความผูกพันต่อผู้ป่วย

เป้าหมาย :

1. บุคลากรเกิดการเรียนรู้เพื่อเกิดการพัฒนากระบวนการก้าวผ่านภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและญาติมีความพึงพอใจ

ความเป็นมา กิจกรรมการพัฒนาและผลลัพธ์

ผู้ป่วยหญิง อายุ 26 ปี ประสบอุบัติเหตุรถยนต์ชนกับรถทัวร์ เมื่อ เดือนมกราคม 2560 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย โดยแพทย์วินิจฉัยว่า ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (Dx.Multiple Injury) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Bilateral decompressive craniectomy with cisternostomy ทันทีในวันเกิดเหตุ และต่อมาเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ได้รับการผ่าตัด Duraplasty with Tracheostomy and PEG แต่อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร หลังจากนั้นผู้ป่วยถูกส่งตัวมาร.พ.มหาราชนครเชียงใหม่ด้วยปัญหาสำคัญคือ ติดเชื้อระบบประสาท(Meningoencephalitis) ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ(VAP) และ hemodynamic unstable

ที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท อาการแรกเริ่ม คือ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด (E1VTM1) คาท่อหลอดลมคอดต่อกับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีการกระตุ้นเครื่องช่วยหายใจเลย รุ่มาตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35 °C ต้องใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายเกือบตลอดเวลา

จากการสังเกตของทีมบุคลากรพยาบาล พบว่า บิดา คนรัก และ บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ยังไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันนั้นได้ ทีมแพทย์ได้ให้ข้อมูลการรักษากับบิดาผู้ป่วยตั้งแต่ต้นและให้เข้าเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยก็จะเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดาและบอกถึงอาการและแผนการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ด้วยเช่นกัน เมื่อเกิดความไว้วางใจในทีมบิดาผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ครอบครัวนี้มีลูกเพียง 2 คน ผู้ป่วยเป็นลูกสาวคนสุดท้าย ส่วนลูกอีกคนเป็นผู้ชายทำงานที่กรุงเทพฯ มารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตนานแล้ว ทุกคนในครอบครัวรักผู้ป่วยมาก จึงเป็นการยากที่จะทำใจ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ญาติผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ในขณะเดียวกันก็ได้ตั้งความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาลไว้สูง ในขณะที่หอผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังรวมทั้งอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมอุณหภูมิร่างกายซึ่งไม่มีใช้ต้องยืมมาจากหอผู้ป่วยอื่น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม (Moral distress) ของทีมพยาบาล

ทุกคนรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการและอธิบายเหตุผลให้ญาติรับฟังได้ ทำให้รู้สึกผิดและเครียดจนถึงกับไม่อยากเผชิญหน้า แต่...ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

จากปัญหาดังกล่าวทางทีมจึงได้ประชุมกลุ่มเพื่อการพูดคุยและรับรู้ความรู้สึกของเพื่อนร่วมงาน ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้สบายใจขึ้นระดับหนึ่ง แต่เท่านี้ยังไม่เพียงพอที่จะก้าวเดินผ่านเหตุการณ์นี้ไปได้

ครบ 1 เดือนของการดูแล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทั่วไปค่อนข้างคงที่ ประสาทศัลยแพทย์ (neuro surgeon) ได้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมด้านระบบประสาท (neurologist) ให้มาทำการตรวจวินิจฉัยสมองตาย (Declare brain dead) เพื่อให้ทราบการพยากรณ์ของโรคและวางแผนการรักษาร่วมกับญาติผู้ป่วยต่อไป

ช่วงเวลาของการรอคอยนั้นยิ่งนานยิ่งทำให้ทีมบุคลากรพยาบาลเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมมากขึ้นเรื่อยๆ ต่างคนก็ไม่อยากเผชิญหน้ากับญาติผู้ป่วย แม้กระทั่งการบอกผลการตรวจซึ่งคาดว่าจะเป็นอย่างร้าย เมื่อถามว่า ควรจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของใครที่จะแจ้งข่าวร้าย ทุกคนตอบตรงกันว่า เป็นบทบาทความรับผิดชอบของทีมแพทย์ เมื่อเหตุการณ์ตั้งเครียดมากขึ้น ทีมบุคลากรพยาบาลได้หาทางออกกันเองแต่ไม่สำเร็จทีมจึงได้ประชุมปรึกษาหารือกันว่าเราควรจะทำอย่างไร สุดท้ายก็ได้ผู้แทนเทศจากฝ่ายการพยาบาลเข้ามาให้คำปรึกษา

ที่ปรึกษาจากฝ่ายการพยาบาลเข้ามาร่วมประชุมกลุ่มรับฟังเหตุการณ์และสิ่งที่ทำให้ทีมเกิดความมึนงงและเครียด จึงได้ให้ทุกคนมองปัญหาที่เกิดขึ้นสะท้อนมุมมองให้ทุกคนได้คิดว่าหนทางแก้ไขสถานการณ์ควรเป็นอย่างไร ทุกคนเริ่มชัดเจนในบทบาทและหน้าที่มากขึ้น ดังนี้

บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในส่วนของ การดูแลผู้ป่วย คือ การอยู่กับญาติขณะที่แพทย์แจ้ง

ข่าวร้าย และต้องสังเกตสอทวนความเข้าใจของญาติว่า เข้าใจตรงกับที่แพทย์แจ้งหรือไม่ ซึ่งต้องมีเทคนิคที่จะไม่ทำให้ญาติรู้สึกว่าถูกตอกย้ำ ซ้ำเติม ให้แยะไปกว่าเดิม สำหรับ ในส่วนของ การดูแลลูกทีม เมื่อทราบว่า ทุกคนรู้สึกคล้ายกันหมด คือ อึดอัด ลำบากใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น หัวหน้าฯจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะเป็นผู้ทำให้ทุกคนมั่นใจว่าเราจะก้าวผ่านเหตุการณ์นี้ไปด้วยกันให้

ได้ หัวหน้าบอกกับทุกคนว่า เข้าใจและรับรู้
ในฐานะที่เป็นหัวหน้าตัวเองต้องเป็นคนที่มีมองเห็นภาพรวมและบริหารจัดการปัญหาความรู้สึก
บีบคั้น กัดดันในครั้งนี้นำผ่านไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความมุ่งมั่นของหัวหน้า
และพันธะสัญญาที่ให้ต่อทีม ทำให้ทีมรู้สึกสบายใจขึ้น
มั่นใจและมองเห็นแนวทางที่จะปฏิบัติได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ทุกคนเชื่อมั่นในหัวหน้า

บทบาทของบุคลากรในทีมทุกคน ทราบว่า บทบาทของคนในทีม คือ
ดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดเหมือนผู้ป่วยทั่วไป
เคารพเกียรติศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี
ให้ข้อมูลกับญาติตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องและเป็นความจริง
รวมทั้งประคับประคองภาวะจิตใจของญาติให้เผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้

ผลการตรวจวินิจฉัยสมองตาย
พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะไม่ครบตามข้อบ่งชี้ของแพทย์สภาที่จะสามารถชี้ชัดว่า สมองตาย
แพทย์อายุรกรรมด้านระบบประสาทจึงขอผลการตรวจวินิจฉัยไปปรึกษากับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ
หากแน่ใจแล้วจึงจะมาแจ้งให้บิดาผู้ป่วยทราบ และอีก 6 วันต่อมา
ทีมแพทย์อายุรกรรมด้านระบบประสาท แจ้งผลการตรวจวินิจฉัยสมองตายแก่บิดาผู้ป่วยว่า
ผู้ป่วยพยากรณ์โรคไม่ดี คาดว่าสมองผู้ป่วยคงไม่ทำงานแล้ว
ทีมประสาทศัลยแพทย์ได้ปรึกษาทาง palliative care team
ให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

อย่างไรก็ตามในความรู้สึกของครอบครัว พวกเขามีความเชื่อว่า
ทราบได้ที่ผู้ป่วยยังมีลมหายใจบิดาของผู้ป่วยก็ยังคงมีความหวัง
โดยบิดาผู้ป่วยได้เรียนปรึกษาอาจารย์แพทย์ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
ให้มาทำการฝังเข็มกระตุ้นทุกสัปดาห์
ในขณะที่ทีมพยาบาลยังคงให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจริยธรรมต่อไป
อย่างต่อเนื่อง

ผลการดูแลผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลนานๆ เช่น
ไม่มีแผลกดทับ ข้อไม่ติดแข็ง เป็นต้น ร่างกายสะอาด บิดาผู้ป่วยมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มขึ้น
ในการประชุมร่วมกับ ญาติ ผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ บิดาผู้ป่วยบอกว่า
“มีความไว้วางใจในทีมการรักษาพยาบาลที่นี่”

บทเรียนที่ได้รับ

1. ได้ทราบถึงวิธีการแก้ไขปัญหาในขณะที่เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ว่า
ควรจัดการด้วยการหาความเห็นร่วมกันในทีม
ดีกว่าให้คนใดคนหนึ่งแก้ปัญหาหรือแก้ปัญหาโดยต่างคนต่างทำ
เพราะการปฏิบัติไปในทางเดียวกันทั้งทีมสามารถจัดการปัญหาได้ดีกว่า
รวมทั้งยังช่วยลดความตึงเครียดของทีมลงได้
2. ปัญหาจริยธรรมที่ซับซ้อนเสี่ยงสูง ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
จะทำให้สามารถสะท้อนปัญหาและให้มุมมองที่ดี
ทำให้ทีมงานมีกำลังใจและก้าวข้ามสถานการณ์ดังกล่าวไปได้
- 3 การดูแลผู้ป่วยระดับประคองนั้นนอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว
ญาติผู้ใกล้ชิดก็มีความสำคัญที่ควรระดับประคองภาวะจิตใจ
ซึ่งทีมบุคลากรพยาบาลได้ปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการพูด
คุยและการเข้าหาญาติ
4. ความมุ่งมั่นและตั้งใจให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ
ยึดมั่นในหลักจริยธรรมทำให้แก้ปัญหาได้ ส่งผลให้ญาติเกิดความพึงพอใจในการดูแล

**ความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรม/โครงการภายใต้การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรม
รวมทั้งผลลัพธ์ของระบบและกลไกจริยธรรม**

1. จากภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นกรณีผู้ป่วยรายนี้
ทำให้ทางทีมบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยนี้ได้ประสานงานกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช
เข้ามาช่วยประเมินความเครียดของบุคลากรและแนะนำวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม
กับแต่ละบุคคล
2. จากบทเรียนที่ได้รับทางทีมจะนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นที่เกิดปัญหาคล้ายคลึงกันต่อไป
3. ในส่วนของโครงการโดยรวม ขณะนี้โครงการมีการดำเนินงานอยู่ในระยะเริ่มต้น
ทางหอผู้ป่วยได้ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในที่ประชุมเมื่อเกิดประเด็นทางจริยธรรมที่น่าสนใจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.(2559).ประกาศฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาราช

นครเชียงใหม่ นโยบายจริยธรรมและจรรยาบรรณพยาบาล. เชียงใหม่:
ฝ่ายการพยาบาล.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.(2560).แผนดำเนินงาน ประจำปี พ.ศ.
2560

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล.

Ellen, H. E., Barbara, C., & Ruth, K.(2005).*Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care*

Unit. American Journal of Critical Care. November;14(6):523-530.

Retrieved November 7, 2017. From <http://ajcc.aacnjournal.org/by AACN>

การพัฒนาระบบงาน เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกัน
(Intussusception) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นาง ชมพูนุท ทิพย์ผัน*

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ภาวะลำไส้กลืนกัน (Intussusception) เป็นภาวะฉุกเฉินทางกุมารศัลยศาสตร์ ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยการใช้ลมดันให้ลำไส้กลืนกันให้คลายตัว (Pneumatic reduction) ซึ่งหากมีอาการนานมากกว่า 48 ชั่วโมง จะมีโอกาสรักษาไม่สำเร็จ และหากนานกว่า 72 ชั่วโมง จะมีโอกาสที่ลำไส้ขาดเลือดเน่าตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางช่องท้องเพื่อตัดต่อลำไส้จากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน เกิดปัญหาการสื่อสาร บางครั้งต้องนำผู้ป่วยนอนเปลเข็นขึ้นลงจากหอผู้ป่วยเพื่อไปยังหน่วยรังสีเพื่อทำถึง Pneumatic reduction 2 รอบ ผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรง เกิดภาวะขาดน้ำเสี่ยงต่ออาการ shock ซึ่งการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์ที่อยู่เวร จากสถิติในปี 2559 มี unplanned to PICU = 1 ราย ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันได้รับการเข้าถึง การประเมิน ได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เป้าหมาย

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

การพัฒนาระบบการดูแล

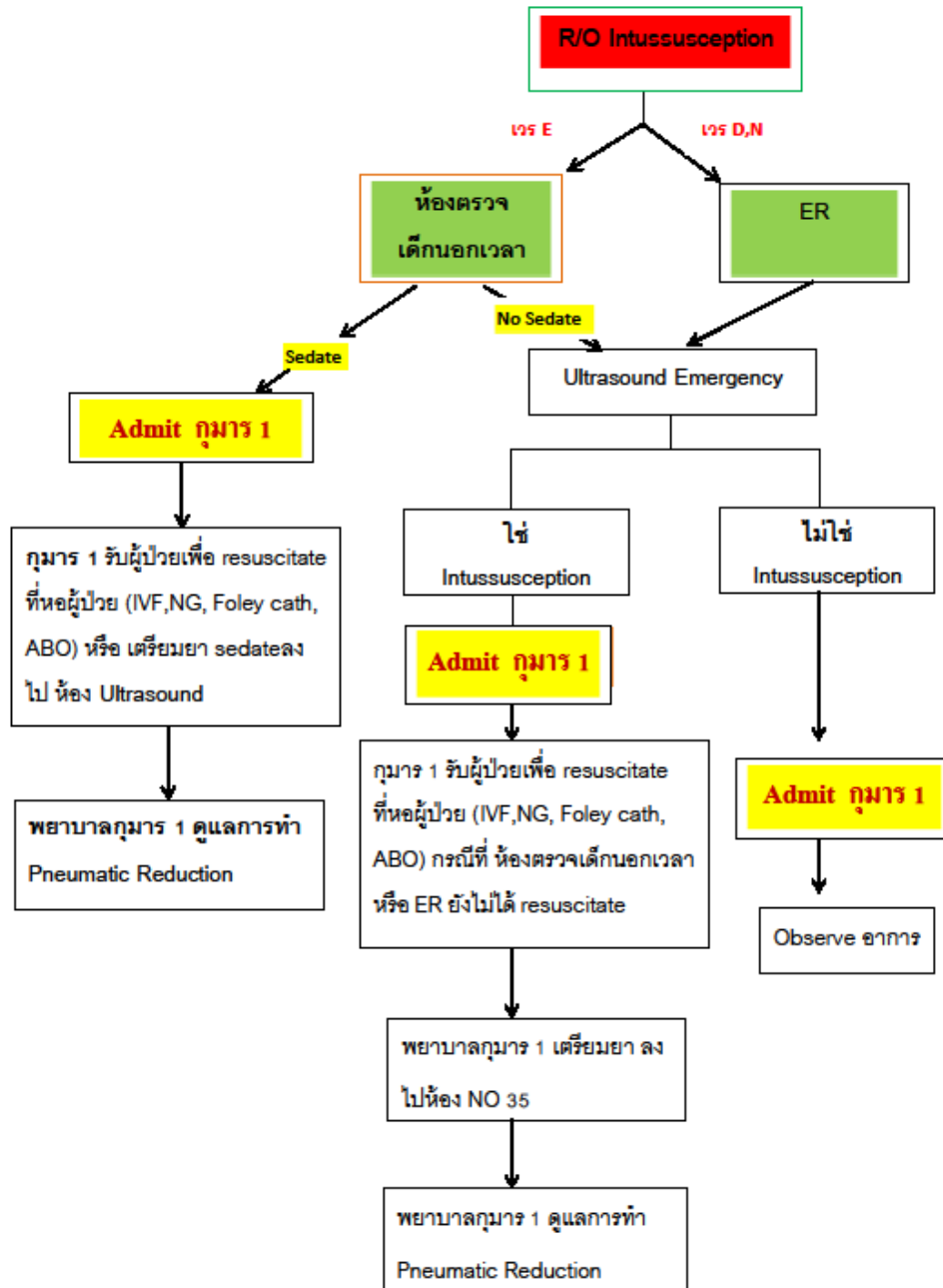
ในปี 2558 พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจในการรับบริการ จากความล่าช้าของกระบวนการรักษาพยาบาลของโรคภาวะลำไส้กลืนกัน (Intussusception) เนื่องจากขาดระบบการประสานงานระหว่างแพทย์ศัลยกรรมกุมาร กุมารแพทย์ รังสีแพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยกุมารฯ หน่วยตรวจฉุกเฉิน และหน่วยตรวจนอกเวลากุมารฯ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันร่วมกัน โดยใช้มี Flow การดูแลดังนี้

ผลลัพธ์การพัฒนา

ตัวชี้วัด	ปี 2558 ก่อนมีแนวทาง	ปี 2559 หลังมีแนวทาง
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา	139.33 นาที	54.09 นาที

*หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 งานพยาบาลผู้ป่วย กุมารเวชกรรม

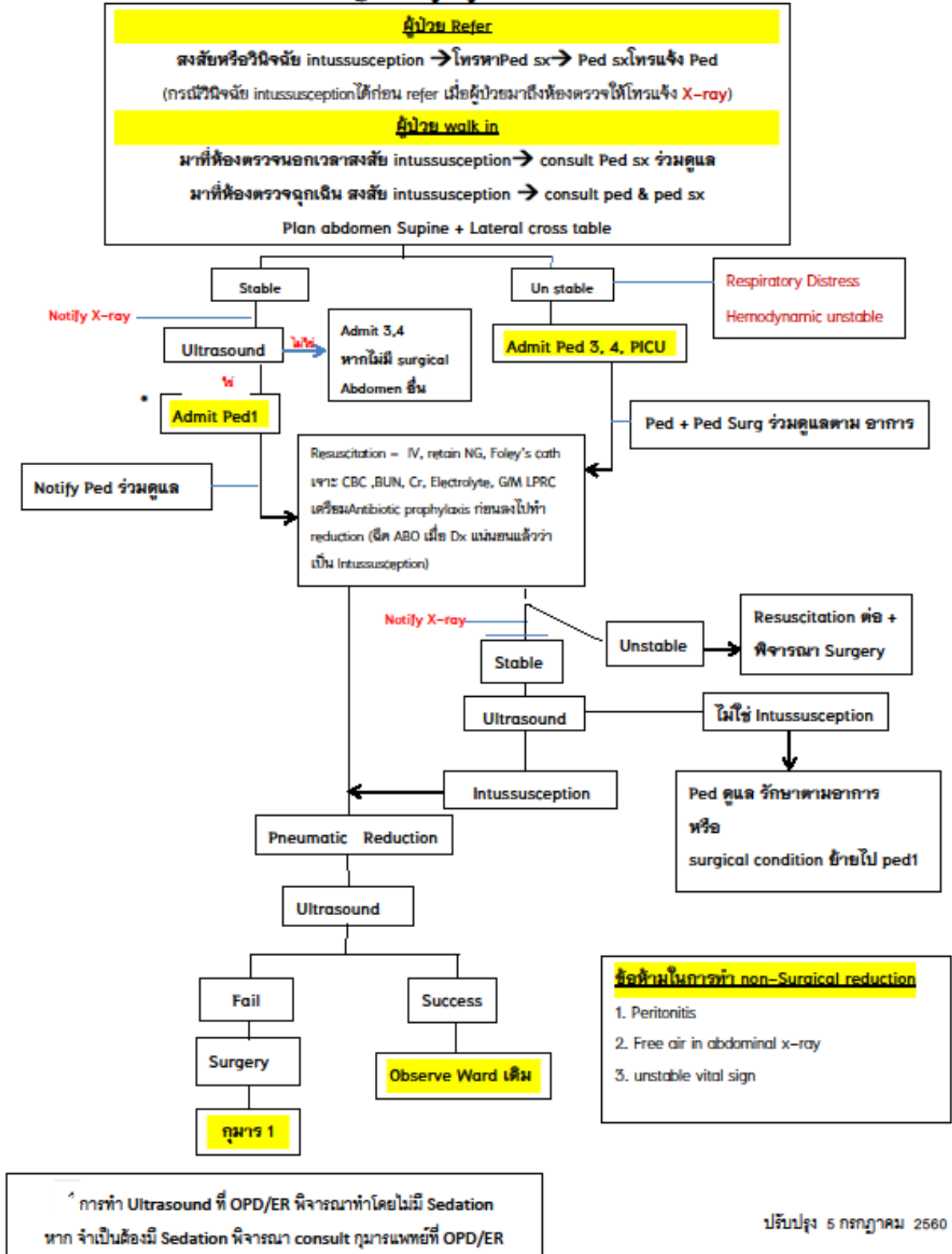
แนวปฏิบัติการรับผู้ป่วย Intussusception



จากการติดตามผลการใช้แนวทางการดูแลดังกล่าว ปี 2559 พบว่าผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงและได้รับการดูแลรักษาเร็วขึ้น แต่พบปัญหาผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นภาวะวิกฤตเกิด unplanned to PICU จำนวน 1 ราย ดังนั้นจึงมีการปรับแนวทางการดูแลใหม่

โดยมีการประสานความร่วมมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางกุมารเวชศาสตร์และหอผู้ป่วยสามัญอื่น
นำมาเกี่ยวข้อง จึงได้ปรับระบบงานใหม่ โดยใช้มี Flow การดูแลดังนี้

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Intussusception



ผลลัพธ์การพัฒนา

ตัวชี้วัด	ปี 2559 ก่อนมีแนวทางใหม่	ปี 2560 หลังมีแนวทางใหม่
unplanned to PICU	1 ราย	0 ราย

บทเรียนที่ได้รับ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (C) ด้วยการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขา (T) ก่อให้เกิด Process innovation (I) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Q) สอดคล้องกับ ค่านิยม **CQIT** ของโรงพยาบาล

โครงการ ศูนย์จองจ่ายห้องสื่อสารจับไว ใช้คิวอาร์โค้ด งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นางสาวศิริพร พงษ์ระวีวงศ์*

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หลักการและเหตุผล

ในโลกปัจจุบันเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอย่างไม่หยุดยั้ง โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้พัฒนาระบบการเก็บและสื่อสารข้อมูลเป็นระบบบาร์โค้ด 2 มิติ ซึ่งจะมีข้อมูลบรรจุทั้งแนวตั้งและแนวนอน ที่เรียกว่า คิวอาร์โค้ด (QR Code: Quick Response)

เป็นสัญลักษณ์เส้นสีดำที่มุมในกรอบสี่เหลี่ยมพื้นสีขาวคล้ายกับเกมหาทางออกซึ่งซ่อนความหมายและรายละเอียดที่ต้องการแสดง คิวอาร์โค้ดได้ถูกนำไปใช้ในหลายๆ ด้าน เนื่องจากความรวดเร็วและเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้สะดวก อีกทั้งทุกวันนี้คนส่วนใหญ่จะใช้โทรศัพท์มือถือซึ่งเป็นสมาร์ทโฟนกันแทบทุกคนจึงสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดได้อย่างง่ายดาย ศูนย์จองจ่ายห้องพิเศษเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการทราบข้อมูลต่างๆ แต่การเข้าถึงค่อนข้างยากใช้เวลานานต้องผ่านหน้าต่างๆ หลายหน้า อีกทั้งยังคงใช้ระบบการให้ข้อมูลความรู้เรื่องกฏระเบียบ อัตราค่าห้อง และการแนะนำห้องพิเศษในระบบดั้งเดิมคือการใช้กระดาษและแฟ้มภาพตัวอย่างห้องพิเศษ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการให้ดูตัวอย่างห้องในแฟ้ม การใช้คิวอาร์โค้ดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล อีกทั้งยังประหยัดกระดาษซึ่งช่วยลดภาวะโลกร้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลในศูนย์จองจ่ายห้องได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็วผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ด ทางงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไปเล็งเห็นถึงคุณประโยชน์นี้ จึงนำไปสู่การพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลของศูนย์จองจ่ายห้องโดยใช้คิวอาร์โค้ด

ซึ่งโครงการนี้ตอบสนองต่อนโยบายของคณะแพทยศาสตร์และของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการก้าวสู่ Electronic University ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลของศูนย์จอยห้องพิเศษให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้ คิวอาร์โค้ด
2. ปรับปรุง web site ให้มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งคำแนะนำ กฎระเบียบ อัตราค่าห้อง ตัวอย่างห้องพิเศษ



เป้าหมาย

1. มีคิวอาร์โค้ดของศูนย์จอยห้องพิเศษ
2. ปรับปรุง web site ให้มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งคำแนะนำ กฎระเบียบ อัตราค่าห้อง ตัวอย่างห้องพิเศษ


*หัวหน้างานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน / แผนการปฏิบัติงาน

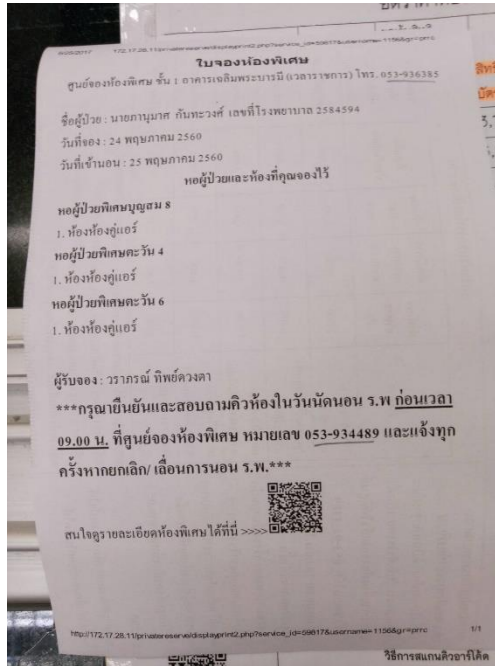
1. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไปสื่อสารนโยบายการใช้ระบบสารสนเทศโดยใช้ ระบบคิวอาร์โค้ด
2. ปรับปรุง Web site ในระยะแรกหน้า web site ศูนย์จอยห้องมีแต่เบอร์โทรศัพท์ อีก หน้า เป็น อัตราค่าห้อง มี 2 คิวอาร์โค้ดเมื่อลงปฏิบัติจริงผู้ใช้ประเมินผลว่าเพื่อความสะดวกควรอยู่หน้าเดียวกันจะได้ไม่เสียเวลาสแกนคิวอาร์โค้ด 2 ครั้ง

 ศูนย์จอย ห้อง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	 อัตราค่าห้องพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	วิธีการสแกนคิวอาร์โค้ด 1. ใช้แอปไลน์ ▶ เพื่อน ▶ เพิ่มเพื่อน ▶ คิวอาร์โค้ด ▶ สแกนคิวอาร์โค้ด (ถ้าถ่ายรูปคิวอาร์โค้ดให้ไปที่แกลลอรี่เลือกภาพคิวอาร์โค้ด) 2. ใช้แอป คิวอาร์โค้ดครีเดอส์
---	---	--

3. นำคำแนะนำไปปรับปรุงหน้า web ให้เป็นหน้าเดียวกัน เพิ่มข้อมูลต่างๆ ให้ครอบคลุม เช่น กฎระเบียบต่างๆ สิทธิการเบิกค่าห้อง แนวทางปฏิบัติการติดตามสอบถามคิวจอยห้องพิเศษ และตัวอย่างห้องพิเศษ

 <p>ศูนย์จอง จ่ายห้อง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่</p>	<p style="text-align: center;">วิธีการสแกนคิวอาร์โค้ด</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้แอป <u>ไลน์</u> ▶ <u>เพื่อน</u> ▶ <u>เพิ่มเพื่อน</u> ▶ <u>คิวอาร์โค้ด</u> ▶ <u>สแกนคิวอาร์โค้ด</u> (ถ้าถ่ายรูปคิวอาร์โค้ดให้ไปที่<u>แกลลอรี่</u>เลือกภาพคิวอาร์โค้ด) ใช้แอป <u>คิวอาร์โค้ดรีคORDER</u>
--	---

4. ประสานกับกรรมการสารสนเทศ ฝ่ายการพยาบาลในการเติมคิวอาร์โค้ด การให้ข้อมูล ราคาห้อง การจองและจ่ายห้องลงในใบจองห้อง



ใบจองห้องพัก

ศูนย์จองห้องพัก ชั้น 1 อาคารเฉลิมพระบารมี (อาคารราชการ) โทร. 053-936385

ชื่อผู้ป่วย: นอภานุภส ศิริระวงศ์ เลขที่โรงพยาบาล 2584594
วันที่จอง: 24 พฤษภาคม 2560
วันที่เข้าพัก: 25 พฤษภาคม 2560

ขอผู้ป่วยและห้องที่จองไว้


หอผู้ป่วยพิเศษชุมชน 8
1. ห้องห้องคู่แอร์

หอผู้ป่วยพิเศษวัน 4
1. ห้องห้องคู่แอร์

หอผู้ป่วยพิเศษวัน 6
1. ห้องห้องคู่แอร์

ผู้รับจอง: วราภรณ์ ทิพย์ดวงตา

กรุณายืนยันและสอบถามคิวห้องในวันนัดนอน ร.พ. ก่อนเวลา 09.00 น. ที่ศูนย์จองห้องพัก หมายเลข 053-934489 และแจ้งทุก ครั้งหากยกเลิก/เลื่อนการนอน ร.พ.

สนใจดูรายละเอียดห้องพักได้ที่ >>>> 

วิธีการสแกนคิวอาร์โค้ด

5. จัดทำแผ่นโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์การสื่อสารเรื่อง ข้อมูล ราคาห้อง การจองและจ่ายห้อง สามารถดูได้โดยสแกนผ่าน คิวอาร์โค้ด ที่ติดไว้ที่โปสเตอร์ โดยแจกให้งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ OPD 108 ประกันสังคม ทุก OPD และ IPD



ระยะเวลาการดำเนินโครงการ

1 กรกฎาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560

งบประมาณ

ไม่ใช้

การวัดและประเมินผลโครงการ

1. ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ มีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล ราคาห้อง การจองและจ่ายห้องโดยใช้คิวอาร์โค้ด ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

สรุปโครงการ

1. ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการและมีอินเทอร์เน็ต จำนวน 15 คน มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลของศูนย์จองและจ่ายห้องรวมทั้งราคาห้อง โดยใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 82.35 โดยมีบางส่วนยังสแกนคิวอาร์โค้ดไม่จำเป็นต้องให้คำแนะนำและดูตามใบขั้นตอนการสแกนคิวอาร์โค้ด ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการรวมข้อมูลการจองและจ่ายห้องเป็นหน้าเดียวกัน ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนแล้วรวมทั้งเพิ่มภาพตัวอย่างห้องพิเศษในแต่ละหอผู้ป่วยด้วย และต้องการจองห้องและตรวจสอบการได้ห้องพิเศษผ่าน web site หรือผ่านแอปพลิเคชันแทนการโทรศัพท์หรือมาจองด้วยตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสพัฒนาของโครงการนี้

การพัฒนาต่อยอดจากการใช้คิวอาร์โค้ด

1. ร่วมกับหน่วยงาน วิสดี จัดทำ VDO การแนะนำห้องพิเศษในงานพยาบาลผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 5 หอผู้ป่วย

และทำาลิงค์กับคิวอาร์โค้ด
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ห้องพิเศษ



2. การจัดทำแผ่นพับ หรือคำแนะนำต่างๆ
นอกจากจัดทำเป็นกระดาษแล้วยังทำเป็นคิวอาร์โค้ดเพื่อความสะดวก รวดเร็วด้วย

โอกาสพัฒนา

การจองห้องและตรวจสอบการได้ห้องพิเศษผ่าน web site หรือผ่านแอปพลิเคชันแทนการโทรศัพท์หรือมาจองด้วยตนเอง ขณะนี้กำลังร่วมกับสารสนเทศคณะในการทำโปรแกรมจองห้องขึ้นมาใหม่ เพื่อรองรับการจองห้องโดยผู้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ที่ศูนย์จองห้อง อาจเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ ซึ่งอาจพัฒนาต่อไปเป็นแอปพลิเคชันในมือถือ



ข้อมูลนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อนวัตกรรม “ สาแทรกช่วยสร้าง Healthy Work Place ”

ชื่อผู้ประดิษฐ์ นางสาวสมจิตร์ ปันทึยะ พยาบาลชำนาญการ*

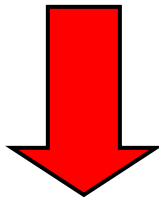
นางสมจิต สมพัทธ์ หัวหน้าผู้ช่วยพยาบาล *

*หอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้น ไป ที่มีความผิดปกติของสมองและไขสันหลัง ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด มีจำนวนเตียงทั้งหมด 21 เตียง ในแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวน 6-9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30-40 เป็นกลุ่มผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อ หลอดลมคอ ทั้งชนิด silver tube, Shiley's tube และ endotracheal tube รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง การดูดเสมหะจึงเป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีความสำคัญและจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันและปฏิบัติบ่อยครั้งในแต่ละวัน ภายหลังจากการดูดเสมหะในแต่ละครั้ง จะต้องใช้สายยางดูดเสมหะดูดน้ำเพื่อล้าง สายยางก่อนทิ้ง พบว่าบางหอผู้ป่วยได้จัดวางถังสำหรับดูดล้างสายยางบนโต๊ะข้างเตียง แต่เนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้เก็บชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะซึ่งเป็นของสะอาดปราศจากเชื้อในลิ้นชักของโต๊ะข้างเตียงดังกล่าว จึงไม่สามารถจัดวางถังน้ำซึ่งถือว่าเป็นของที่สกปรกกว่า บนโต๊ะข้างเตียงได้ จากที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม ได้จัดวางถังน้ำบนพื้นเพื่อให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะที่เก็บในลิ้นชักของโต๊ะข้างเตียง ดังนั้นทุกครั้งภายหลังจากการดูดเสมหะ บุคลากรพยาบาลจะต้องก้มตัวลงนั่งยอง ๆ บนพื้นเพื่อดูดล้างสายยางซึ่งเป็นลักษณะการเคลื่อนไหวหรือท่าทางที่ไม่ถูกต้องส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของบุคลากร พยาบาลในระยะยาวโดยตรง และยังไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วย ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้รับผิดชอบโครงการ จึงได้คิดค้นนวัตกรรม “สาแทรกช่วยสร้าง Healthy Work Place” ขึ้น ซึ่งเป็นสาแทรกชนิดเกาะแขวนกบโต๊ะข้างเตียง โดยจะ อยู่ด้านข้างของโต๊ะข้างเตียง และอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะที่เก็บในลิ้นชักของ โต๊ะข้างเตียงด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจทำให้ชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะซึ่งเป็นของสะอาดปราศจากเชื้อมีความเสี่ยงต่อการถูกปนเปื้อนหรือถูกขำกราย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้และยัง เป็นการป้องกันปัญหาที่อาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพในระยะยาวของ บุคลากรพยาบาล

จากการเคลื่อนไหวหรือแสดงท่าทางที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ รวมถึงเพื่อเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลดังกล่าว



วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการถูกปนเปื้อนของชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะ
2. เพื่อช่วยลดท่าทางที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรพยาบาลในขณะที่ดูดเสมหะ
3. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมการดูดเสมหะ

วิธีการดำเนินการ

1. ออกแบบสาแทรก แล้ว อธิบายให้หน่วยช่างของคณะแพทยศาสตร์ให้เข้าใจตามรูปแบบที่กำหนดไว้ เพื่อให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการประดิษฐ์อุปกรณ์ดังกล่าว
2. หน่วยช่างคณะแพทยศาสตร์ ช่วยประดิษฐ์สาแทรกโดยทำ จากเหล็กเส้นชนิดแบน
3. ตัดเหล็กเส้นให้มีลักษณะเป็นรูปทรงกลม ให้มีขนาดใหญ่กว่าถ้ำน้ำสำหรับดูดล้างสายยางเล็กน้อย และติดเหล็กเส้นด้านข้างเพื่อทำเป็นตะขอที่มีลักษณะยาวและสามารถเกาะแขวนโต๊ะ ข้าง เติงได้อย่างมั่นคง
4. นำสาแทรกที่ได้มาเกาะแขวนกับโต๊ะข้างเตียงแล้วนำถ้ำน้ำใส่ลงในสาแทรก ซึ่งระดับของถ้ำน้ำจะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะที่เก็บในลิ้นชักของโต๊ะข้างเตียง ซึ่งเป็น ของสะอาดปราศจากเชื้อ ดังรูป



ตัวชี้วัด

1. อัตราความเสี่ยงต่อการถูกปนเปื้อนของชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะที่เกิดเนื่องจากการจัดวางถังน้ำสำหรับดูดล้างสายยางไม่ถูกต้อง
2. อัตราของการแสดงท่าทางที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรขณะดูดล้างสายยางดูดเสมหะ
3. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในระดับมาก ต่อการใช้ “สาแทรกช่วยสร้าง Healthy Work Place”

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

เดือนกันยายน 2556 จนถึงปัจจุบัน

ผลการดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานโครงการ (ร้อยละ)			
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. อัตราความเสี่ยงต่อการถูกปนเปื้อนของชุดอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะที่เกิดเนื่องจากการจัดวางถังน้ำ สำหรับดูดล้างสายยางไม่ถูกต้อง	0	0	0	0
2. อัตราของการแสดงท่าทางที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรขณะดูดล้างสายยางดูดเสมหะ	0	0	0	0
3. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรในระดับมาก ต่อการใช้ “สาแทรกช่วยสร้าง Healthy Work Place”	100	100	100	100

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงาน โดยการ
สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานโดยเน้นในเรื่องความปลอดภัยทั้งต่อ
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (2P Safety Goal)
2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารสามารถนำหลักการหรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้น
ไปประยุกต์หรือนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ให้กว้างขวางมากขึ้นในหน่วยงานที่พบปัญหาลักษณะใกล้เคียงกัน



ข้อมูลนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อนวัตกรรม การพัฒนาผลลัพธ์ของ PCT Thoracic aortic aneurysm

ชื่อผู้ประดิษฐ์ นางสาวศรจันทร์ ใจดี และ PCT Thoracic aortic aneurysm *

*หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์

หลักการและเหตุผล

ผลของการพัฒนาผลลัพธ์ของ PCT Thoracic aortic aneurysm

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

และฟื้นตัวได้เร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่ำ

และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว กลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

และมีคุณภาพชีวิตที่ดีโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงมาก (high risk, high cost) และการรักษามี 2 วิธีคือ open repair และ endovascular repair

จากการทบทวนข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 161 ราย พบว่า มีภาวะ

paraplegia ร้อยละ 8 ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตตามมาได้ ทีม PCT Thoracic aortic

aneurysm จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับสหสาขาวิชาชีพขึ้น

และนำลงสู่การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) กิจกรรมการพัฒนา: ใช้กระบวนการ DALI (PDSA)

2) การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลงหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับ
สหสาขาวิชาชีพในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 116 ราย พบว่า

อัตราการเกิดภาวะ transient paraplegia ลดลงเหลือร้อยละ 7.2

(เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 15), อัตราการเกิดภาวะ permanent paraplegia

ลดลงเหลือร้อยละ 7.44 (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 10) Post-operative ventilator

support มากกว่า 48 ชั่วโมง ลดลงเหลือร้อยละ 12 (เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 25)

อัตราการเกิด Post-operative pneumonia ลดลงเหลือร้อยละ 9.6

(เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 40) Pre discharge karnofsky performance status scale เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50)

เป้าหมาย:

ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่ำ และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว
กลับบ้านได้อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่ำ และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว

วิธีดำเนินการ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจุบันมี การรักษา 2 ทางเลือก ได้แก่ open repair และ endovascular repair จาก การทบทวนข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 161 ราย พบว่าสาเหตุ ของภาวะแทรกซ้อนเกิดจาก PO-paraplegia, pneumonia และ delay recovery ส่งผลให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพ ทมี PCT Thoracic aortic aneurysm จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยส าหรับสหสาขาวิชาชีพขึ้น และน าลงสู่การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเมินผล

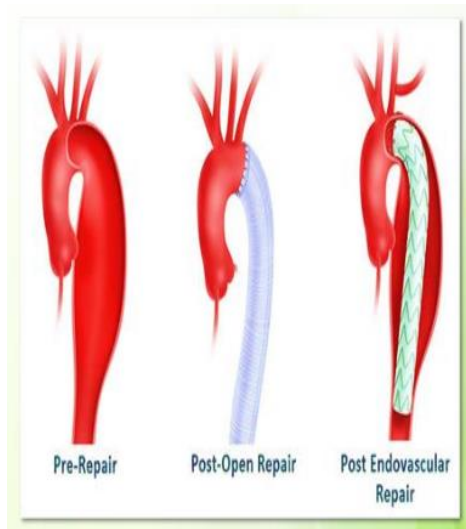
การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับสหสาขาวิชาชีพสามารถภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษาโดยมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งหมด และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว กลับบ้านได้อย่างปลอดภัยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผลลัพธ์

สรุปผลงานนำเสนอ:

การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับสหสาขาวิชาชีพสามารถภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษาโดยมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งหมด และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว กลับบ้านได้อย่างปลอดภัยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้

รูปภาพ



EMPOWERMENT : TRAINING

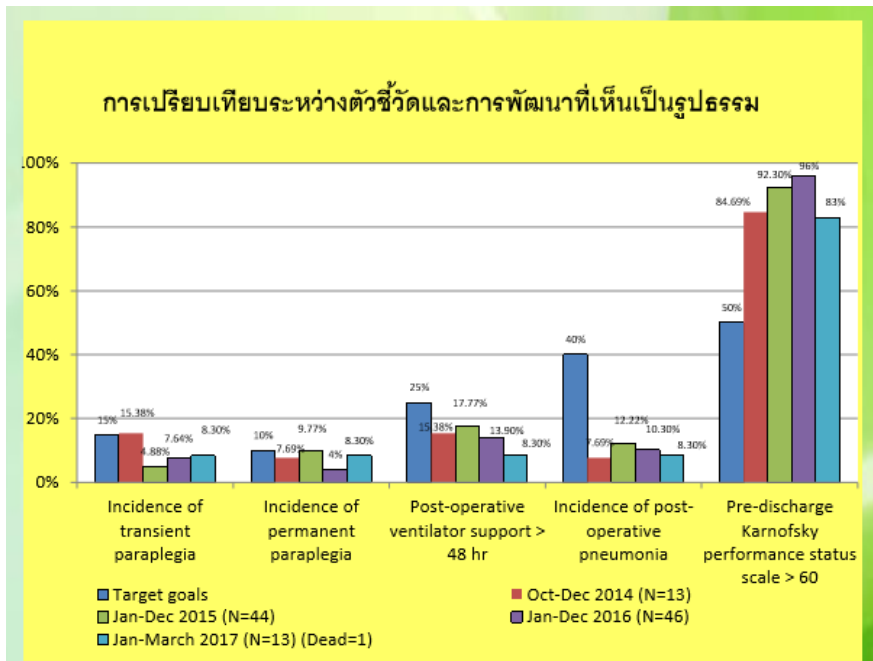
The collage includes three images: a classroom with students in green scrubs attending a lecture; a close-up of a surgical site with a blue drape; and a medical device, possibly a ventilator or perfusion machine, in a clinical setting.

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน (Form for Recording Work Performance Data)	
ชื่อผู้ป่วย (Patient Name)	
ชื่อแพทย์ (Physician Name)	
ชื่อพยาบาล (Nurse Name)	
วันที่ (Date)	
เวลา (Time)	
สถานที่ (Location)	
วัตถุประสงค์ (Purpose)	
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure)	
ผลการปฏิบัติงาน (Performance Results)	
หมายเหตุ (Remarks)	
ผู้บันทึก (Recorder)	
ผู้ตรวจ (Reviewer)	

**High Performance Organization
Cycle of Learning & Improvement**

Core Values

คุณสมบัตื	Descending aortic surgery
1. ผู้ป่วยhigh risk	เป็นโรคที่มักเป็นใน elderly และ high cardiovascular risk มีความเสี่ยงในการเกิดpostoperative complicationสูง เช่น respiratory failure, ARF, death และพื้นตัวซ้ำ
2. ผู้ป่วยhigh cost	- open surgery (require heart-lung machine >>3-4แสน) - TEVAR (Thoracic Endovascular Aortic Repair) >>หลายแสนบาท
3. มีวิธีการรักษาหลากหลาย	มีทั้งวิธีการผ่าตัด open surgery และ TEVAR แต่ในแต่ละวิธีก็ยังมีรายละเอียดปลีกย่อยหลากหลาย
4. มีผลลัพธ์การดูแลยังไม่น่าพอใจ	- Complicationที่สามารถเกิดได้คือ paraplegia ,pneumonia - Incidenceในการเกิดในสถาบันเราก่อนปี2014ยังสูงกว่ามาตรฐานเล็กน้อย



AGILITY COMMITMENT		Paraplegia
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ประเมิน risk และแจ้งที่ทราบ+plan Tx • Spinal drain ประสานทีมดมยาหรือความพร้อม
OR		<ul style="list-style-type: none"> • W/WO spinal drain >> check catheter • Surgical perfusion & technique, Temperature • ↓Sedation, ICP monitoring, blood pressure control
ICU		<ul style="list-style-type: none"> • ICP Mornitoring ,Protocal • Observe neuro sign
Sub ICU		<ul style="list-style-type: none"> • ICP Mornitoring ,Protocal • Observe neuro sign
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • Rehabililitation วางแผนร่วมกับ Rehab/PT
AGILITY COMMITMENT		Post-operative pneumonia/ventilator
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ประเมิน risk และแจ้งที่ทราบ+plan Tx • ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ,ฝึกกายภาพ , วางแผนร่วมกับ PT • Oral hygiene
OR		<ul style="list-style-type: none"> • ETTT care with sterile technique • Clear secretion
ICU		<ul style="list-style-type: none"> • ETTT care with sterile technique • Oral hygiene
Sub ICU		<ul style="list-style-type: none"> • ETTT care with sterile technique • Ambulation ,rehabilitation
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulation ,rehabilitation
AGILITY COMMITMENT		Post-operative ambulation
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ประเมิน risk และแจ้งที่ทราบ+plan Tx • ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ,ฝึกกายภาพ , วางแผนร่วมกับ Rehab /PT
OR		<ul style="list-style-type: none"> • Pain management
ICU		<ul style="list-style-type: none"> • Pain management
Sub ICU		<ul style="list-style-type: none"> • Pain management • Ambulation ,rehabilitation
Ward		<ul style="list-style-type: none"> • Pain management • Ambulation ,rehabilitation



ออกแนมปาก ชิตา เตชะสว่าง หน่วยสารสนเทศฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่