



# วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2549 ISSN 0899-2993



## สารบัญ

	หน้า
ประสิทธิผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ	1
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช	
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการหกล้มและตกเตียงฯ	8
สุพรรณณี เตรียมวิศิษฎ์ และคณะ	
ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	19
อนงค์ อมฤตโกมล	
การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีโดยการใช้กลุ่มสนับสนุน	28
จันทร์แรม เสริ่งคุณ และ ยุพิน เพียรมงคล	
โยคะเพื่อสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	32
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช และ สุชาติพิทย์ อุปลาบดี	
เครื่องช่วยหายใจคนไข้ไม่ได้อยากใช้นาน	37
ICU-surg Weaning Quality Team	
ตามรอยคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสงฆ์โรคเบาหวาน	41
หอผู้ป่วยสงฆ์อาหาร	
ตามรอยคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษสุรา	48
PCT จิตเวช	
ผลการใช้โปรแกรมสารสนเทศต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล	54
ดร. ลัดดาวัลย์ ลิงห์คำฟู, เอื้องทิพย์ คำปัน และ ชรรค์ชัย เกตุสอน	
นวัตกรรม “ถุงสวมขาป้องกันน้ำ”	61
วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์	
นวัตกรรม “เก้าอี้ self cath”	65
ญาณิกา รุจิจินากุล	
นวัตกรรม “เครื่องตัดพลาสติกเตอร์ (ดอยเต่า 1)”	69
อดิศักดิ์ ศรีใจ	
การประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบชิปป (CIPP model)	73
กัญจนา บุตรจันทร์	
ผลงุญภัยในต่างแดน ณ ประเทศอิสราเอล ประสบการณ์การอบรมการพัฒนาและการจัดการระบบฯ	77
พรศิลป์ คุณศิลป์	
เศรษฐกิจพอเพียงกับการสร้างเสริมสุขภาพ	90
ศศิภาพรพรณ คมสัต์ยัธรรม	
ท้ายเล่ม	94

# ประสิทธิผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช \*

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มีการปฏิรูประบบการศึกษาเพื่อพัฒนาการศึกษาของชาติ โดยมีแนวทางในการจัดการศึกษา โดยยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถ ตามธรรมชาติ และศักยภาพของนักเรียน ปัจจุบันนี้ได้มีการค้นคว้า นวัตกรรม เทคนิควิธีการใหม่ ๆ ตลอดจนมีการนำ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ สื่อ สารที่ สามารถ ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียนได้เป็นอย่างดีมาพัฒนา การเรียนการสอน เพื่อให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ มากขึ้น (จริยา เหนียนผลย, 2533)

การจัดการเรียนการสอนวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน สำหรับ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นักศึกษา จะต้องได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง ช่วยหายใจ พบว่านักศึกษามีความรู้พื้นฐาน ความสามารถในการ เรียนรู้ที่แตกต่างกัน ใช้เวลาในการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากผู้เรียนแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันในเรื่อง ของสติปัญญา ความถนัด ความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ บุคลิกภาพ พฤติกรรม อายุ ประสบการณ์ เศรษฐกิจ

ครอบครัว และรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา ประกอบ กับเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นเนื้อหาที่เป็นนามธรรมยากแก่การเรียนรู้และทำ ความเข้าใจ ทำให้เกิดปัญหาในการจัดการเรียนการสอน

ปัจจุบันได้มีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในการเรียนการสอน เรียกว่าคอมพิวเตอร์ช่วยสอน โดยใช้ คอมพิวเตอร์เป็นสื่อในการเสนอเนื้อหา เรื่องราว การทบทวน การทำแบบฝึกหัด และการวัดผลการเรียน (ทักษิณา ส่วนานนท์, 2536) คอมพิวเตอร์จะเป็นตัวควบคุม เนื้อหาและกิจกรรมการเรียนการสอนโดยผู้เรียน จากโปรแกรม (ยีน ภูววรรณ, 2537) บทเรียน คอมพิวเตอร์ช่วยสอนสำเร็จรูป เป็นรูปแบบหนึ่งของบทเรียนโปรแกรม แต่มีศักยภาพเหนือกว่าบทเรียน โปรแกรมในรูปแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะมีความสามารถเกือบจะ แทนครูที่เป็นมนุษย์ได้

จากลักษณะสำคัญของบทเรียนคอมพิวเตอร์ ช่วยสอน ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างบทเรียนคอมพิวเตอร์ ช่วยสอนเรื่อง การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ในกระบวนวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และฉุกเฉิน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 เนื้อหาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจนั้น มีรายละเอียด

\* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาก และเนื้อหาส่วนมากจะเป็นนามธรรม นักศึกษาไม่สามารถเรียนรู้ได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนในด้านเทคนิคและวิธีการเรียนการสอนให้มีความแตกต่างไปจากการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่สร้างขึ้นจะสามารถช่วยแก้ปัญหาด้านความแตกต่างระหว่างบุคคลของนักศึกษาในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ช่วยวิกฤตและฉุกเฉินได้ และจะส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ช่วยวิกฤตและฉุกเฉินของนักศึกษาสูงขึ้น

### คำจำกัดความ

**บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ** หมายถึง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่นำมาใช้เป็นสื่อการสอน เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย ชนิด วิธีการทำงานของเครื่องช่วยหายใจแต่ละชนิด การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจและขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ คุณลักษณะของเทคนิคสื่อประสมที่ประกอบด้วย ข้อความ ภาพนิ่ง กราฟฟิกเคลื่อนไหว สีสัน และเสียง การมีปฏิสัมพันธ์หรือการโต้ตอบกับเครื่องคอมพิวเตอร์ การได้รับผลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังจากที่ได้เรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจโดยวิธีบรรยาย และการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

### กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษายพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ลงทะเบียนเรียนกระบวนวิชา การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ช่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2547 จำนวน 60 คน

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ pretest / post-test randomized control group design ที่ศึกษาในนักศึกษายพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยจะใช้แบบการศึกษา 2 กลุ่ม วัดสองครั้ง (the pretest – posttest designs)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อการเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

แบบทดสอบและแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรง-

คุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ  
ก่อนนำไปใช้จริง และได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบ  
ทดสอบโดยใช้สูตร KR - 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเท่ากับ  
0.707 และความยากง่ายของข้อสอบดี มีค่าเท่ากับ 0.50

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล  
โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัย  
ต่าง ๆ

1.2 สร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้  
ในการวิจัย

1.3 แจงรายชื่อให้นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง  
ทั้ง 60 คนทราบ

1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วย  
คอมพิวเตอร์ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงรายละเอียดของวิธีการ  
วิจัย และขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวก  
แก่กลุ่มตัวอย่างในการใช้คอมพิวเตอร์

#### 2. ระยะรวบรวมข้อมูล

2.1 ระยะก่อนการทดลอง : ผู้วิจัยนัดพบ  
กลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 คน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์  
กิจกรรมต่าง ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และนัด  
หมายวัน เวลา สถานที่ ที่จะทำการทดลอง

2.2 ระยะทดลอง : ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง  
ตามนัดหมาย ทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่  
เครื่องช่วยหายใจ หลังจากนั้นจับฉลากเพื่อแบ่งกลุ่ม  
ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม 30 คน และ  
กลุ่มทดลอง 30 คน

ก. กลุ่มควบคุม : หลังจากทดสอบความรู้  
ก่อนเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว  
ผู้วิจัยสอนการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ

โดยการบรรยาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังจาก  
บรรยายเสร็จสิ้น ให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบ  
ความรู้หลังเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วย  
หายใจ

ข. กลุ่มทดลอง : หลังจากทดสอบความรู้  
ก่อนเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว  
ผู้ร่วมวิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้เรียนเรื่องการดูแล  
ผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยบทเรียนคอมพิวเตอร์  
ช่วยสอนในห้องคอมพิวเตอร์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที  
กำหนดให้กลุ่มทดลองใช้บทเรียนดังกล่าวให้ครบทั้ง 3 บท  
ภายในเวลาที่กำหนดให้ หลังจากเรียนบทเรียน  
คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเสร็จสิ้นแล้ว ให้กลุ่มควบคุม  
ทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วย  
ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม  
สำเร็จรูป SPSS for Window โดยกำหนดความมี  
นัยสำคัญที่ระดับ .05 และนำคะแนนที่ได้จากการเก็บ  
รวบรวมข้อมูลมาคำนวณค่าทางสถิติเพื่อทดสอบ  
สมมติฐานด้วยสถิติทดสอบที

## ผลการวิจัย

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการสอนทั้งวิธีบรรยายและสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (N = 60)

คะแนนความรู้	X	SD	df	t	P-value
ก่อนการสอนโดยวิธีบรรยาย	8.37	2.25	58	1.863	0.068
ก่อนการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน	7.33	2.03			

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการสอนโดยวิธีบรรยาย (N = 30)

คะแนนความรู้	X	SD	df	t	P-value
ก่อนการสอนโดยวิธีบรรยาย	8.37	2.25	29	-0.698	0.000
หลังการสอนโดยวิธีบรรยาย	11.43	1.78			

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (N = 30)

คะแนนความรู้	X	SD	df	t	P-value
ก่อนการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน	7.33	1.78	29	-7.917	0.000
หลังการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน	11.67	2.17			

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล หลังการสอนโดยบรรยายและสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (N = 60)

คะแนนความรู้	X	SD	df	t	P-value
หลังการสอนโดยวิธีบรรยาย	11.43	1.78	58	-0.46	0.65
หลังการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน	11.67	2.17			

**ตารางที่ 5** รอยละของระดับความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (N = 30)

ความคิดเห็น	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ด้านเนื้อหา</b>					
1. เนื้อหามีความยาวเหมาะสม	33.33	60.00	6.67	-	-
2. คำอธิบายบทเรียนชัดเจนดี	53.33	46.67	-	-	-
3. ภาษาที่ใช้ในบทเรียนเข้าใจง่าย	50.00	50.00	-	-	-
4. บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ทำให้เกิดความเข้าใจเนื้อหามากขึ้น	46.67	53.33	-	-	-
5. ศึกษาเนื้อหาได้ตามต้องการ	46.67	53.33	-	-	-
6. การแบ่งเนื้อหาของบทเรียน ออกเป็นส่วน ๆ ทำให้เรียนง่ายขึ้น	63.33	36.67	-	-	-
<b>ด้านการนำเสนอ</b>					
1. ตัวหนังสือชัดเจน ง่ายต่อการเรียน	70.00	30.00	-	-	-
2. ภาพประกอบช่วยให้เข้าใจและจำเนื้อหาได้ดี	73.33	26.67	-	-	-
3. คำอธิบายและเครื่องหมายเกี่ยวกับวิธีการใช้ โปรแกรมสื่อถึงวิธีการใช้โปรแกรมได้ชัดเจน	63.33	36.67	-	-	-
4. แบบฝึกหัดทำให้เข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น	56.67	40.00	3.33	-	-
5. เวลาในการนำเสนอโดยภาพรวมของโปรแกรม มีความเหมาะสม	46.67	50.00	3.33	-	-
6. เทคนิคการนำเสนอเนื้อหาและภาพในบทเรียน กระตุ้นให้อยากเรียนรู้เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ มากขึ้น	56.67	43.33	-	-	-

### สรุปผลการวิจัย

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับการสอนโดยวิธีบรรยาย พบว่า ภายหลังการสอน มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน พบว่า ภายหลังการสอนมีคะแนนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับการสอนโดยวิธีบรรยายและภายหลังได้รับการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนพบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน มากถึงร้อยละ 96.67

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับการสอนทั้ง 2 วิธี คือวิธีการบรรยายและสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่า การสอนทั้ง 2 วิธีสามารถพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลได้

และยังพบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับการสอนโดยวิธีบรรยายและภายหลังได้รับการสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไม่มีความแตกต่าง

ทางสถิติที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการสอนโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในห้องคอมพิวเตอร์สามารถทดแทนการสอนโดยวิธีบรรยายในห้องเรียนได้

ทั้งนี้เนื่องจากคุณสมบัติเฉพาะของการสอนโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งได้นำเอาเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์ไปใช้งาน ดังนี้

**เทคนิคสื่อประสม** ในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ข้อความ ภาพนิ่ง สีสัน และเสียง ที่สามารถจูงใจนักศึกษาให้เกิดความกระตือรือร้นที่จะเรียนและรู้สึกสนุกสนานไปกับการเรียน

**การมีปฏิสัมพันธ์หรือการโต้ตอบกับเครื่องคอมพิวเตอร์** โดยในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้เรียนสามารถที่จะเลือกเรียนได้อย่างอิสระ และสามารถควบคุมการเรียนของตนเองได้ โดยการใช้ปุ่มคำสั่งที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ซึ่งมีคำอธิบายวิธีการใช้ปุ่มคำสั่งดังกล่าวอย่างชัดเจน ทำให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับบทเรียน และสามารถติดตามความก้าวหน้าในการเรียนได้ตลอดเวลา

**การได้รับผลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ** จากแบบฝึกหัดในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น บทเรียนจะให้ผลย้อนกลับแก่นักศึกษาเมื่อนักศึกษาได้ทำแบบฝึกหัด เมื่อนักศึกษาตอบถูกจะให้กำลังใจแก่นักศึกษาในการทำแบบฝึกหัดข้อต่อไป แต่เมื่อตอบผิดจะเฉลยคำตอบที่ถูกต้องพร้อมบอกเหตุผลของการเฉลยในข้อคำตอบนั้น ๆ และแนะนำให้นักศึกษาไปอ่านบทเรียนที่นักศึกษาตอบผิดเพิ่มเติม รวมทั้งสามารถรายงานผลการทำแบบฝึกหัดบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ในรูปของคะแนนให้นักศึกษาทราบทุกครั้ง และหลังจากที่นักศึกษาเรียนรู้อบบทเรียนในแต่ละบท จะมีแบบฝึกหัดให้นักศึกษาได้ลองทำ และเมื่อนักศึกษาทำแบบฝึกหัดครบทุกบทเรียนครบทุกข้อก่อนออกจากบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน นักศึกษา



สามารถตรวจสอบคะแนนของแต่ละบทเรียนที่นักศึกษาได้ทำผ่านมา ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและเรียนรู้สถานการณ์ภาพหรือผลการเรียนของตนเอง

จากการศึกษาผลการสอนโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ สามารถพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และการสอนโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในห้องคอมพิวเตอร์สามารถทดแทนการสอนโดยวิธีบรรยายในห้องเรียนได้ แต่จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนทั้งสองวิธีนั้น ถึงแม้จะสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ เนื่องจากได้คะแนนเฉลี่ยหลังการสอนโดยวิธีบรรยายและสอนโดยบทเรียนคอมพิวเตอร์เท่ากับ 11.43 และ 11.67 ตามลำดับ (คะแนนเต็มเท่ากับ 20)

ดังนั้นการที่นักศึกษาจะมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นนั้น อาจต้องให้นักศึกษากลับไปทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมจากบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน จะทำให้นักศึกษามีความรู้มากขึ้น และการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย จะทำให้นักศึกษาได้เห็นสัมผัส เรียนรู้เครื่องช่วยหายใจ และได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจจากสถานการณ์จริง จะทำให้เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจมากขึ้น ดังนั้นการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจนี้ ควรใช้ในการเรียนการสอนรวมกับการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย จึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงสุด ผู้วิจัยคาดว่า บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนนี้สามารถนำไปใช้ได้กับพยาบาลใหม่ที่ฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจด้วยตนเอง เพื่อเตรียมตัวในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักต่อไป

**หมายเหตุ** บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจนี้ สามารถ download ได้ที่ website ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### เอกสารอ้างอิง

- จรรยา เหนียนเฉลย. (2533). **เทคโนโลยีการศึกษา**. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริม.
- ถนอมพร เลหาจรัสแสง. (2541). **คอมพิวเตอร์ช่วยสอน**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : วังกลมไพรดักชัน.
- ทักษิณา สวานานนท์. (2536). **คอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษา**. กรุงเทพฯ : องค์การคุรุสภา.
- ยีน ภูววรรณ. (2537). **เทคโนโลยีมัลติมีเดีย**. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริม.
- วิภาดา วัฒนนามกุล. (2545). **การปฏิรูปการเรียนรู้**. ขอนแก่น : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
- สุกรี รอดโพธิ์ทอง และคณะ. (2540). **การวิเคราะห์โปรแกรมช่วยสร้างบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- James, D. (1997). **Design Methodology for a Web-Based Learning Environment**. New Jersey : Prentice Hall.
- Kemp, J. E. (1977). **Instructional Design: A Plan for Unit and Course Development**. Belmont : Fearon Pitman Publishers.

# ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับป้องกันการทกล้มและตกเตียงในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ \*

สุพรรณิ เตரியมวิศิษฎ์ \*\* นฤมล เลิศคอนสาร \*\*\* วาสนา วงศ์ประเสริฐ \*\*\*\*  
ปภาพร ไบยา \* พรธณี ปิยะวงศ์ \*\* สมพร คำดีพันธ์ \*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการทกล้มและตกเตียงในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม 2547 - 26 กุมภาพันธ์ 2548 เปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ 6 เดือนย้อนหลัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการทกล้มและตกเตียง เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 311 คน กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 433 คน และเป็นทีมที่ให้การพยาบาลจำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการทกล้มและตกเตียงที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งหาความตรงด้านเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ค่าความตรงด้านเนื้อหาได้เท่ากับ 1

การดำเนินการวิจัยดัดแปลงโดยอิงกรอบแนวคิดของการพัฒนาการนำไปใช้ และการประเมินผลของสภาวะวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และการพัฒนาคุณภาพประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการทกล้มและตกเตียงโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การทกล้มและตกเตียง และแบบวัดความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

\* โครงการวิจัยจากการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติการพยาบาล

\*\* พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*\*\* พยาบาลระดับ 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

• พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

•• ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

••• พนักงานช่วยการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง โดยใช้การทดสอบทางสถิติ ค่าไคสแควร์ (ฟิชเชอร์ : Fisher exact probability test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. อัตราการหกล้มและตกเตียงต่อ 1,000 วันนอนหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ลดลงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความพึงพอใจของทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.70

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยทางศัลยกรรมประสาทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาท คือสมองและไขสันหลัง และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อแก้ไขและรักษาความผิดปกติเหล่านั้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียงสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัวสับสน มีปัญหาด้านการสื่อสาร เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการคิดและตัดสินใจ บางรายมีกำลังแขนขาตกลงกว่าเดิม ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ การทรงตัวผิดปกติ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการหกล้มและตกเตียงมากขึ้น (Byers, Arrington, & Finstuen, 1990)

จากการศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และการวินิจฉัยเกี่ยวกับการเกิดการหกล้มที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยทางระบบประสาทของสโทลซ์และคณะ (Stolze et al, 2004) พบว่า การหกล้มจากการหมดสติ (fall with unconsciousness) นั้นส่วนใหญ่เกิดจากอาการชัก รองลงมาคือเป็นลม การหกล้มที่ยังไม่หมดสติ (fall without unconsciousness) ส่วนใหญ่เกิดจาก

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or TIA) โรคพาร์กินสัน (idiopathic Parkinson's disease) และ multiple sclerosis

การหกล้มและตกเตียง เป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มผู้ที่เกิดอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การหกล้มและตกเตียงส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเฉพาะบุคคล ตั้งแต่ได้รับความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนนุ่ม (Lamb, Miller & Hernandez, 1998) และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และพบว่าการเกิดการหกล้มและตกเตียง ร้อยละ 5 - 10 เป็นสาเหตุของกระดูกหัก (Stolze, et al, 2004) ทำให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งหากมีอาการรุนแรง อาจเกิดทุพพลภาพตามมา และทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (Hendrich, Nyhuis, Kippenbrock, & Soja, 1995; Lane, 1999) และเกิดความพิการถาวรได้ (Gaebler, 1993) นอกจากนี้อุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงยังส่งผลถึงความเชื่อมั่นในการใช้บริการของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลด้วย (Tack, Ulrich & Kehr, 1987; Schmid, 1990)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การหกล้มและตกเตียงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุที่เกิดจากยานพาหนะ และพบอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงมากกว่าร้อยละ 25 ในโรงพยาบาลตติยภูมิ (Kilpack, Boehm, Smith & Mudge, 1991) สถาบันควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รายงานอุบัติการณ์ของการหกล้มและตกเตียงในปีพ.ศ.2544 พบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งหกล้มและตกเตียงถึงแก่ความตายถึง 11,600 คน และ 373,000 คน ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2545 พบว่า มีผู้หกล้มและตกเตียงถึง 13,000 คน (CDC, 2005) ร้อยละ 20 - 30 ได้รับความเจ็บระดับปานกลาง

ถึงระดับรุนแรง เช่น ภาวะดุกสะโพกหัก หรือบาดเจ็บศีรษะ เป็นสาเหตุของการทุพพลภาพและเสียชีวิต (Sterling, O'Connor & Bonadies, 2001) สำหรับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในกลุ่มผู้ที่หกล้มและตกเตียงนั้นมีมากถึง 20.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2537 (CDC, 2005) และคาดว่าจะมากถึง 32.4 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2563 (Englander, Hodson & Terregrossa, 1996)

สำหรับอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2546 เกิด 163 ครั้ง และเพิ่มขึ้นเป็น 177 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2547 (ข้อมูลอุบัติการณ์ หน่วยประกันคุณภาพทางการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2546 - 2547) สำหรับอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 ในปี พ.ศ. 2545 เกิด 1 ครั้ง และเพิ่มจำนวนมากถึง 9 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2546 (ข้อมูลอุบัติการณ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3, 2545 - 2546) ถึงแม้ว่าความรุนแรงของการหกล้มและตกเตียงจะมีเพียงเล็กน้อย ไม่ได้บาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก หรือมีเลือดออกในสมอง แต่อุบัติการณ์ของการหกล้มและตกเตียงยังไม่เป็นศูนย์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ หากการเฝ้าระวังหรือการป้องกันการหกล้มและตกเตียงไม่ดีพออาจจะเป็นเหตุการณ์ที่นำไปสู่อันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ทุกเมื่อ และยังส่งผลต่อความเชื่อมั่นของทีมผู้ดูแลด้วย

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยจึงได้ประชุมปรึกษากัน เพื่อค้นหาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence - based practice) มาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง ซึ่งการใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่มีหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มาทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการปฏิบัติที่สามารถบรรลุถึงผลลัพธ์การดูแลที่พึงประสงค์ ลดอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียง ส่งผลให้ลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการนอน

โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพในการดูแล อีกทั้งยังสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติอีกด้วย การปฏิบัติโดยอยู่บนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์นี้ เป็นการตอบสนองนโยบายพัฒนาคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภารกิจของโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และศูนย์กลางแห่งความเป็นเลิศทางด้านวิชาการ (center of excellence) อีกด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ และศึกษาถึงความพึงพอใจของทีมเจ้าหน้าที่พยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ

### การดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของการพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และการพัฒนาคุณภาพ โดยมีขั้นตอนโดยสรุปดังนี้

#### ระยะเตรียมการ

1. การกำหนดประเด็นปัญหา ศัลยกรรมประสาท เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีพยาธิสภาพที่สมองอยู่แล้ว จากพยาธิสภาพดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มและตกเตียง และหากเกิดการหกล้มและตกเตียง อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้
2. จัดตั้งทีมรับผิดชอบดำเนินโครงการและทีมยกวาง

3. กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ ตั้งเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงเป็นศูนย์กลางของความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงมากกว่าร้อยละ 80

4. สืบค้นข้อมูลและทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและตกเตียง โดยใช้คำค้น falls, falling, restraints, physical restraints and a systematic review, physical restraint devices or a systematic review พบข้อมูล evidence - based ดังนี้

4.1 Falls in acute hospitals - a systematic review ของสถาบันโจแอนนาบริก ประเทศออสเตรเลีย

4.2 Physical restraint in acute and residential care - a systematic review ของสถาบันโจแอนนาบริก ประเทศออสเตรเลีย

4.3 Reasons for physically restraining patients and residents : a systematic review and content analysis ของ Evans, D. & Fitz Gerald, M. International Journal of Nursing Studies Volume39, Issue 7, September 2002, Pages 735 - 743

4.4 Patient injury and physical restraint devices : a systematic review. ของ Evans, D. Wood, D. E. & Lambert, L. (2003) Journal of Advanced Nursing, 41(3), 274 - 282.

ประชุมทีมงานเพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่สืบค้นได้ การประเมินคุณค่าหลักฐานที่ได้มา โดยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของ evidence ความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับหน่วยงาน ความพอใจของผู้ปฏิบัติ เป็นต้น ทางทีมตกลงร่วมกันเลือกสถาบันโจแอนนาบริก ประเทศออสเตรเลีย เนื่องจากเป็น systematic review จากงานวิจัยหลายเรื่อง

5. การจัดทำแนวปฏิบัติ แปรและเรียบเรียงเอกสารสร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง และทีมงานระดับพยาบาลกรังแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมให้ความเห็น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง และแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง กำหนดดัชนีความตรงด้านเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และให้พยาบาลใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียงโดยจับคู่ประเมินผู้ป่วยคนเดียวกัน ได้ข้อสังเกตต้องตรงกันก่อน

จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อดูความสะดวกในการใช้ สอบถามความชัดเจนและความยากง่ายในหมู่นักปฏิบัติ ประเมินความเหมาะสมกับหน่วยงาน และความเป็นไปได้ในการนำมาปฏิบัติ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประเมินความพร้อมของหอผู้ป่วยและทรัพยากรในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติทั้งหอผู้ป่วย

#### ระยะนำลงสู่การปฏิบัติ

เป็นการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นลงสู่การปฏิบัติจริงที่หอผู้ป่วย โดยทำเป็นโครงการและมีทีมงานรับผิดชอบ มีระยะเวลาดำเนินงาน 1 ปี จัดพิมพ์นำเสนอเป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน และชี้แจงทำความเข้าใจกับบุคลากรในหน่วยงานจนครบทุกคน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าติดตามผล (monitoring) โดยทีมงานที่รับผิดชอบ หากพบปัญหาและอุปสรรค นำมาแก้ไขร่วมกัน โดยทุกคนในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมให้ความเห็นและร่วมกันแก้ไขปัญหา

#### ระยะประเมินผล

ติดตามประเมินผลลัพธ์ทุกเดือนในเรื่องอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียง และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

**การรวบรวมข้อมูล**

คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียง 6 เดือนก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงจากแบบรวบรวมข้อมูลและสมุดสถิติผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 ในช่วงที่ได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลได้ คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงและเก็บข้อมูลความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดโครงการ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียงหลังใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงระยะเวลา 6 เดือน นำมาเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์การหกล้มและตกเตียง 6 เดือนก่อนหลังก่อนใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test)

3. ข้อมูลความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง นำมาหาค่าร้อยละ

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การวินิจฉัย และค่าคะแนนกลาสโกว์โคมา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ n = 311		หลังการใช้แนวปฏิบัติ n = 433	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b> (ค่าเฉลี่ย ก่อน = 40.3 ปี หลัง = 41.2 ปี)				
ไม่ทราบ	5	1.61	11	2.54
15 - 29 ปี	99	31.83	134	30.95
30 - 44 ปี	82	26.37	107	24.71
45 - 59 ปี	78	25.08	117	27.02
60 ปีขึ้นไป	47	15.11	64	14.78
<b>การวินิจฉัย</b>				
บาดเจ็บศีรษะ	208	65.28	234	54.04
หลอดเลือดสมองแตก	68	21.86	78	18.01
เนื้องอกสมอง	28	9.00	92	21.25
อื่นๆ	12	3.86	29	6.70
<b>GCS</b> (ค่าเฉลี่ย ก่อน = 11.7 หลัง = 12.5)				
3 - 8	39	12.54	48	11.09
9 - 13	155	49.84	138	31.87
14 - 15	117	37.62	247	57.04

**ตารางที่ 2** กลุ่มตัวอย่างที่เกิดการหกล้มและตกเตียง ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามจำนวนครั้งของการเกิด จำนวนวันนอนรวม และอัตราการเกิดต่อ 1,000 วันนอน

	จำนวนครั้งของการเกิด	จำนวนวันนอนรวม (วัน)	อัตราการหกล้มตกเตียง ต่อ 1,000 วันนอน
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	5	3,654	1.37
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	1	3,394	0.29

**ตารางที่ 3** กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามการเกิดการหกล้มและตกเตียง และการทดสอบทางสถิติ

	เกิดการหกล้มตกเตียง จำนวน (คน)	ไม่เกิดการหกล้มตกเตียง จำนวน (คน)	การทดสอบทางสถิติ ค่าไคสแควร์	p - value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	5	306		
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	1	432	2.740	.098

**หมายเหตุ** กลุ่มตัวอย่างเกิดการหกล้มและตกเตียงไม่เกิน 1 ครั้งต่อราย

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง ของเจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 23 คน

ความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถป้องกันการหกล้มและตกเตียง	23	100	0	0
สามารถปฏิบัติตามได้	23	100	0	0
ควรใช้แนวปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง	23	100	0	0
ความพึงพอใจ				
ระดับมาก	22	95.7		
ระดับปานกลาง	1	4.5		

### การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มและตกเตียงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วง 15 - 29 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 31.83 และ ร้อยละ 30.95 ตามลำดับ และเป็นผู้ได้รับบาดเจ็บศีรษะมากที่สุดถึงร้อยละ 65.28 และร้อยละ 54.04 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อสมอง ประเมินโดยใช้ค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บปานกลาง GCS อยู่ในช่วง 9 - 13 มากที่สุด คือร้อยละ 49.84 กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อย GCS อยู่ในช่วง 14 -15 มากที่สุดคือร้อยละ 57.04

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำไปใช้ และการประเมินผล โดยอิงกรอบของสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (MHMRC, 1998) โดยมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงาน เป็นหอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาทชายซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทาง มีการประเมินและเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ก่อนโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องความสำคัญของการหกล้มและตกเตียง และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดการหกล้มและตกเตียงเป็นไปในแนวทางเดียวกันตั้งแต่แรกเริ่ม การชี้ให้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการหกล้มและตกเตียง เนื่องจากผู้ป่วยทางศัลยกรรมประสาทมีพยาธิสภาพของสมองและไขสันหลัง ทำให้ส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกตัวสับสน อาจจะมีปัญหาการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายบกพร่อง (sensory deficit) มีอัมพาตของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหว

ได้ตามปกติ แขนขาอ่อนแรงลงกว่าระดับปกติ ทำให้มีปัญหาในการเดินเซ บางรายมีพยาธิสภาพบริเวณสมองน้อย (cerebellum) ทำให้เกิดปัญหาการทรงตัวไม่ดี มีอาการเวียนศีรษะ หากมีการหกล้มและตกเตียง อาจจะทำให้ความทุพพลภาพมีมากขึ้น หรืออาจจะเกิดเลือดออกในสมองจนเสียชีวิตได้

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ทุกระดับยังมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งเห็นตรงกันว่า การป้องกันการหกล้มและตกเตียงจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยลดภาระงาน ลดระยะเวลาในการดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม พบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความตระหนักในการประเมินผู้ป่วย และพบกลุ่มเสี่ยงได้ดีกว่าเดิม ทำให้สามารถป้องกันการหกล้มและตกเตียงในกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่แรกเริ่ม

การใช้แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยที่สับสน เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการหกล้มและตกเตียงมากที่สุด เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยสับสนแม้เพียงข้อเดียว ก็ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องจัดให้เตียงอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลหรืออยู่ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอด (Byers, Arrington & Finstuen, 1990) เนื่องจากบางรายมีอัมพาตครึ่งตัว แต่พยายามดิ้นจะลงจากเตียง เพื่อกลับบ้านหรือไปห้องน้ำ จะต้องใช้การผูกมัดเพื่อป้องกันอันตรายต่อสมองของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุตกเตียง และมีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่พยาบาลอยู่เฝ้าระวังผู้ป่วยประจำห้องหลังทำกิจกรรมเสร็จ และขณะรับส่งเวร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีกำลังแขนขาอยู่ในระดับปกติ เนื่องจากบางรายอาจจะลุกขึ้นยืนบนเตียง หรืออาจจะไถนราวผ้ามาซึ่งไม่สามารถทานน้ำหนักของผู้ป่วยได้



ซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรงที่คาดไม่ถึง และอุปกรณ์ของเครื่องใช้เสียหายได้

การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจะใช้วิธีประชุมปรึกษาในตอนเช้าหลังรับเวร และใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อในการสอน ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้เกิดอุบัติเหตุการหกล้มและตกเตียงได้ (Hendrich, Nyhuis, Kippenbrock & Soja, 1995; Tuffnell, 1990; Byers, Arrington, & Finstuen, 1990; Morse, 1997) การทบทวนความรู้เป็นระยะ เช่น เมื่อคณะผู้วิจัยตรวจสอบพบว่าความเข้าใจในแบบประเมินไม่ตรงกันก็นำมาพูดคุยทำความเข้าใจร่วมกัน จนจับคู่ประเมินผู้ป่วยคนเดียวกันได้ข้อสังเกตตรงกัน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มและตกเตียงและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงแก่พยาบาลใหม่ที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

การให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มและตกเตียง และการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มและตกเตียงแก่ญาติผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญมาก ทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการหกล้มและตกเตียง (Byers, Arrington, & Finstuen, 1990) สามารถปฏิบัติตามกับผู้ป่วยได้ถูกต้องตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อที่บ้าน

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงนั้น คณะผู้วิจัยจะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือจะทำเป็นตัวอย่างแก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้กับทีมผู้ดูแล มีการติดตาม กำกับ และนิเทศอย่างต่อเนื่องตลอดจนมีการติดตามอุบัติเหตุการเกิดการหกล้มและตกเตียงทุกเดือน และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ พร้อมทั้งทำหน้าที่ประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด เป็นต้น

การพิจารณาเรื่องอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานที่มีอยู่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 บางช่วงมีจำนวนผู้ป่วยสิ้นเตียง โดยเฉพาะในช่วงที่มีเทศกาลสำคัญ เช่น ประเพณีลอยกระทง เทศกาลขึ้นปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ ทำให้มีภาระงานมาก จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน คณะผู้วิจัยได้พิจารณาขออัตรากำลังเพิ่ม ซึ่งได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกระดับมีความเห็นให้เพิ่มอัตรากำลังทำงานล่วงเวลา (over time = OT) ทำให้มีจำนวนบุคลากรเพียงพอเพื่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงเป็นไปตามแผนที่วางไว้ สามารถลดอัตราการเกิดการหกล้มและตกเตียงได้ระดับหนึ่ง อีกประการหนึ่งผู้บริหารทางการแพทย์ควรพิจารณาอัตรากำลังหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ใหม่ซึ่งอาจมีผลทำให้อัตรการหกล้มและตกเตียงสูงขึ้นได้ (Schmid, 1990)

สำหรับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลงานของตนและเกิดความภาคภูมิใจ จากแบบสอบถามข้อคิดเห็นตามการรับรู้ของตนเองพบว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการหกล้มและตกเตียงได้ สามารถปฏิบัติตามได้ และควรใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร้อยละ 100 (ตารางที่ 4) การให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการปรับแนวปฏิบัติ ตั้งแต่แรกเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้บนทรัพยากรที่มีอยู่จริงตามที่ตนได้เสนอความคิดเห็น การให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลในเรื่องความสำคัญและการป้องกันการหกล้มและตกเตียง ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทีมผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติฯ เพิ่มขึ้น (Polit & Hungler, 2001) ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของตนที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วย เกิดความกระตือรือร้นที่จะทำงานด้วยความสุข ปฏิบัติงาน บรรลุเป้าหมายของตนเองและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ทำให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

จากการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดการหกล้ม และตกเตียงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากจำนวนครั้งของการหกล้ม และตกเตียง ใกล้เคียงกัน จาก 5 ครั้ง เหลือ 1 ครั้ง จึงทำให้การทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลดิบ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดการหกล้ม และตกเตียงหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ลดลงจาก 1.37 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน เหลือ 0.29 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากในการรับผู้ป่วยรักษา ในหอผู้ป่วย มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง ต่อการหกล้มและตกเตียง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ทุกราย เพื่อที่จะให้การดูแลป้องกันการหกล้มและตกเตียง ตั้งแต่แรกเริ่ม มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแล ป้องกันการหกล้มและตกเตียง และขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาทำให้การดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม

และตกเตียงเป็นไปในทางเดียวกันทั้งหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อัตราการหกล้มและตกเตียงของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 3 หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ยังไม่เป็นศูนย์ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว เป็นการหกล้มลงข้างเตียงขณะนำผู้ป่วยลงล้อเข็น โดยญาติของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ไม่สามารถทานน้ำหนักของผู้ป่วยได้ จึงทำให้เสียหลักหลุดตัวลง เอาส่วนกัน กระแทกพื้นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพของหน่วยงาน ทรัพยากรที่มีอยู่ และให้ผู้ร่วมดำเนินโครงการมีส่วนร่วมในการนำลงสู่การปฏิบัติทุกขั้นตอน
2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงไปใช้ ทีมงานจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และควรมีการนิเทศติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
3. ควรทำความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงกับผู้ร่วมดำเนินโครงการก่อนนำไปใช้ และมีการทบทวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการหกล้มและตกเตียงเป็นระยะๆ

## เอกสารอ้างอิง

- ข้อมูลอุบัติการณ์. (2545 - 2546). **สรุปสถิติและผลงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 ประจำปี 2545 - 2546**. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- ข้อมูลอุบัติการณ์. (2546 - 2547). **หน่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล**. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- จักรภพ ธาตุสุวรรณ. (2546). **การใช้โปรแกรม SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและงานวิจัย**. ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2546). **เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีพื้นฐานมาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์และการนำลงสู่การปฏิบัติ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิติรับใหม่และจำหน่าย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3. (2544 - 2546 ). **สมุดบันทึกสถิติรับใหม่และจำหน่ายหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3**. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- Byers, V., Arrington, M.E. & Finstuen, K. (1990). **Journal of Neuroscience Nursing**. 22(3) : 147 - 154.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). **Preventing Falls Among Older Adults**. Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention.[Online]. Available from : [www.cdc.gov/program](http://www.cdc.gov/program). [January 2004]
- \_\_\_\_\_ (2005). Falls and Hip Fractures Among Older Adults. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online]. (2005). **National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer)**. Available from : URL: [www.cdc.gov/ncipc/wisqars](http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars). [Cited 7 Aug 2005]
- Englander, F., Hodson, T. J. & Terregrossa, R. A. (1996). Economic dimensions of slip and fall injuries. **Journal Forensic Science. Sep, 41** : 733 - 46.
- Evans, D. Wood, D.E. & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices : a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, 41(3) : 274 - 282.
- Evans, D. & Fitz Gerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents : a systematic review and content analysis. **International Journal of Nursing Studies**. 39(7) : 735-743.
- Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T. & Soja, M.E. (1995). Hospital falls : Development of predictive model for clinical practice. **Applied Nursing Research**. 8(3) : 129 - 139.
- Lamp, K., Millier, J. & Hernandez, M. (1998). Falls in the elderly : Causes and prevention. **Orthopaedic Nursing** : 45 - 49.
- Lane, A.J. (1999). Evaluation of the fall prevention program in an acute care setting. **Orthopaedic Nursing**. November / December : 37 - 43.

- Lohr, K.N., Eleazer, K. & Mauskopf, J. (1998). Review health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. **Health Policy**. **46**(1) : 1 – 19.
- Kilpack, V., Boehm, J., Smith, N. & Mudge, B. (1991). Using research – based interventions to decrease patient falls. **Applied Nursing Research**. **4**(2) : 50 – 56.
- Morse, J. M. (1997). **Preventing patient falls**. Thousand Oaks : SAGE.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). **A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines**. Endorsed 16 November 1998, ISBN 1864940485 (available : [http://www.ausinfo.gov.au/general/gen\\_hottobuy.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm))
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). **Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization**. (5<sup>th</sup>ed). Philadelphia : Lippincott.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence –based medicine : What it is and what it is not. **British Medical Journal**, 312 : 71 – 72.
- Schmid, N.A. (1990 ). Reducing patient falls : A research – based comprehensive fall prevention program. **Military Medicine**, 155 : 202 – 207.
- Sterling, D. A., O'Connor J. A. & Bonadies, J. Geriatric falls : Injury severity is high and disproportionate to mechanism. **Journal of Trauma – Injury Infection and Critical Care**. 2001; **50**(1) : 116 – 9.
- Stolze, H., Klebe, S., Zechlin, C., Baecker, C. Friege, L. & Deuschl. G. (2004). Falls in frequent neurological diseases prevalence, risk factors and aetiology. **Journal of Neurology**. **251**, 79 – 84.
- Tack.K.A., Ulrich, B. & Kehr, C. (1987). Patient falls : Profile for prevention. **Journal of Neuroscience Nursing**. **19**(2) : 83 – 89.
- The Joanna Briggs Institute. (1998). Falls in acute hospitals : A systemic review. (available : [http://www.joannabriggs.edu.au/best\\_practice/bp4.php](http://www.joannabriggs.edu.au/best_practice/bp4.php))
- The Joanna Briggs Institute (1998) Physical Restraint In Acute and Residential Care : A Systematic Review. (available : [http://www.joannabriggs.edu.au/best\\_practice/bp4.php](http://www.joannabriggs.edu.au/best_practice/bp4.php)) 735 - 743.
- Tuffnell, C. (1990). Falling can seriously damage one's health – even in hospital. **World Health Forum**, **11**, 282 – 285.
- Weinberg, A. D. (1998). **Risk management in long – term care : A quick reference guide**. New York : Springer.

# โครงการการใช้ความรู้เชิงประจักษ์

## เรื่อง

### ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

### ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

อนงค์ อมฤตโกมล \*

#### หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่าประชากรมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึง 110,000 คนในแต่ละปี สำหรับประเทศไทย สถิติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็วของระบบสังคมและระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีการรับประทานอาหารไขมันมากขึ้น รับประทานผักและผลไม้ลดลง การดำเนินชีวิตด้วยความเครียด การมีกิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง ไม่ควบคุมน้ำหนักและภาวะอ้วน ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากข้อมูลของโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรค

หลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 80.6 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40 และการสูบบุหรี่ร้อยละ 34.8 และเมื่อติดตามการควบคุมระดับไขมัน ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และการงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบเหล่านี้ พบปัญหาว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเป็นโรคซ้ำหรือเป็นมากขึ้น และมีการดำเนินของสภาวะโรคเลวลง

จากปัญหาดังกล่าวทางหน่วยตรวจฯ จึงมองเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อให้มีแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว ได้ทำการพัฒนาตามโครงการการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (The Thailand Center for Evidence Based Nursing and

\* หัวหน้าหน่วยตรวจพิเศษทางโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบภายนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Midwifery) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิบูล นันทชัยพันธ์ และจวีร์วรรณ ธงชัย, 2548) หลังจากนั้น ได้นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนำสู่การปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย หลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ารับบริการในหน่วย ตรวจพิเศษทางโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 จำนวน 26 คน และทำการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### วิธีดำเนินโครงการ

#### 1. การกำหนดประเด็นปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำ หรือเป็นมากขึ้น ถ้าไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาว่า ผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

#### 2. การกำหนดผลลัพธ์

ทำการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ต้องการ ให้เกิดขึ้นภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ ได้ขอสรุปดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของการจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น โดย กำหนดตัวชี้วัดคือ

1) ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ total cholesterol  $\leq$  200 mg/dl, Triglyceride  $\leq$  200 mg/dl, LDL  $\leq$  100 mg/dl และ HDL  $\geq$  40 mg/dl

2) ระดับ FBS  $\leq$  110 mg/dl และ/หรือ HbA1C  $\leq$  7

3) ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ  $\leq$  140/80 และ  $\leq$  130/80 ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน

4) ผู้ป่วยทุกรายเลิกสูบบุหรี่

2.2 ประสิทธิภาพของการป้องกันเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำเพิ่มขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัดคือ

1) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำลดลง

2) อัตราการตายด้วยสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำลดลง

3) ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง

#### 3. การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง

ทำการสืบค้นหลักฐานความรู้และงานวิจัยจากวารสารทางการแพทย์และพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ จากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ มาตรฐานทางคลินิก, ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, แนวปฏิบัติทางคลินิก, การควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, การป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ Coronary heart disease, Acute coronary syndrome และ Risk factor management

## ► วารสารพยาบาลสวนดอก

ผลการสืบค้นได้ Systematic review 1 เรื่อง (12 trial), Clinical Practice Guidelines 2 เรื่อง, Randomize control trial : RCT 7 เรื่อง Expert opinion 2 เรื่อง

### 4. การประเมินคุณค่าของหลักฐาน

นำหลักฐานที่สืบค้นมาได้ทั้งหมดมาทบทวน วิเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือ ตลอดจนความเหมาะสมสำหรับนำไปปฏิบัติตามเกณฑ์พิจารณาตัดสินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสถาบัน โจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004)

### 5. การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก

5.1 พิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของหน่วยตรวจพิเศษทางโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบภายนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

5.2 จัดพิมพ์ร่างแนวปฏิบัติ โดยบรรจุวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศตามผลการวิจัยที่สืบค้นได้ พร้อมทั้งระบุระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

5.3 นำเสนอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นสำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข

5.4 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอแนะให้มีความเหมาะสมกับการใช้ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

5.5 ตรวจสอบคุณภาพทางด้านภาษาและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5.6 ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 15 ราย

### 6. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบของหน่วยตรวจประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

6.1 การประชุมชี้แจงและสร้างความเข้าใจ แนะนำวิธีการใช้ ตลอดจนให้ความรู้ในเรื่องของการใช้ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้รวมในการพัฒนาแผนการดูแล ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลจะต้องเข้าใจและยอมรับเป้าหมายของแนวปฏิบัติ การทำความเข้าใจจะต้องรวมถึงการทำความเข้าใจในเรื่องการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

6.2 ประชุมกำหนดข้อตกลง และกำหนดขั้นตอนการใช้ ได้ข้อสรุปดังนี้

ก) ให้เจ้าหน้าที่ที่จะใช้แนวปฏิบัติเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเข้าโครงการจากผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยตรวจฯ เช่น ผู้ป่วยที่มาตรวจสมรรถภาพหัวใจโดยการวิ่งบนสายพานเลื่อน หรือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่หน่วยฟื้นฟูหัวใจให้การฟื้นฟูหัวใจก่อนกลับบ้าน

ข) บันทึกชื่อผู้ป่วยที่เลือกใช้แนวปฏิบัติเข้าโครงการในสมุดการใช้แนวปฏิบัติ

ค) ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ดังรายละเอียด (ภาคผนวก)

### 7. การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การประเมินผลโครงการครั้งนี้ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ารับบริการในหน่วยตรวจพิเศษทางโรคหัวใจและ

หลอดเลือด ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 จำนวน 26 คน ผลการศึกษาได้เสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การควบคุมระดับไขมัน การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ตารางที่ 1

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 26)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	16	64
หญิง	10	36
<b>อายุ (ปี) (x = )</b>		
41 - 50	4	15
51 - 60	8	31
61 - 70	6	23
> 70	8	31

ปัจจัยเสี่ยง (กลุ่มตัวอย่าง 1 รายมีปัจจัยเสี่ยงได้มากกว่า 1 อย่าง)

สูบบุหรี่	16	61
โรคความดันโลหิตสูง	14	53
โรคเบาหวาน	16	61
ไขมันในเลือดสูง	23	88

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 64 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่พบในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือระดับไขมัน ในเลือดสูง

คิดเป็นร้อยละ 88 รองลงมาคือการสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 61

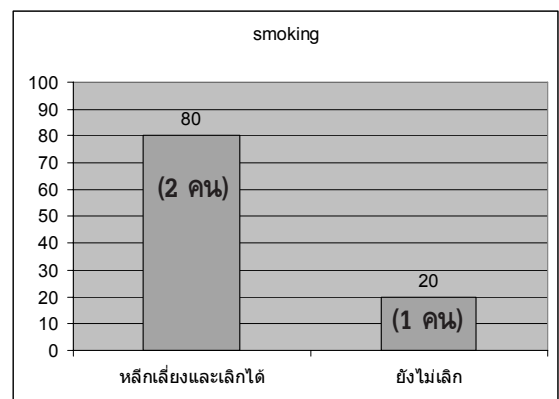
#### ตารางที่ 2

ข้อมูลการประเมินเรื่องการสูบบุหรี่ (N = 16)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกสูบบุหรี่ > 20 ปี	11	68
อยู่ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่	2	13
ยังไม่เลิกสูบ	3	19

ตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 68

แผนภูมิที่ 1 ผลลัพธ์การควบคุมการสูบบุหรี่ (N = 3)

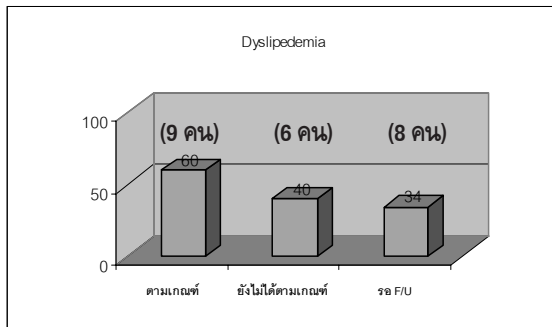


จากแผนภูมิ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 2 คน เลิกไม่ได้ 1 คน



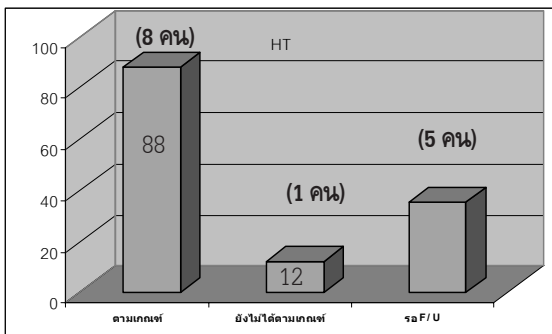
วารสารพยาบาลสวนดอก

**แผนภูมิที่ 2** ผลลัพธ์การควบคุมระดับไขมัน (N = 23)



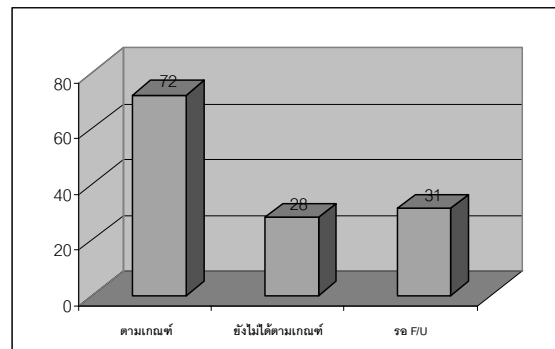
จากแผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมันได้ตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60 และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 40

**แผนภูมิที่ 3** ผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิต (N = 14)



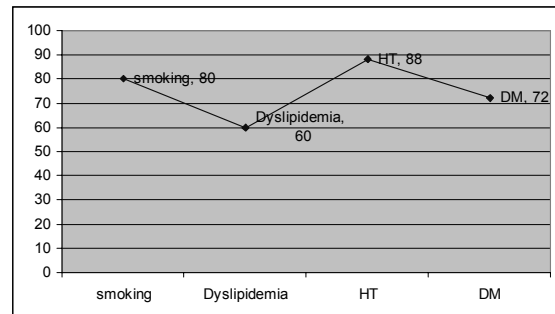
จากแผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88 และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 12

**แผนภูมิที่ 4** ผลลัพธ์การควบคุมระดับระดับน้ำตาล



จากแผนภูมิที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 72 และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 28

**แผนภูมิที่ 5** แสดงร้อยละจำนวนผู้ป่วยในโครงการสามารถควบคุมการสูบบุหรี่ ระดับไขมัน ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ได้ตามเกณฑ์



จากแผนภูมิที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละผู้ป่วยในโครงการที่สามารถควบคุมปัจจัยได้ตามเกณฑ์ โดยมีจำนวนผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88 จำนวนผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตรงลงมาคิดเป็นร้อยละ 72

**แผนภูมิที่ 6** เปรียบเทียบร้อยละจำนวนผู้ป่วยในโครงการที่ควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์กับจำนวนร้อยละเป้าหมาย

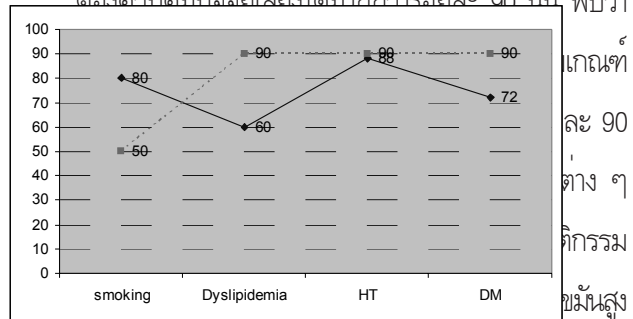
— เป้าหมาย  
- - - ผลลัพธ์

จากแผนภูมิ 6 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ โดยมีร้อยละผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88 ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ร้อยละ 90

**การอภิปรายผล**

การดำเนินโครงการการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเริ่มต้นโครงการตั้งแต่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยอาศัยขั้นตอนและแนวทางการพัฒนาตามแบบของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (The Thailand Center for Evidence Based Nursing and Midwifery) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พิบูลนันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) จนกระทั่งได้ดำเนินโครงการนำสู่การปฏิบัติตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 เป็นระยะเวลา 3 เดือนมีจำนวนผู้ป่วยในโครงการ 26 คน

สรุปการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ โดยใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์จากจำนวนร้อยละผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 80 ควบคุมระดับไขมันได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 60 ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 88 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 72 ซึ่งอย่างไรก็ตามผลลัพธ์จากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยส่วนใหญ่ยังไม่ถึงเป้าหมายตามเกณฑ์กำหนด โดยพบว่ามีเพียงการควบคุมการสูบบุหรี่เท่านั้นที่สามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด คือสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 50 สำหรับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งกำหนดเป้าหมายว่าจำนวนร้อยละผู้ป่วยต้องควบคุมได้โดยเฉลี่ยได้มากกว่าร้อยละ 90 พบว่า



การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องใช้เวลานานและต้องอาศัยเทคนิคในการให้คำแนะนำผู้ป่วย แต่เนื่องจากในการนำแนวปฏิบัติในการควบคุมปัจจัยมาใช้นั้น พยาบาลยังมีเวลาที่จะให้คำแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยน้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอาจจะยังไม่เข้าใจเพียงพอที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนั้นอาจจะเป็นเรื่องของระยะเวลาการติดตามผล ซึ่งเร็วเกินไป คือติดตามหลังให้คำแนะนำไปแล้ว 3 เดือน

## ► วารสารพยาบาลสวนดอก

การให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่งทำได้ครั้งเดียว ผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตได้ ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายนั้น จะต้องใช้ระยะเวลา ในการที่ผู้ป่วยจะค่อย ๆ ปรับ จึงคาดว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งต่อไปผู้ป่วยจะสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินโครงการการควบคุมปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยใช้ความรู้

เชิงประจักษ์ที่ได้ดำเนินการผ่านมาระยะหนึ่งนั้น ถือได้ว่าเป็นก้าวแรกในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้เกิดการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มีแบบบันทึกการประเมินและการติดตามและมีเกณฑ์เป้าหมายในการกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจน ซึ่งถ้าโครงการดำเนินการต่อเนื่องไป คาดว่าจะเห็นผลและส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้มีการดูแลที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Antman, E. M., Anbe, D.T., Armstrong, P. W., Bates, E.R., Green, L. A., Hand, M., et al., (2004). ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute ST-Elevation myocardial infarction. **Circulation**. **110**, 588 - 636.
- Bosch, X., Theroux, P., & Waters, D. D. (1987). Early postinfarction ischemia: clinical angiographic, and prognostic significance. **Circulation**. **5**, 988.
- Bonita, R., & Beaglehole, R(1994). Cardiovascular disease epidemiology in developing countries: ethic and etiquette. **Lancet**. **344**, 1586 - 1587.
- Libby, P. J. Internal Med Heller, R. F., Fisher, J. D., D'Este, C. A., LIM, L. L., Dobson, A. S., & Porter, R. (2000). Death and readmission in the year after hospital admission with cardiovascular disease: the hunter area heart and stroke register. **Medicine Journal**. **172**(6), 261 - 265.
- Osguthorpe, S. S. (1995). Acute myocardial infarction. In N. Urban, K. K. Greenlee & C. Winkelman (Eds.), **Guidelines for critical care nursing**. (pp. 146 - 162). Boston: St.Louis.Tu, J. V., Austin, P. C., Filate, W. A., Johansen, H. L., Brien, S. E., Pilote, L., et al. (2003). Canadian cardiovascular outcomes research team outcomes of acute myocardial infarction in Canada. **Canada Journal Cardiology**. **19**(8), 893 - 901.

## ภาคผนวก

## แนวปฏิบัติทางคลินิกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

แนวปฏิบัติทางคลินิกการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรงพยาบาลมหาราช-นครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม
- 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยง
- 3) การจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- 4) การให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต
- 6) การมีผู้จัดการรายกรณีในการควบคุมระดับไขมัน และ
- 7) การควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการ

### 1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม (level 4A)

1.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบทุกคนต้องได้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

1.2 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคอย่างครบถ้วน

1.3 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับการดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างเหมาะสม

### 2. การประเมินปัจจัยเสี่ยง (level 1A)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องได้รับการค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคครบถ้วน ได้แก่ การตรวจหาระดับไขมันในเลือด การตรวจหาระดับ FBS และ / หรือ HbA1C การประเมินภาวะความดันโลหิตสูง และประเมินการสูบบุหรี่อย่างครบถ้วน

### 3. การจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (level 1B)

มีการควบคุมจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างเหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงที่ต้องควบคุม มีดังนี้

3.1 การควบคุมระดับไขมันในเลือด มีการตรวจเช็คระดับไขมันในเลือด และ / หรือรักษาระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติได้อย่างเหมาะสม

3.1.1 เป้าหมายของการควบคุมระดับไขมัน คือ ระดับโคเลสเตอรอล ( total cholesterol )  $\leq 200$  mg / dl, ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)  $\leq 200$  mg / dl, เอลดีแอล (LDL)  $\leq 100$  mg / dl และเฮลดีแอล (HDL)  $\geq 45$  mg / dl โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (modified life style)(Class I ,Level B)

3.1.2 ถ้าระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 240 mg / dl ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดระดับโคเลสเตอรอล และปรับระดับยาถ้าจำเป็นเพื่อลดให้ระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 mg / dl

3.1.3 ถ้าระดับโคเลสเตอรอลอยู่ระหว่าง 200 - 240 mg / dl ต้องได้รับการแนะนำอาหารที่เหมาะสม และต้องวัดระดับโคเลสเตอรอลซ้ำที่ 6 - 12 สัปดาห์

3.1.4 ยาที่ควรให้เพื่อลดไขมัน ได้แก่ ยาในกลุ่ม statins ยกเว้นในรายที่มีข้อห้าม

3.2 การควบคุมความดันโลหิตในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต และ / หรือรักษาความดันโลหิตอย่างเหมาะสม (level 1B)

3.2.1 เป้าหมายในการควบคุม ความดันโลหิต คือผู้ป่วยต้องมีความดันโลหิต  $\leq 140 / 90$  mmHg และ  $\leq 130 / 80$  ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน

3.2.2 ถ้าความดันโลหิตผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ BPs = 130 - 140 mmHg และ BPd = 85 - 90 mmHg ในขั้นแรกควรเริ่มการรักษาด้วยการแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

## ► วารสารพยาบาลสวนดอก

3.2.3 มีการประเมินรักษาผู้ป่วยระยะสำคัญที่ถูกทำลาย และการลดระดับความดันโลหิตจะต้องมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยด้วย

3.3 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือด และ / หรือรักษาระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติได้อย่างเหมาะสม (Level 1B)

3.3.1 เป้าหมาย คือระดับ FBS < 110 mg / dl และ / หรือ HbA1C ในเลือด < 7

3.4 การควบคุมการสูบบุหรี่

3.4.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบทุกราย ต้องได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

### 4. การให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ (level 2A)

4.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกราย ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค อาการ / อาการแสดงของโรค และแนวทางการรักษาโรค ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกราย ต้องได้รับการวางแผนแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ระดับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการเลิกสูบบุหรี่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.3 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบทุกราย ต้องได้รับคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อให้สามารถนำกลับไปปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค

### 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ( level 1B)

5.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับสนับสนุนให้งดสูบบุหรี่

5.2 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารให้รับประทานอาหารที่ถูกต้องลดอาหารประเภทไขมันสูง เน้นการรับประทานผักสดและผลไม้แต่ละวัน

5.3 ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบต้องได้รับการสนับสนุนในการออกกำลังกาย

### 6. การมีผู้จัดการรายกรณีในการควบคุมระดับไขมัน (level 1C)

#### 7. การพัฒนาคุณภาพบริการ

7.1 มีการศึกษาผลการวิจัย หรือความรู้เชิงประจักษ์ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ตลอดจนมีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือ แผนการสอน และแผ่นพับการให้ความรู้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (level 4B)

7.2 ติดตามและประเมินตัวชี้วัดคุณภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างสม่ำเสมอ (level 4A)

7.3 มีระบบติดตามและกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (level 4A)

7.4 ติดตามประเมินความคิดเห็น และความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (level 4B)

7.5 มีระบบบันทึกและตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างต่อเนื่อง (level 4B)

7.6 ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของเกิดการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแก่บุคลากรพยาบาลใหม่ทุกราย โดยอาศัยแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล (level 4B)

# การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โดยการใช้อุปกรณ์สนับสนุน\*

จันทร์แรม เสรีสกุล \*\*

ยุพิน เพียรมงคล \*\*\*

ในปัจจุบันการรักษามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือใช้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาเพื่อให้หายขาดจากการเป็นมะเร็งระยะแรก และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะความสมบูรณ์ของร่างกายผู้ป่วยแต่ละราย พยาธิสภาพของชิ้นเนื้อและระยะหรือการดำเนินของโรค ส่วนมะเร็งระยะลุกลามนิยมใช้รังสีรักษาและ / หรือเคมีบำบัดในการรักษา (สมเด็จพระติ ศรีสุวรรณดิฐ และสัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์, 2542)

จากการป่วยด้วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี การรักษาด้วยรังสีรักษาและ / หรือเคมีบำบัดติดต่อกันเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบในทางลบตามหลายอย่าง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือทางด้านร่างกาย พบว่าทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองไม่มีประโยชน์ไร้ความสามารถ สูญเสียภาพลักษณ์ มีความบกพร่องในเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึมเศร้า และวิตกกังวล

ด้านสังคม พบว่า จากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

ทำให้อยากพักผ่อนอยู่ตลอดเวลา จึงปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ส่วนด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังและรับรู้ทำให้สูญเสียเวลาอันมีค่า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวในที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลและมีความเครียดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด (ยุพิน เพียรมงคล, 2547) ผู้ป่วยหลายรายจะต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนี้แล้ว ยังจะต้องกลับมาโรงพยาบาลอีกหลายครั้งเพื่อรับการรักษาและรับการตรวจติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และวาระสุดท้ายของผู้ป่วยต้องอาศัยการดูแลจากญาติที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยและญาติจึงต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควิธีการรักษา การดูแลตนเองในขณะรับยาเคมีบำบัด และหลังได้รับยาครบแล้ว รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะสุดท้าย

กลุ่มสนับสนุนเป็นกระบวนการกลุ่มอย่างหนึ่งที่เหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการห้องคำความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยน

\* โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (COI)

\*\* พยาบาลระดับ6 หรือผู้ป่วยนรีเวชกรรม 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา  
โรงพยาบาลมหาราชชนนครเชียงใหม่

\*\*\* รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาส่วนบุคคลหรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ตกอยู่ในประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ได้มีโอกาสร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับความรู้ นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (ยูพิน เพียร์มรงค์, 2547)

ผู้ดำเนินโครงการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และญาติได้รับความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ โดยละเอียด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและเสนอแนะแนวทางที่ตนเองประสบความสำเร็จแก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ เป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยอาศัยกลุ่มเป็นศูนย์กลางถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ในระหว่างและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะส่งผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงด้วย

### ความหมาย

**กลุ่มสนับสนุน** (support group) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้บำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ หรือด้านพฤติกรรม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน

#### กลไกของกลุ่มสนับสนุน

กลไกของกลุ่มสนับสนุนประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่ การให้ข้อมูลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

1. การให้ข้อมูล เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ อาจจะใช้วิธีบอกโดยตรงหรือชี้แนะแนวทาง รวมทั้งการแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรค วิธีการเผชิญปัญหาเพื่อนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งการพูดคุยกันในกลุ่มจะมีรายละเอียดถึงทักษะในการเผชิญกับปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากผู้ที่เคยมีปัญหานั้นมาแล้ว และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาให้กับสมาชิกอื่น

#### ประเภทของกลุ่มสนับสนุน

ประเภทของกลุ่มสนับสนุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือกลุ่มสนับสนุนที่ให้ความรู้รวมกับการดูแลด้านจิตใจ และกลุ่มสนับสนุนที่เน้นการบำบัดทางจิต

1. กลุ่มสนับสนุนที่ให้ความรู้รวมกับการดูแลด้านจิตใจ เป็นกลุ่มที่เน้นเรื่องของการให้ความรู้และการดูแลด้านจิตใจ การสรุปเนื้อหาในประเด็นที่เป็นปัญหาของสมาชิก

2. กลุ่มสนับสนุนที่เน้นการบำบัดทางจิต เป็นกลุ่มที่เน้นสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์เฉพาะทางด้านจิตเวช

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะและหลังการได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและเสนอแนะแนวทางการดูแลตนเองขณะและหลังการได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
4. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

**ระยะเวลาดำเนินโครงการ**

ดำเนินโครงการตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2547 ถึง 15 ธันวาคม 2548 โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน สัปดาห์ละ 3 วัน ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ สัปดาห์ที่ 3 หรือ 4 ของเดือน ที่ห้องกิจกรรมบำบัด หอผู้ป่วย นรีเวชกรรม 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสาร นครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการทำโครงการนี้ ได้เน้นการใช้กลุ่มสนับสนุนให้ความรู้ ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจ

**ผู้เข้าร่วมโครงการ**

ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่นัดมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป และนัดมารับการตรวจติดตามการกลับเป็นซ้ำของโรค และญาติจำนวน 50 คน

**การประเมินผลโครงการ**

ประเมินโดยการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน โดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลแบบมาตรวัด โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ของไอท์เคน โวเจลซังและวีเวอร์กับโลว์ (Aitken, 1969; Vogelsang, 1988; Wewers & Lowe, 1990) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ประเมินความวิตกกังวลตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลถึงความวิตกกังวลสูงสุด



ผู้ดำเนินโครงการนำมาตรวัดนี้ ไปสอบถามความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมโครงการตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่และเป็นจริงในขณะนั้น แล้วให้ผู้



เข้าร่วมโครงการใช้ปากกาทำเครื่องหมายขีดเส้นตัดเส้นตรงที่เป็นมาตรวัด หลังจากนั้นผู้ดำเนินโครงการใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความรู้สึกกังวล จนถึงจุดที่ผู้เข้าร่วมโครงการทำเครื่องหมายไว้ โดยวัดหน่วยเป็นมิลลิเมตร ตัวเลขที่ได้คือคะแนนความวิตกกังวล

**สรุปผลโครงการ**

ผู้เข้าร่วมโครงการ การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีโดยการใช้กลุ่มสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 26.10 และก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 61.60

**ประโยชน์ที่ได้รับ**

การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ประสพการณ์จากการทำกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยความรู้ที่ได้อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาในเรื่องของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้อาเจียน เยื่อบุช่องปาก



อีกเสบ ต่อมารับรสเลื่อม ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ รวมถึงการรับประทานอาหารที่ช่วยในการเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง การออกกำลังกาย ซึ่งช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องสภาพลักษณะ เพศสัมพันธ์ รวมทั้งการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล (Piper, 1993)

การส่งเสริมเทคนิควิธีการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิควิธีการแก้ปัญหา มีความรู้ในรายละเอียดของวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวิธี มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาระหว่างสมาชิก ซึ่งวิธีการแก้ปัญหา เกิดจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกและใช้ได้ผล จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดกับตนเอง (Kinney, et al., 1992) การฝึกทักษะการจัดการ

กับความเครียดจะช่วยให้ผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่วนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกห่วงใย เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการมีคุณค่าในตัวเอง การสร้างความหวัง เกิดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Piper, 1993)

### เอกสารอ้างอิง

- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์. (2542). ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทย. ใน วสันต์ สันติสมิต, และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา**. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- Aitken, R. C. B. (1969). Measurement of feeling using visual analogue scales. **Proceedings of the royal society of medicine**, 62, 989 – 997.
- Kinney, C., Mannetter, R., & Carpenter, M. (1992). Support groups. In G. Bulechek & J. C. McCloskey (Eds.), **Nursing interventions : Essential nursing treatments**. (2<sup>ed</sup>) Philadelphia W. B. Saunder.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V. C. Kohlman, A. M. Lindsey & C. M. West (Eds.), **Pathophysiological phenomena in nursing**. Philadelphia : W. B. Saunder.
- Vogelsang, J. V. (1988). The visual analogue scale: An accurate and sensitive method for self-reporting preoperative anxiety. **Journal of Post Anesthesia Nursing**, 3(4), 235 – 239.
- Wewers, M. E. & Lowe, N. K. (1990). .A critical review of visual analogue scales in the Measurement of clinical phenomena. **Research in Nursing and Health**, 13(4), 227 – 236.

# โยคะเพื่อสุขภาพ

## คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช \*

สุภาทิพย์ อุปลาบัติ \*

ในปัจจุบันคนไทยมีการตื่นตัวเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกันมาก เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างสุขภาพ

พาวเวอร์และด็อด (Power & Dodd, 1999: 8) กล่าวว่า การมีสุขภาพที่ดีนั้น ไม่ได้หมายถึงการไม่เจ็บป่วยหรือปราศจากโรคเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลอีก 4 ประการ ได้แก่

- การบริโภคอาหารที่ดี มีคุณค่าต่อร่างกาย และรับประทานในปริมาณที่เหมาะสม คือ ไม่มากเกินไป จนทำให้เกิดการสะสมและไม่น้อยเกินไป จนเป็นโรคขาดสารอาหาร
- การลดละพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เช่น การสูบบุหรี่ การเสพยาหรือสิ่งเสพติดต่าง ๆ
- การดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักจัดการกับความเครียดและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น โกรธ หงุดหงิด
- การออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ตามวัย

เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพดี ปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายมีมากมายหลายชนิดให้เลือก ได้แก่ การวิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน พายเรือ เต้นแอโรบิค รำไท้จี้ ฝึกชก และฝึกโยคะ เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายแต่ละชนิดมีรูปแบบของการเคลื่อนไหว จังหวะ และวิธีการเล่นที่แตกต่างกันไป ทำให้ผู้ที่สนใจในการออกกำลังกาย เลือกได้ตามความชอบและความสนใจของตน

โยคะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมเพื่อบริหารกายและจิต ที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในปัจจุบัน และมีสื่อที่จะช่วยในการฝึกโยคะมากมาย เช่น หนังสือ วิดีโอ และซีดีฝึกโยคะ เป็นต้น

ทฤษฎีของโยคะ คือ การบำบัดโดยการเคลื่อนไหว ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามที่กำหนด โดยเน้นการหายใจเข้า - ออก ให้สอดคล้องกับท่าฝึก และการทำสมาธิระหว่างฝึก

โยคะเป็นการฝึกการเปลี่ยนแปลงตัวเองทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ นอกจากจะเปลี่ยนแปลงแล้วยังสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้น

\* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การฝึกโยคะจะประกอบไปด้วยส่วนที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. การออกกำลังกายหรือการฝึกท่าโยคะ จะกระตุ้นอวัยวะและต่อมต่าง ๆ ในร่างกายทำงานดีขึ้น สุขภาพจึงดีขึ้น

2. การหายใจหรือลมปราณเป็นแหล่งก่อให้เกิดพลังของชีวิต การควบคุมการหายใจจะทำให้จิตใจและสุขภาพดีขึ้น

3. การทำสมาธิ ซึ่งการฝึกท่าโยคะและการหายใจ จะเป็นพื้นฐานในการทำสมาธิ

หากได้ฝึกทั้งสามอย่าง จะทำให้ผู้ฝึกมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจผ่องใส และเข้มแข็ง

### ประโยชน์ของการฝึกโยคะ

สมาคมโยคะของอเมริกา (American Yoga Association: 1995 : 15 – 16 ) ได้สรุปประโยชน์ของโยคะว่า ทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีความยืดหยุ่นดีขึ้น รู้จักตนเองมากขึ้น ทำให้หนึ่งและไม่หงุดหงิดง่าย ทำให้ทรวดทรงดีขึ้น และทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด

ภิกษุธรรมสาร (Dhammasaro. 2000 : introduction) ได้กล่าวประโยชน์ของโยคะไว้ดังนี้ คือ ทำให้ความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้มีสมาธิดีขึ้น มีความสามารถในการผ่อนคลายตนเองได้ดีขึ้น : ผ่อนคลายทั้งร่างกาย จิตใจ และมีสติสัมปชัญญะที่ดีขึ้น

สลี่ สุภรณ์ (2545 : 20 – 22) ได้สรุปประโยชน์ของโยคะดังนี้ คือ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ช่วยผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ช่วยแก้ไขทรวดทรงให้ดูดีขึ้น ช่วยให้สมาธิดีขึ้น ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยจากการเล่นกีฬาและทำงาน ลดอาการปวดประจำเดือน ให้ผลในทางบำบัดรักษา เช่น ลดอาการปวดไหล่ ช่วยให้เกิด

สมดุล คือมีการทรงตัวที่ดี ช่วยทำให้มีสติสัมปชัญญะดีขึ้น ช่วยให้ใจเย็นลง ลดความหงุดหงิด และโกรธเคืองน้อยลง

เกศสุตา ชาตยานนท์ (2545 : 27 – 29) สรุปประโยชน์ของโยคะต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

#### 1. ระบบกล้ามเนื้อ

- ทำให้ไมโตรคอนเดรีย ซึ่งมีหน้าที่สร้างแหล่งพลังงานของเซลล์ในเซลล์กล้ามเนื้อมีจำนวนเพิ่มขึ้น
- เพิ่มปริมาณของไมโอโกลบิน ที่ทำหน้าที่เก็บออกซิเจนในเซลล์กล้ามเนื้อ
- เพิ่มจำนวนเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงกล้ามเนื้อ
- ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมีประสิทธิภาพในการเผาผลาญอาหาร ทำงานได้นานขึ้น โดยไม่เกิดอาการล้า
- ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นสูง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความสมดุล

#### 2. ระบบการย่อยและการดูดซึมอาหาร

- กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง ทำให้ระบบย่อยอาหารแข็งแรง
- อวัยวะในช่องท้องวางตัวในตำแหน่งที่ถูกต้อง
- ทำให้การขจัดของเสียเป็นไปด้วยดี

#### 3. ระบบไหลเวียนโลหิต

- ช่วยให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจได้มากและเร็วขึ้น
- เลือดไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงร่างกายดีขึ้น
- เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารมากขึ้น
- ลดปัญหาเส้นเลือดอุดตัน

#### 4. ระบบหายใจ

- ปอดได้รับออกซิเจนเต็มที่ ระบบหายใจทำงานเต็มที่ มีประสิทธิภาพ
- เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเต็มที่ โพร่งจมูกได้รับการฟื้นฟูประสิทธิภาพ

- กระบังลมถูกยกให้สูงขึ้น ทำให้หัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง

### 5. ระบบฮอร์โมน

- บริหารระบบฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ฮอร์โมนในระบบสืบพันธุ์  
- รังไข่มีสุขภาพแข็งแรง

### 6. ระบบประสาท

- ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้ดี เป็นผลดีต่อระบบประสาทเพราะเนื้อเยื่อทุกชิ้นเชื่อมต่อกันในระบบประสาท  
- กระดูกสันหลังแข็งแรง ซึ่งส่งผลต่อเส้นทางการในระบบประสาทจากสมอง เชื่อมต่อไปยังอวัยวะทุกส่วน  
- ร่างกายได้ผ่อนคลายเต็มที่ (ระบบประสาท parasympatatic ทำงาน) ลดการใช้พลังงาน นำพา ร่างกายและจิตใจ เข้าสู่ภาวะสงบนิ่งและมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แก่นักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อลดความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

### วัน เวลา และสถานที่

จัดกิจกรรมทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 17.00 - 18.00 น. ห้อง 203 - 205 อาคารเรียน 2

### ผู้เข้าร่วมโครงการ

นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี จำนวนทั้งหมด 398 คน

### วิธีการดำเนินโครงการ

1. จัดทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกโยคะ
2. วิเคราะห์ผลการตอบแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองและวิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
3. จัดทำแบบสอบถามระดับความสนใจของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกโยคะ
4. วิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถาม และแสดงผลโดยการจัดบอร์ดที่หอพักนักศึกษาพยาบาล
5. จัดตั้งชมรมโยคะ และแต่งตั้งคณะกรรมการชมรม
  - 5.1 ประชุมชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการแก่สมาชิกในชมรม
  - 5.2 จัดเตรียมสถานที่อุปกรณ์ในการฝึกโยคะ
  - 5.3 จัดทำตารางการฝึกโยคะ โดยฝึกในช่วง 17.00 - 18.00 น. ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี
  - 5.4 ประชาสัมพันธ์ตารางการฝึกโยคะ โดยประชาสัมพันธ์ที่หอพักนักศึกษาพยาบาล และอาคารเรียน รวมทั้ง website ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  - 5.5 บรรยาย สำนึก การฝึกโยคะแก่สมาชิกในชมรม
6. คัดเลือกผู้นำไปฝึกอบรมโยคะที่บ้านโยคะ โดยคัดเลือกจากสมาชิกในชมรมจำนวน 10 คน
7. ผู้นำที่ผ่านการฝึกโยคะ ทำการฝึกโยคะให้แก่สมาชิกในชมรมโยคะ
8. จัดทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และแบบสอบถามเพื่อ

ประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลหลังการฝึกโยคะติดต่อกันนาน 6 เดือน

9. วิเคราะห์ผลการตอบแบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดจากแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษา

10. สรุปประเมินผลการดำเนินโครงการ รายงานผลการดำเนินงานต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส)

### การประเมินโครงการ

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการรวมการฝึกปฏิบัติโยคะ เป็นเวลานานติดต่อกัน 6 เดือน ซึ่งแบบประเมินดังกล่าว ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพซึ่งดัดแปลงจาก Thai GHQ - 28

### สรุปผลการดำเนินโครงการ

ก่อนการเข้าร่วมโครงการโยคะเพื่อสุขภาพ นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพปกติ เพียงร้อยละ 40 และมีระดับความเครียดในระดับปกติ ร้อยละ 42 เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 42 เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 12 และเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 4 หลังการดำเนินโครงการโยคะเพื่อสุขภาพ 6 เดือน ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพกายและประเมินความเครียดพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีภาวะสุขภาพปกติทุกคน และมีระดับความเครียดในระดับปกติ ร้อยละ 95.65 และระดับความเครียดในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 4.35 และยังพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการนั้น มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และนานอย่างน้อย 45 นาที) ร้อยละ 82.61

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่การมีสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เนื่องจากกายและจิตนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กายมีผลต่อจิต และจิตก็มีผลต่อการเช่นกัน ดังที่ชาร์กี (Sharkey. 1997 : 29; cited in Locke. 1942 : 50) ได้กล่าวไว้ว่า "A sound mind in a sound body" ซึ่งหมายถึงสุขภาพจิตที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ผู้ใดที่มีจิตใจอ่อนแอ อยู่ในภาวะเครียด กดดัน ย่อมส่งผลต่อร่างกาย อาทิ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ หรืออาจทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย ในทางกลับกัน ถ้าร่างกายมีปัญหาหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจิตใจท้อเที้ยว ท้อแท้ ได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงรวมถึงสุขภาพกายและจิตที่ดี

จากผลการดำเนินโครงการจึงสรุปได้ว่าการฝึกโยคะอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และนานอย่างน้อย 45 นาทีในแต่ละครั้ง โดยฝึกติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน ทำให้ผู้ฝึกมีภาวะสุขภาพปกติและมีระดับความเครียดในระดับปกติ ดังนั้นผู้ที่ต้องการมีสุขภาพทั้งร่างกายและมีสุขภาพจิตที่ดี ควรออกกำลังกายในรูปแบบของโยคะ เนื่องจากโยคะเป็นกิจกรรมการบริหารกายและจิตซึ่งให้ผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งหากพิจารณาความหมายของคำว่าสุขภาพดีตามที่ชาร์กี (Sharkey. 1997 : 59) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า หมายถึงการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพอารมณ์ที่ดีแล้ว ก็สามารถสรุปได้ว่า การฝึกโยคะทำให้ผู้ฝึกมีพัฒนาการของร่างกายที่ดี เช่น แข็งแรงขึ้น ยืดหยุ่นขึ้นกว่าเดิม และมีพัฒนาการทางด้านจิตใจที่ดี ได้แก่ มีสมาธิขึ้น จิตใจผ่อนคลาย รวมทั้งมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดี ได้แก่ ใจเย็นลง รู้จักใช้การหายใจยาว ๆ เพื่อช่วยบรรเทาความตึงเครียดเมื่อโกรธหรือหงุดหงิด ดังนั้นโยคะจึงเป็นกิจกรรมซึ่งส่งเสริมให้ผู้ฝึกมีสุขภาพที่ดี และสามารถ

นำการฝึกโยคะนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล แก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ สุขภาพที่ผิดปกติ และมีความเครียดจากภาวะ ความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีภาวะสุขภาพกาย ที่ปกติและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย ของประเทศในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้น ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการสร้างสุขภาพที่ดี

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการโยคะเพื่อสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินโครงการเสร็จสิ้น และลุล่วงตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการจัด โครงการจาก **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ** จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

- เกศสุดา ชาตยานนท์. (2545). **คู่มือฝึกฝนด้วยตนเอง โยคะแห่งสติ**. กรุงเทพฯ : มิตรนราการพิมพ์.
- สาลี สุภาภรณ์. (2545). **ตำราไอเณกะโยคะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง.
- สาลี สุภาภรณ์. (2546). **แนวคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกไอเณกะโยคะของคนไทยในวัยผู้ใหญ่**. งานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- American Yoga Association. (1995). **20 - Minute Yoga Workouts**. New York: The Philip Lief Group
- Dhammasaro, Banyat. (2000). **Yoga Why? Why Yoga?**. Nakorn Sri Dhammaraj: Wat Bolo.
- Lyengar, B. K. S. (1976). **Light on Yoga**. New York: Schocken Books.
- Mehta Silva, Mehta Mira. & Mehta Shyam (1990). **Yoga: The Iyengar Way**. London: Chambers Wallac.
- Powers, Scott K. & Dodd, Stephen L. (1999). **Total Fitness**. 2<sup>nd</sup> ed. Needham Heights, MA: Allyn & Baccon.
- Schiffmann, E. (1996). **Yoga: The Spirit and Practice of Moving into Stillness**. New York: Pocket books.
- Sharkey, Brain J. (1997). **Fitness and Health**. 4<sup>th</sup> ed. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sivananda Yoga Vedanta Centre. (1998). **Yoga: Mind & Body**. New York, NY: Dorling Kindersley.

# เครื่องช่วยหายใจคนไข้ไม่ได้ยากจะใช้นาน

ICU-surg Weaning Quality Team

## บริบท

หอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไป โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ ให้บริการผู้ป่วยหนักทางคัดลยกรรรม จำนวน 8 เตียง ในปี พ.ศ. 2548 ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 649 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไปนั้น จะมีปัญหาของระบบการหายใจที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา การทำให้ปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจของผู้ป่วยหมดไป และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ทีมสหสาขาวิชาชีพพัฒนามาตลอดว่าจะมีแนวทางในการบริหารจัดการอย่างไรที่จะไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เร็วเกินไปในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อม ทำให้กลามเนื้อหายใจผู้ป่วยล้า และทำให้การหย่ายากขึ้น หรือปล่อยให้ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเนิ่นนานออกไปโดยไม่จำเป็น ทำให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ได้แก่ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น การเกิด ventilator associated pneumonia - VAP) การนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ทีมผู้ให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไป ได้หาสาเหตุของปัญหา พบว่าวิธีการและระยะเวลาที่ใช้หย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแต่ละราย มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การขาดรูปแบบและวิธีการประเมินก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ มีการพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจ รูปแบบที่หลากหลายซึ่งบางครั้งขึ้นอยู่กับวิธีการของแพทย์แต่ละท่าน เนื่องจากลักษณะหอผู้ป่วยเดิมเป็นระบบเปิดมีแพทย์ผู้ดูแลหลายทีม นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีการประสานการดูแลของทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลอย่างจริงจัง และไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไป จึงได้จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพ เรื่อง “การหย่าเครื่องช่วยหายใจ” โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไป ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

\* Critical care doctor และบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ หอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรรมทั่วไป งานการพยาบาลผู้ป่วยคัดลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

1. ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหมาะสม
2. รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีความหลากหลาย ไม่มีมาตรฐาน
3. ระยะเวลาอนอนในหอผู้ป่วยนาน
4. ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงมาก
5. อัตรา reintubation / reinstatement of ventilator สูง

### เครื่องชี้วัด

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดลง
2. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง
3. ระยะเวลาอนอนในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม ลดลง
4. ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง
5. Reintubation / reinstatement of ventilator ลดลง

### กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

#### 1. Plan

1.1. จัดตั้งทีมนำในการพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อช่วยหาข้อมูลร่วมกับอาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ และอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1.2. นำความรู้เชิงประจักษ์โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ที่รวบรวมโดย American college of chest physician, American association of respiratory care และ American college of critical care medicine แนวปฏิบัติประกอบด้วย หลักสำคัญ 2 ประการ คือ การเตรียมความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วย

หายใจอย่างเป็นระบบโดยการให้ผู้ป่วยทดลองหายใจเอง (spontaneous breathing trial; SBT)

1.3 ได้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการทดลองใช้ และการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.4 เตรียมความพร้อมแก่บุคลากรในหน่วยงาน ในการใช้แนวปฏิบัติให้ถูกต้อง

1.5 จัดทำเอกสาร surgery ICU ventilator weaning flowsheet เพื่อรวบรวมข้อมูล

1.6 มอบหมายการติดตามการดูแล

#### 2. Do

2.1 นำแนวทางปฏิบัติควบคู่กับการศึกษา ผลการใช้ โดยทำเป็นโครงการศึกษาวิจัยร่วมกับหลายสถาบัน เรื่องประสิทธิผลของการใช้แผนภูมิการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมทั่วไป

2.2 ดำเนินการดูแลตาม weaning protocol

#### 3. Study

3.1 ตรวจสอบผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

3.2 เปรียบเทียบผล

3.3 สรุปผล



ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ระยะก่อนดำเนินการ	ระยะที่ 1 (วิจัย)	ระยะที่ 2 (COI1)	ระยะที่ 3 (COI2)
	ก.ค. - ธ.ค. 47 (N = 145)	ม.ค. - มิ.ย. 48 (N = 129)	ก.ค. - ธ.ค. 48 (N = 120)	ม.ค. - มิ.ย. 49 (N = 103)
ระยะเวลาที่ใช้ในการหยา เครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)	73.5	10.08	9.97	6.16
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	4.66	2.93	2.31	2.42
ระยะเวลาอนินทอผู้ป่วยหนัก คัดลอก (วัน)	5.99	4.47	3.78	4.24
ค่าใช้จ่ายในการใช้ เครื่องช่วยหายใจ (บาท)	5503.13	3510	790	2901
Reintubation / reinstitution of ventilator	2.75%	8.52%	5%	6.79%

#### 4. Act

จากผลการดำเนินงานในการนำแนวปฏิบัติ  
การหยาเครื่องช่วยหายใจมาใช้ พบว่าผลลัพธ์ของตัวชี้วัด  
ได้ผลลัพธ์ดี ดังนั้นจึงมีการประกันคุณภาพและพัฒนา  
คุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้มีคุณภาพการดูแล  
ที่สูงขึ้น ดังนี้

4.1 จัดตั้งกลุ่มที่มพัฒนาคุณภาพให้กว้างขวาง  
เพื่อครอบคลุมการทำงานทั่วหอผู้ป่วย

4.2 ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มี  
การทำงานประสานกัน โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจาก  
การเปลี่ยนทีมในการรักษา โดยขอความร่วมมือกับแพทย์  
ผู้รับผิดชอบในการสื่อสารกับแพทย์ นักศึกษาแพทย์  
ที่จะเข้ามาฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักคัดลอกทั่วไป  
ให้ทราบแนวปฏิบัติดังกล่าว

4.3 ให้ความรู้ กำกับ ติดตาม และนิเทศงาน  
การปฏิบัติงานเรื่องการหยาเครื่องช่วยหายใจแก่เจ้าหน้าที่  
ทุกระดับ โดย

- บุคลากรใหม่มีการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการ  
ใช้แนวปฏิบัติ และจัดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์  
การทำงานมากกว่า 5 ปี เป็นพี่เลี้ยงติดตามและให้  
ความช่วยเหลือ

- บุคลากรเก่ามีการใช้กระบวนการกลุ่ม  
สะท้อนกลับการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

4.4 ประเมินและติดตามกระบวนการหยา  
เครื่องช่วยหายใจของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และแจ้งผล  
การประเมินให้แก่บุคลากรทราบเป็นระยะ

4.5 ติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดเป็นรายเดือน 3 เดือน  
และแจ้งให้แก่เจ้าหน้าที่และทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ  
เป็นระยะ

#### การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากตารางแสดงผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน  
คุณภาพ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วย  
หายใจสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักคัดลอกทั่วไป

ทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนัก คัลยกรรมรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นลดลงด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินงานคุณภาพ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสังเกตคือ อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่เกิดขึ้นมากกว่าช่วงก่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในช่วงระยะที่ 1 ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ การประเมินความพร้อมก่อนการหยา ยังคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ SBT ได้ไม่เหมาะสม หรือการเฝ้าระวังในช่วง SBT ยังไม่ดีพอหรืออาจเป็นเพราะความรุนแรงของความเจ็บป่วย

(APACHE II) แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ อัตราการกลับมาใส่ท่อซ้ำที่เกิดขึ้นยังอยู่ในค่าที่รับได้ (อัตราการกลับมาใส่ท่อซ้ำไม่เกิน 25 %)

จึงได้มีการตั้งสมมติฐานไว้ว่า ลักษณะแรกรับของผู้ป่วยที่ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานก่อนจะเข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญข้อหนึ่งที่มีผลต่อตัวชี้วัดของโครงการ จึงนำค่าคะแนนอาปาซี (APACHE II score) และจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนหยาเข้ามาเพิ่มในการรวบรวมข้อมูล ได้ผลลัพธ์ดังตาราง

**ตารางที่ 2** แสดงผลลัพธ์ค่าคะแนน APACHE II กับจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนหยา ในระยะเวลา 3 เดือน (เม.ย. - มิ.ย. 49)

APACHE II	จำนวนผู้ป่วย (คน)	จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนหยา (วัน)	ระยะเวลาการหยา เครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)	ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วย (วัน)	ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (บาท)
0 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	5	0.8	2.37	1.8	2.4	3,080.00
10 - 14	19	1.26	5.9	2.26	3.53	3,168.42
15 - 19	11	2	6.03	3	4.91	4,200.00
20 - 24	9	0.89	3.93	1.89	4	2,644.44
25 ขึ้นไป	16	1.31	3.32	2.31	4.25	3,237.50

**ผลลัพธ์**

จากตารางข้างต้น จึงพิสูจน์ได้ว่าลักษณะแรกรับของผู้ป่วยที่ค่าคะแนนสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานขึ้น ก่อนเข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่มีผลต่อระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วย

หายใจ ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนัก และค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจให้สูงขึ้นตามไปด้วย แต่อย่างไรก็ดี ยังอาจมีตัวแปรอื่นที่เพิ่มเข้ามาที่มีผลต่อตัวชี้วัดเหล่านี้ ที่มิจึงต้องมีการติดตามตัวชี้วัดไปอย่างต่อเนื่องและหาโอกาสพัฒนาต่อไป

# ตามรอยคุณภาพการดูแลผู้ป่วยส่งต่ออาหารโรคเบาหวาน

หอผู้ป่วยส่งต่ออาหาร \*

## บริบท

โรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์อาหาร โรงพยาบาล  
มหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3  
ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และมี  
โรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคไต และ  
การขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพของโรค  
เป้าหมายการรักษา การใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมทั้งไม่มีญาติ  
ดูแลช่วยเหลือ และยังมีข้อจำกัดในการกำหนดอาหาร  
ด้วยตนเอง ต้องรับอาหารจากการบิณฑบาต การถวาย  
อาหารจากประชาชน ซึ่งมีวัฒนธรรมนิยมที่จะถวายอาหาร  
แก่พระภิกษุสงฆ์ด้วยอาหารที่มีแคลอรีสูง วิถีชีวิตการฉัน  
อาหารของพระภิกษุมีความหลากหลาย เช่น บางรูป  
ฉันมื้อเดียว บางรูปฉันสองมื้อ มีข้อจำกัดในการ  
ออกกำลังกาย หนึ่งระเบียบวินัยสงฆ์ในการบิณฑบาตจะ  
ไม่สวมรองเท้าขณะเดินรับบิณฑบาต ทำให้เกิดความเสี่ยง  
ต่อการเกิดแผลที่เท้า ลิงต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้มีผล  
ต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยารักษา  
ผู้ป่วยมักจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ  
ด้วยสาเหตุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน  
และจากโรคร่วม ความเรื้อรังและซับซ้อนของโรคนี้ทำให้

บุคลากรต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแล  
ตนเองได้ รวมทั้งชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล

## ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยเกิดอาการช็อคจากภาวะ hypoglycemia / hyperglycemia / ketoacidosis
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวจากโรคเบาหวาน ได้แก่ แผลที่เท้า ตามัว โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต
3. ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่วัด

## เครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์

1. อุบัติการณ์จากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
2. ผลสัมฤทธิ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. re-admit จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

\* หอผู้ป่วยส่งต่ออาหาร งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ตารางแสดงตัวชี้วัด ปี พ.ศ. 2549 (มกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2549) จำนวนผู้ป่วย 40 ราย

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	> 80%	100	100	100	100	100	100	100	100
2. ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้	> 10%	33.3	28.5	40	40	14.28	25	75	60
3. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 80 - 130 mg%	> 80%	66.6	14.2	60	80	85.7	50	0	80
4. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการช็อกจากภาวะ hypoglycemia / hyperglycemia / ketoacidosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Readmit จากสาเหตุโรคเบาหวาน	0	1	0	0	1	0	0	0	0

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

จากประเด็นความสำคัญที่ล้ำค่า จึงมุ่งเน้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (empowerment, focus on health) คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง (patient focus) และสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (community responsibility) จึงได้พัฒนาคุณภาพการดูแล (COI) โดยการศึกษาและนำข้อมูลเชิงประจักษ์ (EBP) มาใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

- รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
- แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment)

- แนวคิดในการปรับพฤติกรรม

1. กระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล  
พระภิกษุสงฆ์อาพาธทุกรายต้องได้รับความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเอง 5 ด้านในเรื่องอาหารยา การประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำ / สูง การดูแลเท้า การออกกำลังกาย โดยใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด การนำกระบวนการพยาบาลและการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ทุกขั้นตอน มีการให้ความรู้รายเดี่ยว รายกลุ่ม และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน ได้ถูกต้องเหมาะสม

กระบวนการดูแลผู้ป่วยกระทำได้โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อนและนำกระบวนการพยาบาลมาใช้คือ ประเมินวิเคราะห์

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย และร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลรักษากับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทีมแพทย์ผู้รักษาและทีมสหสาขา โดยคำนึงถึงความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมคิดค้นปัญหา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค หรือมีส่วนส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนนำมาวางแผน และเลือกวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจทุกขั้นตอน จากนั้นจึงลงมือปฏิบัติตามแผนโดยนำการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ มุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ เชื่อมมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ (K.A.P.) โดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงช่วยสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ช่วยแนะนำให้ความรู้แนวคิดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งรายกลุ่ม รายเดี่ยว และให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองรวมทั้งภาวะแทรกซ้อน และปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจริงจากกลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อนเบาหวานที่เคยดูแลตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถคิดได้ ทำเป็น เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติจริงสักครั้งจะเกิดทักษะ และเริ่มเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลก็จะดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยทำซ้ำ ๆ กันได้อย่างถูกต้อง ชมเชยให้กำลังใจไปด้วยจนผู้ป่วยมั่นใจ คิดได้ ทำเป็น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## 2. กระบวนการวางแผนจำหน่าย

**การวางแผนจำหน่าย** เป็นการวางแผนเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ทักษะ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่อง โดยเมื่อแรกรับผู้ป่วย

จะประเมินวิเคราะห์เจาะลึกปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ (customer focus) นำมาวางแผนเชิงรุก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง (community responsibility) ตามลำดับความสำคัญของปัญหา ตามความต้องการและความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เน้นความเป็นเฉพาะรายบุคคล และแจ้งความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่องตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่วัดโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (focus on health) โดยการวางแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้จริง ติดตามให้มีการทดลองปฏิบัติ ประเมินผลที่เกิดขึ้น (focus on result) นำมาทบทวนวิเคราะห์ วิจารณ์ข้อมูลที่เกิดขึ้น ตามสภาพปัญหาและสถานการณ์จริง เรียนรู้จากความสำเร็จที่เกิดขึ้น และนำสิ่งที่ยังต้องแก้ไขมาปรับปรุงให้สามารถทำได้จริงตามสภาพปัญหาและสถานการณ์จริงของผู้ป่วยและญาติ (management by fact)

**การสร้างเสริมพลังการดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพระภิกษุอาพาธโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ** มุ่งการดูแลตนเองในเรื่องความรู้โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว พฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา การประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำ / สูง การดูแลเท้า และการออกกำลังกาย ดังนี้

ความรู้โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว พระภิกษุสงฆ์อาพาธส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอที่จะตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานทั้งระยะสั้นและระยะยาว ถ้ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง > 130 mg% ยังไม่ทราบว่า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง

และไม่ทราบเป้าหมายการควบคุมโรคเบาหวาน เมื่อได้เห็นตัวอย่างจากพระภิกษุสงฆ์อาพาธรูปอื่น ๆ และทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเจ้าหน้าที่พยาบาล และกลุ่มเพื่อนพระภิกษุอาพาธโรคเบาหวานแล้ว จึงมีการรับรู้ ตระหนักมากขึ้น เช่น คำกล่าวของพระภิกษุอาพาธที่ว่าถ้าไม่ดูแลตนเองและดูแลเท่าที่ดี จะเป็นเหมือนพระครูที่แท้เป็นแผลเนื้อตายจากเบาหวาน และมรณภาพ พระภิกษุสงฆ์อาพาธบางราย ไม่รู้มาก่อนว่าเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง พบว่ามาโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อ อีเอ็ม สมองอักเสบ เมื่อได้เรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานแล้วพระภิกษุสงฆ์อาพาธ และญาติมีความตระหนักถึงอันตรายจากโรคเบาหวาน และสนใจดูแลตนเองมากขึ้น

การดูแลตนเองเรื่องอาหาร พระภิกษุสงฆ์อาพาธเบาหวานรายใหม่ พบว่า ยังไม่เข้าใจเรื่องอาหารสำหรับโรคเบาหวานและการแลกเปลี่ยนอาหารที่ถูกต้อง เมื่อทำความเข้าใจเรื่องชนิดอาหารเบาหวานคือ อาหารไม่หวาน มัน เค็ม ลดแป้งและน้ำตาลแล้ว ได้มีการวางแผนร่วมกัน ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติในเรื่องอาหารและมื้ออาหารที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วยว่าจะฉันอาหาร 2 หรือ 3 มื้อ และประสานกับโภชนาการเรื่องชนิดอาหารและจำนวนแคลอรีของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น อาหารธรรมดาเบาหวาน 1200 หรือ 1600 แคลอรี จำนวน 2 มื้อ คือเช้า กลางวัน มื้อเย็นเป็นน้ำเต้าหู้ 500 ซี.ซี. โดยดื่ม 1 ส่วนเท่ากับ 1 แก้ว จำนวน 250 ซี.ซี.ที่เหลืออีก 1 ส่วนเก็บไว้ดื่มเวลาหัวกลางดึก เพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าฉันข้าวกล้องได้ ก็แนะนำให้เลือกฉันข้าวกล้อง เพื่อจะได้โอเมก้า 3 มีวิตามินและเส้นใย และต้องแนะนำการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และวิธีป้องกันและแก้ไขที่ถูกต้องด้วย ผู้ป่วย 1 รายพบว่ามีการหัวกลางดึกได้ดื่มนม 1 กลอง อาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อีกรายพบว่า มีท้องร่วงจากอาหาร

น้ำซันที่เป็นน้ำเต้าหู้ในมือเย็น จึงปรับเปลี่ยน เป็นข้าวต้ม 1 ถ้วยเล็กในมือเย็น ก็ไม่พบอาการท้องร่วงอีก และเมื่อผู้ป่วยเข้าใจวิธีการแลกเปลี่ยนอาหารแล้ว ก็สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องในเรื่องปริมาณและสัดส่วน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนอาหาร ทำให้ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอีก ผู้ป่วยมีความตั้งใจ มีความสุขในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และส่วนใหญ่จะบิณฑบาตอาหารเอง บางส่วนจะมีแม่ชีและผู้มีจิตศรัทธาจัดถวายอาหารให้ จึงต้องมีความรู้เรื่องอาหารและการแลกเปลี่ยนอาหารอย่างถูกต้องทั้งผู้ป่วยและผู้จัดเตรียมอาหาร

การดูแลตนเองเรื่องยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ฉันยาได้ครบตามแผนการรักษา แต่ยังไม่เข้าใจวิธีการฉันยาที่ถูกต้องและกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา เช่น ยาเบาหวานบางตัวต้องฉันพร้อมอาหารทันที ยาบางตัวฉันก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง หรือถ้าผู้ป่วยไม่สบายจะดยาเบาหวานได้หรือไม่ หรือทำอะไรสำหรับอินซูลินชนิด บางรายสามารถฉีดเองได้ บางรายต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ อสม. ช่วยฉีดให้ บางรายอายุมาก สายตาไม่ดี มองสเกลที่กระบอกฉีดอินซูลินไม่ชัดเจนต้องเปลี่ยนจากฉีดโดยกระบอกฉีดอินซูลินเป็นปากกาฉีดอินซูลินแทน เพื่อให้สะดวกต่อการเตรียมยาโดยการคลิกเลือกจำนวนที่จะฉีดได้ง่ายขึ้น ซึ่งถ้าไม่ใช้ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่สูงอายุบางรายสามารถฉีดอินซูลินได้เองเมื่อผ่านการฝึกฝนจนชำนาญ

การประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ / สูง พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเท่านั้น ซึ่งพบในรายที่ฉันอาหารได้น้อย ฉันอาหารไม่ตรงเวลา มื้อเย็นฉันน้ำปานะที่เป็นอาหารน้ำใส และผู้ป่วยต้องฉันยาเบาหวาน มื้อเย็นด้วย ทำให้แคลอรีไม่เพียงพอ มื้อเย็นอาหารจะต้องมีครบทั้งคาร์โบไฮเดรตซึ่งจะรักษาระดับกลูโคสในเลือดและโปรตีนกระตุ้นการหลั่งกลูคาγον เพื่อตอบสนองต่อภาวะน้ำตาลในเลือดบกพร่อง

ดังนั้นควรเป็นอาหารน้ำซึ้นไม่หวาน เช่นน้ำเต้าหู้ นมจืด ภาพวาระระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอน < 100 mg% ให้ระวังการเกิด hypoglycemia ในกลางดึกหรือก่อนอาหารเช้า (nocturnal hypoglycemia) ป้องกันได้โดยให้ตีมนมหรือน้ำเต้าหู้ 1 กลอง มีบางรายฉีดอินซูลินแล้วเพลื่อนอนหลับโดยไม่ฉินอาหาร ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งแพทย์ได้ย้าให้ผู้ป่วยต้องเห็นถาดอาหารก่อนจึงฉีดยาและฉินอาหารหลังฉีดยาครึ่งชั่วโมงด้วย

ผู้ป่วยอีกรายพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการตัวเย็นเฉียบ รู้สึกตัวดี แต่อ่อนเพลีย ซึมลงในเวลาประมาณ 3 โมงครึ่งขณะเวรบายตรวจเยี่ยมก่อนรับเวร ซึ่งเป็นวันที่ 3 ที่ต้องฉินอาหารน้ำ เป็นการเตรียมลำไส้เพื่อตรวจ colonoscopy ทำให้เกิดการเรี่ยรู้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เตรียมตรวจและต้องมีการปรับอาหารจะต้องรายงานแพทย์ใหญ่แลพิเศษด้วย เมื่อนำปัญหานี้เข้าประชุม PCT เบาหวานพบว่า ที่ผ่านมามีแต่แนวทางประเมินและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเท่านั้น จึงได้พิจารณาจัดทำแนวทางป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้พบผู้ป่วยอีกรายเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเวลาบายสองโมงขณะเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวานสาเหตุจากผู้ป่วยงดอาหารและน้ำเพื่อมาเจาะเลือดตอนเช้าและรอตรวจกับแพทย์ที่ OPD ตามนัดแล้วจึงกลับไปฉินอินซูลินและฉินอาหารที่วัดในอำเภอมืองใกล้เคียง วิทยาลัย 11 นาฬิกา จากนั้นกลับมาเข้ากลุ่มเบาหวานตอนบาย ทำให้กลุ่มเพื่อนเบาหวานได้เห็นและเรี่ยรู้ประสบการณ์จริงขณะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย และยังเกิดการเรี่ยรู้ในผู้ป่วยที่มาตรวจ OPD ทั้งงดอาหารและน้ำมาเพื่อเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังเจาะเลือดนอกจากการแนะนำให้ตีมน้ำได้แล้ว ต้องดูแล

ให้ฉินยาเบาหวานหรือฉินอินซูลินก่อนอาหาร จัดถาดอาหารเช้าสำหรับผู้ป่วยที่มาตรวจและยังต้องแนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันติดตัวมาโรงพยาบาลทุกครั้งด้วย

การดูแลตนเองเรื่องการดูแลเท้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลเท้า เช่นไม่รู้ว่าจะไม่ให้เท้าในน้ำอุ่น และต้องตรวจดูแลเท้าทุกวัน และควรได้ตรวจเท้าด้วย monofilament อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อประเมินการรับรู้ประสาทสัมผัสและประสิทธิภาพของหลอดเลือดส่วนปลาย พบผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องแผลเนื้อตายที่เท้าจากเบาหวาน 1 ราย ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และทำแผลเท้าเย็นจนแผลหายดีไม่ต้องตัดเท้า แต่ต่อมาผู้ป่วยมรณภาพด้วยสาเหตุโรครวมคือตับอักเสบและ cirrhosis ผู้ป่วยอีกรายชอบสวมรองเท้าแบบคับ ไม่ยอมสวมรองเท้าแบบสวม เมื่อเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรี่ยรู้ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวานก็สามารถปรับเปลี่ยนมาสวมรองเท้าแบบสวมได้

การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติตัวขณะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย เช่นผู้ป่วยฉินยาเบาหวานหรือฉินอินซูลินแล้วออกบิณฑบาตโดยยังไม่ฉินอาหาร ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ต้องย้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวโดยต้องฉินอาหารก่อนและหลังออกกำลังกาย 30 นาที ถ้าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 250 mg% ห้ามออกกำลังกาย

ในเรื่องกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเบาหวานพบว่า มีผู้ป่วย 1 รายที่เข้าร่วมกลุ่มอย่างจริงจัง เหนียวแน่นมาทุกครั้งไม่เคยขาด สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง แต่ยังไม่สม่ำเสมอและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ สำหรับ

ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาล มีญาติ และแพทย์มารวมกลุ่มบางครั้ง ในสองครั้งแรกมีโภชนาการ มารวมกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานด้วย จำนวน ผู้เข้ากลุ่ม 2 - 8 คนต่อครั้ง บางครั้งผู้ป่วยติดธุระมาไม่ได้ หรือลืม เมื่อมีการติดตาม ชักชวนโดยเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ด้วยกัน ก็มารวมกลุ่มเพิ่มขึ้น และมีแผนจัดโครงการ สร้างเสริมสุขภาพโรคเบาหวานสำหรับผู้ป่วย ญาติ และชุมชนในเดือนพฤศจิกายนนี้

สำหรับบุคลากรพยาบาล พบปัญหาขาดความรู้ และทักษะการดูแลตนเองโรคเบาหวาน การสร้าง สัมพันธภาพเชิงบำบัดและกระบวนการกลุ่ม การให้บริการ การปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมิน พฤติกรรม การดูแลตนเองโรคเบาหวาน ได้เชิญพยาบาล ผู้ชำนาญเรื่องเบาหวานมาให้ความรู้การดูแลตนเอง โรคเบาหวาน พยาบาลจิตเวชมาให้ความรู้เรื่องการสร้าง สัมพันธภาพเชิงบำบัดและกระบวนการกลุ่ม โภชนาการ มารวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน และคอย ๆ พัฒนาเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ได้ระดมสมองกลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยทำความเข้าใจ ให้ตรงกันในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง โรคเบาหวานและฝึกประเมินผู้ป่วยรวมกันอย่างน้อย 1 ราย ทุกเช้าวันศุกร์ ทำให้เข้าใจและพัฒนาการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

ส่วนบุคลากรแพทย์ พบว่า แพทย์ที่มาตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยประจำวัน ยังไม่มีความเชี่ยวชาญเรื่องเบาหวาน เพียงพอ พบปัญหาการปรับยาฉีดอินซูลินในขนาด ที่ไม่เหมาะสม ที่ถูกต้องคือควรปรับไม่เกิน 2% ต่อครั้ง แต่พยาบาลหอผู้ป่วยได้ปรึกษาอาจารย์แพทย์ใน PCT และแก้ไขได้ทันเหตุการณ์ ซึ่งต่อไป PCT มีแผนจะติดตาม ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานทุกหอผู้ป่วย

ในสภาพปัจจุบันที่อัตรากำลังพยาบาลมีจำกัด ต้องรีบเร่งทำงานประจำวันให้เสร็จ ทางหอผู้ป่วยก็ได้มี

ความพยายามสอดแทรกการสร้างเสริมพลังการดูแล ตนเองโรคเบาหวานในงานพื้นฐานประจำวันตามสภาพ เหตุการณ์ที่เอื้ออำนวย เช่น ขณะแจกยา ฉีดอินซูลิน เจาะ DTX ก็แนะนำอธิบายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วย และญาติที่ละน้อย ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ แต่ในการ ช่วยเหลือปัญหาผู้ป่วยเชิงลึก ได้ศึกษาปัญหาความต้องการ เฉพาะรายโดยให้พยาบาล 1 คนจาก OPD ส่งมาช่วย ในช่วงบ่ายทุกวันราชการและส่งเวรให้กับพยาบาล ประจำการเพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่องในแนวทางเดียวกัน ส่วนผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล ได้กระตุ้นให้ตระหนักในบทบาทการดูแลตรวจสอบชนิด และปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา

สำหรับสื่อการสอน ขณะนี้มีสื่อแผ่นพับ โรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว 7 แผ่นของโรงพยาบาล และทางหอผู้ป่วยได้อัดเสียงการอ่านแผ่นพับลงเทป และวีซีดีสำหรับผู้ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ซึ่งปัจจุบันยังขาดสื่อ การสอนภาพพลิกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูจากเตียง เพื่อดูสื่อการสอนจากคอมพิวเตอร์ได้ ซึ่งขณะนี้กำลังจัดทำสื่อการสอนเรื่องการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง เป็นภาพ วิดีโอสั้น ๆ และจะทำสื่อการสอนวิดีโอเรื่องการเจาะค่า น้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วด้วย

#### กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ ของโรงพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาสุขภาพให้หาย ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นและระยะยาว

2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่ถูกต้องเพียงพอ ที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยน ประยุกต์วิธีการปฏิบัติตัว ตามสภาพปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้น

3. บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เชิงบำบัด การสร้างเสริมพลังการดูแลตนเองโรคเบาหวาน



กระบวนการกลุ่ม การให้การปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ขาดสื่อการสอนที่เหมาะสม
5. ขาดความเชื่อมโยงและการติดตามจากทีมสหสาขา และจากโรงพยาบาลชุมชน

#### กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. สร้างเสริมพลังการดูแลตนเองโรคเบาหวานให้ผู้ป่วย ญาติและชุมชน “คิดได้ ทำเป็น” ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ มุ่งให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง มีความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอ นำมาปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง สามารถประยุกต์เข้ากับปัญหาความต้องการและวิถีชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. การวางแผนจำหน่ายเชิงรุก เจาะลึกเฉพาะรายเชื่อมโยง ติดตามถึงชุมชน
3. การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ทักษะการดูแลตนเองโรคเบาหวาน
4. การพัฒนาสื่อการสอนการดูแลตนเองโรคเบาหวาน

# ตามรอยคุณภาพการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษสุรา

PCT จิตเวช \*

## บริบท

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รับผิดชอบที่มีอาการทางจิต อารมณ์แปรปรวน มีปัญหาบุคลิกภาพ และผู้ติดสารเสพติดทุกชนิด ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรามีก่อนเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจะไม่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสุขภาพ และในรายที่มีอาการทางจิต จะได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคมเพียง 15 วัน ยกเว้นผู้ที่ประกันตนกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ประเด็นและความเสี่ยงสำคัญ

ผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีภาวะสับสนเพื่อคลั่งในระยะ 1 - 7 วันแรกของการเลิกสุรา ซึ่งเป็นระยะถอนพิษสุรา คิดเป็นร้อยละ 56.25 (45 รายในผู้ป่วยติดสุราทั้งหมด 80 ราย) ดังนั้นแพทย์จะมีแผนการรักษาให้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน เพื่อแก้ไขภาวะสับสนเพื่อคลั่งที่ผ่านมาพบประเด็นและความเสี่ยงสำคัญ คือ

1. มีการใช้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพีนในปริมาณที่มาก โดยมีการใช้ยาโดยเฉลี่ยคือ 342.50 มิลลิกรัม / ครั้งของการนอนโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรมีภาวะแทรกซ้อน คืออาการง่วงซึมเกือบทุกรายและพบอาการสับสน เพื่อคลั่ง 41.66% (5 ราย ใน 12 ราย)

3. มีการบรรลุเป้าหมายการรักษาพยาบาลเพียง 25% (3 ราย ใน 12 ราย) ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 80%

4. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 19.91 วัน ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 15 วัน

## ตัวชี้วัดผล

1. ค่าเฉลี่ยของปริมาณยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่ใช้ (เกณฑ์ คือลดลงจากเดิม 50%)
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน : สับสนเพื่อคลั่ง ชัก ง่วงซึม (เกณฑ์ คือ <10%)
3. จำนวนอุบัติเหตุรณลินล้มตกเตียง (เกณฑ์ คือ 0 ราย)
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่บรรลุแผนการจำหน่าย (เกณฑ์ คือ 80%)
6. ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล (เกณฑ์ คือ 15 วัน)

## กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ร่วมกันทบทวนกระบวนการรักษาพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุ เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยในปี 2546 พบว่า ไม่มีแนวทางในการประเมิน

\* Patient Care Team จิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

และการดูแลรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ในปี 2547 พบว่า ไม่มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกมายังห้องผู้ป่วย และไม่มีคำสั่งการรักษาอาการเบื้องต้นตามความจำเป็น (ยา PRN) ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก หลังการหยุดสุรา

ปี 2548 พบว่า แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอันสิ้นลมตกเตียง ไม่ครอบคลุมกับอาการของผู้ป่วยจิตเวช และแผนการเฝ้าระวังความเสี่ยงยังไม่ชัดเจนเหมาะสมเฉพาะราย เมื่อได้มีการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์และนำมาแก้ไขสาเหตุดังกล่าว พบว่า **สามารถบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัย** คือ อุบัติการณ์สิ้นลมตกเตียง เท่ากับ 0 ราย ส่วนประเด็นและความเสี่ยงสำคัญอื่น ยังไม่บรรลุเป้าหมายและเกณฑ์ที่กำหนด

**จากการทบทวนซ้ำ** พบว่า การแก้ไขและพัฒนาการดูแลรักษาที่ผ่านมาเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ ทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพได้ในระดับหนึ่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุราก ซึ่งพบว่าการประเมินผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราและการบริหารยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนเพื่อแก้ไขภาวะ สับสนเพื่อคลังแบบ fixed-schedule regimens เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่ไม่เหมาะสม มีภาวะแทรกซ้อนมีความเสี่ยงสูง บรรลุแผนจำหน่ายน้อย และใช้เวลารักษานานจึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษสุรา ดังนี้

### 1. Plan : ธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549

1.1. ทำการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการประเมินอาการถอนพิษสุรา และ alcohol withdrawal practice guideline ทั้งของต่างประเทศ / ประเทศไทย พบว่า symptom - triggered regimens ได้ผลดีกว่า fixed - schedule regimens

1.2 จัดประชุมปรึกษาวางแผนประเมิน alcohol withdrawal scale และแนวปฏิบัติการ

บริหารยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน โดยประยุกต์ใช้ EBP ข้อ 1.1

1.3 จัดประชุมอภิปรายประสบการณ์ของบุคลากร (CoP) เพื่อนำมาบูรณาการประยุกต์กับ EBP ที่สืบค้น พบว่า symptom - triggered regimens ดังกล่าว กำหนดคะแนน alcohol withdrawal scale กับการบริหารยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนเป็นช่วงกว้าง และบางข้อคำถามกำหนดการประเมินไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความยุ่งยากสำหรับพยาบาลในการประเมินและบริหารยา จึงได้พัฒนาการกำหนดคะแนน alcohol withdrawal scale และการบริหารยาใหม่

### 1.4 จัดทำแนวปฏิบัติใหม่ และทดลองใช้

## 2. Do : มีนาคม - กรกฎาคม 2549

บุคลากรสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุงใหม่ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติในแต่ละครั้ง / แต่ละราย เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ โดยพยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าโครงการพยาบาลหัวหน้าเวร และอาจารย์แพทย์หัวหน้าทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมนิเทศ กำกับบุคลากรที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

## 3. Study : มีนาคม - กรกฎาคม 2549

กำหนดวิธีติดตามประเมินผล ดังนี้  
ติดตามประเมินผลทุกวัน และสรุปทุก 1, 3 เดือน พร้อมทั้งนำเสนอผลการตรวจสอบ รวมทั้งสรุปรายงานการเกิดอุบัติเหตุ / ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการให้ที่ประชุมทราบ

**จากการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการดูแลรักษา** ผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา จำนวน 22 รายระหว่างเดือน มีนาคม - กรกฎาคม 2549 พบว่า ยังคงบรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัย คือ อุบัติการณ์สิ้นลมตกเตียง เท่ากับ

0 ราย **แต่ที่สำคัญคือ** มีความเสี่ยงลดลงมาก เนื่องจากการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนเพียง 28.64 มิลลิกรัม / ครั้งของการนอนโรงพยาบาล คิดเป็นการลดปริมาณการใช้ถึง 91.64% และสามารถบรรลุนโยบายที่กำหนด จำนวน 21 รายในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 22

ราย (95.45%) คิดเป็นการบรรลุนโยบายที่เพิ่มขึ้น 70.45% รวมทั้งเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลลดลงเหลือ 10.64 วัน คิดเป็นระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่ลดลงจากเดิม 44.14% และลดลงจากเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปถึง 49.33% ดังตาราง

#### ตารางเปรียบเทียบค่าตัวชี้วัด ก่อนและหลังปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนปรับปรุง ธ.ค. 48 - ก.พ. 49 (N = 12)	หลังปรับปรุง มี.ค. 48 - ก.ค. 49 (N = 22)	หมายเหตุ หลังปรับปรุง
ค่าเฉลี่ยของปริมาณยาไดอะซีแพม (DZP) (กลุ่มเบนโซไดอะซีพีน)	ปริมาณการใช้ เหลือ 50%	342.50 mg	28.64 mg	ปริมาณ การใช้ยา ลดลงจากเดิม 91.64%
ร้อยละของผู้ป่วยในระยะก่อนพิษสุราที่เกิดภาวะแทรกซ้อน - อาการสับสนเพ้อคลั่ง - อาการชัก - อาการวงซึม	- เหลือ 20% - 0 - เหลือ 50%	- 41.66% - 0 - เกือบทุกราย (ไม่ได้เก็บข้อมูล เป็นระบบ)	- 9.09% (2 ราย) - 0 - 0	ภาวะ แทรกซ้อน ลดลงจากเดิม 32.57%
จำนวนอุบัติการณ์ - การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว - การลื่นล้มหรือตกเตียง	- 0 - 0	- 0 - 0	- 0 - 0	ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่เกิด อุบัติการณ์
ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องใช้การผูกยึดหรืออยู่ห้องแยก	เหลือ 20%	41.66% (5 ราย)	9.90% (2 ราย)	ผูกยึดลดลง จาก เดิม 32.57%
ร้อยละของผู้ป่วยที่บรรลุนโยบายที่กำหนด	80%	25% (3 ราย)	95.45% (21 ราย)	บรรลุนโยบาย ที่กำหนด เพิ่มขึ้นจากเดิม 70.45%
ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล	21 วัน	19.91 เวลานอนน้อยลง 5.19%	10.64 เวลานอนน้อยลง 49.33%	เวลานอน โรงพยาบาล ลดลงจากเดิม 44.33%

#### 4. ACT : เดือนสิงหาคม 2549

ปรับแนวปฏิบัติและสื่อสาร / เพิ่มการนิเทศให้สม่ำเสมอ / สร้างความตระหนักโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ และเน้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดเป็นระยะ / รณรงค์การทบทวนคุณภาพการดูแล / จัดทำ CoP อย่างต่อเนื่อง

#### การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ทบทวนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะฟื้นฟูสภาพ ในประเด็นการเสริมสร้างแรงจูงใจและการเสริมทักษะชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลแก้ไขปัญหาตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาสุรา ซึ่งสอดคล้องกับเข็มมุ่งของคณะแพทยศาสตร์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการทำ CoP “การดูแลผู้ป่วยที่ติดสุรา” อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำคลังข้อมูลเผยแพร่ความรู้ / ประสพการณ์ของผู้ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับเข็มมุ่งของคณะแพทยศาสตร์ ด้านการจัดการความรู้

## รายการและค่าคะแนนในการประเมินผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา (AWS score)

### 1. อาการเห็งออก

- คะแนน 0 = ไม่มีเห็งออก  
 คะแนน 1 = มีกลิ่นเห็งออกเท่านั้น  
 คะแนน 2 = เห็งออกเป็นเม็ด ๆ เช่น ที่หน้า, ออก  
 คะแนน 3 = ร่างกายขึ้นทั้งตัวจากเห็งออก  
 คะแนน 4 = เห็งออกโชก เสื้อผ้าเปียก

### 2. อาการสั่น

- คะแนน 0 = ไม่มีอาการสั่น  
 คะแนน 1 = มือสั่นเมื่อหยิบจับสิ่งของ  
 คะแนน 2 = มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา  
 คะแนน 3 = มือสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา

### 3. อาการวิตกกังวล

- คะแนน 0 = สงบ ไม่มีควมวิตกกังวล  
 คะแนน 1 = อยู่ไม่สุข  
 คะแนน 2 = หวาดหวั่นและตกใจง่าย  
 คะแนน 3 = วิตกกังวล / หวาดกลัวยากที่จะสงบนิ่ง  
 คะแนน 4 = ไม่สามารถทำให้สงบ / กลัวมาก  
 เกินเหตุ

### 4. อาการกระสับกระส่าย

- คะแนน 0 = ไม่มีอาการกระสับกระส่าย  
 คะแนน 1 = อยู่ไม่นิ่ง หยุกหยิก  
 คะแนน 2 = กระสับกระส่าย ขยับตัวไปมา  
 ผุดลุกผุดนั่ง  
 คะแนน 3 = ตื่นเต้น เคลื่อนไหวมาก  
 คะแนน 4 = ตื่นเต้นมาก เคลื่อนไหวตลอดเวลา

### 5. อุณหภูมิใต้รักแร้

- คะแนน 0 = < 37.0  
 คะแนน 1 = 37.1 - 37.5  
 คะแนน 2 = 37.6 - 38.0  
 คะแนน 3 = 38.1 - 38.5  
 คะแนน 4 = > 38.5

### 6. อาการประสาทหลอน

- คะแนน 0 = ไม่มีอาการประสาทหลอน  
 คะแนน 1 = ไม่บ่อย ยังตระหนักได้ถึงความเป็นจริง  
 คะแนน 2 = เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ ชักชวนให้เชื่อได้  
 คะแนน 3 = เกิดขึ้นบ่อย ๆ เครียด  
 คะแนน 4 = ไม่อยู่ในความเป็นจริง

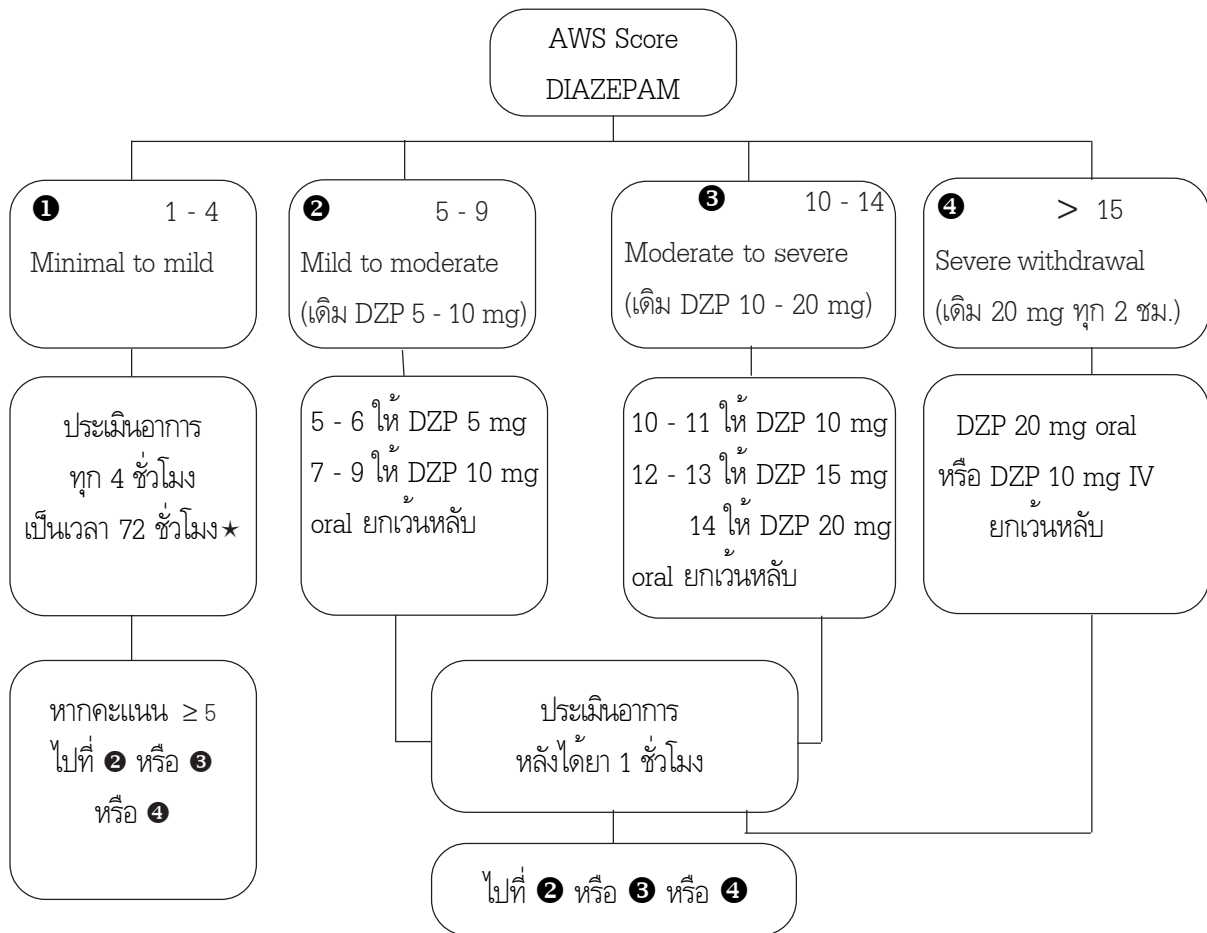
### 7. การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล

- คะแนน 0 = รับรู้ได้ดี  
 คะแนน 1 = ไม่แน่ใจเรื่องเวลา  
 คะแนน 2 = ไม่แน่ใจเรื่องเวลา และสถานที่  
 คะแนน 3 = รับรู้บุคคลเป็นบางคนไม่รับรู้สถานที่ /  
 เวลา  
 คะแนน 4 = ไม่รับรู้บุคคลสถานที่และเวลา

### หมายเหตุ

- คะแนนรวม 1 - 4 = Minimal to mild  
 คะแนนรวม 5 - 9 = Mild to moderate  
 คะแนนรวม 10 - 14 = Moderate to severe  
 คะแนนรวม >15 = Severe withdrawal  
 or delirium tremens

แนวปฏิบัติในการบริหารยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษสุรา  
**Assessing and Benzodiazepine Dosing for Alcohol Withdrawal (ABDAW)**



★ หากคะแนน <math>< 5</math> ให้ประเภินทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน จึงหยุดการให้คะแนน

**หมายเหตุ**

1. การใช้ protocol พิจารณาโดยแพทย์เจ้าของไข้
2. กรณีที่มีประวัติชักมาก่อน ให้เริ่มที่ 2 แม้ว่าคะแนน <math>< 5</math> ให้ Diazepam 5 mg จากนั้นประเภินตาม protocol
3. ใช้ขนาดยาเทียบเคียง Lorazepam 1 mg = Diazepam 5 mg ในกรณีที่เป็ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคตับที่รุนแรง
4. แพทย์เจ้าของไข้ประเภินผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังเริ่มสั่งใช้ protocol
5. ให้ตามแพทย์กรณีต่อไปนี้:
  - หากผู้ป่วยปลุกไม่ตื่น หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที
  - ได้ Diazepam ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง
  - กรณีที่ผู้ป่วยเข้าได้กับ 4 ติดต่อกัน  $\geq 4$  ชั่วโมง
  - กรณีที่ผู้ป่วยเข้าได้กับ 3 ติดต่อกัน  $\geq 6$  ชั่วโมง

EBP จาก Jaun B. Saunders, Junie Yang, et. al. **Clinical Protocols for Detoxification. Alcohol and Drug Services**, Royal Brisbane Hospital and The Prince Charles Hospital Health Services Districts, 2002. chapter 4, page 7

# ผลการใช้โปรแกรมสารสนเทศต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

ดร. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู \*

เอื้องทิพย์ คำปัน \*\*

ขรรค์ชัย เกตุสอน \*\*\*

การพยาบาลเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและสังคม โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติรวมทั้งการติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานของแนวคิดที่ว่าผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการและประชาชนมีสิทธิที่จะคาดหวังว่า บริการพยาบาลที่ได้รับจะมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดและประกันคุณภาพ การปฏิบัติเชิงวิชาชีพให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแนวทางในการปฏิบัติและการพัฒนาหรือการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลต้องเป็นไปตามข้อเท็จจริงซึ่งมีการเก็บรวบรวมโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ไม่ใช่การปรับปรุงตามโอกาส

ได้มีการกำหนดมาตรฐานการบริหารการพยาบาล เรื่องสารสนเทศทางการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ให้มีการจัดเก็บข้อมูลที่มีลักษณะครบถ้วน ไม่ซ้ำซ้อน

ง่ายต่อการนำไปใช้ มีการเก็บข้อมูลอย่างน้อยในเรื่องการบริหารบุคคล ด้านบริการ ผลลัพธ์การบริการ มีกลไกเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การสังเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อผลประโยชน์ในการบริหาร การจัดการ การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง เผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารให้กับทุกหน่วยบริการอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ทันเวลา ด้วยรูปแบบที่ง่ายต่อการนำไปใช้ และมีการนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการปรับปรุงคุณภาพของหน่วยงาน และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

สารสนเทศทางการพยาบาล เป็นศาสตร์ที่มีการประสมประสานระหว่างคอมพิวเตอร์ศาสตร์ สารสนเทศศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์ เป็นศาสตร์ที่ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ แล้วนำมาปฏิบัติใช้ในการจัดการกับข้อมูลสารสนเทศ และความรู้ทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และยิ่งก่อให้เกิดความรู้ใหม่ทางการพยาบาล เพื่อเพิ่ม

\* รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ด้านบริหารและบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\* พยาบาลชำนาญการระดับ8 หน่วยวิจัยทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*\* พยาบาลระดับ 6 หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



ประสิทธิภาพการทำงาน และยิ่งก่อให้เกิดความรู้ใหม่ทางการพยาบาล มีผลทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้ดีขึ้น จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและเชื่อมล้ากับระบบสารสนเทศอื่นในโรงพยาบาล

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเป็นระบบที่นำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจำแนก รวบรวม จัดระบบข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนงานการพยาบาลซึ่งจำแนกตามกลุ่มงานได้เป็น 4 กลุ่มงาน คือ 1) งานบริหาร 2) งานบริการ 3) งานวิจัย 4) งานการศึกษา และเมื่อจำแนกตามระบบสารสนเทศทางการพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ ดังต่อไปนี้

### 1. ระบบสารสนเทศทางบริการการพยาบาล

เป็นระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล โดยแยกเป็น

1.1 ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการทางคลินิก เป็นระบบสารสนเทศที่มีการนำข้อมูลที่มีการจัดการเป็นข้อสารสนเทศ แล้วมาใช้ในการควบคุม กำกับงานให้สำเร็จตามจุดประสงค์ขององค์กร โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

ก. เป็นลักษณะของระบบสารสนเทศเฉพาะสาขางาน เช่น ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบเภสัชกรรม ระบบโภชนาการ เป็นต้น

ข. เป็นระบบเชื่อมสานงานตั้งแต่ 2 งานเข้าด้วยกัน โดยลักษณะงานที่เชื่อมต่อกันนั้น เป็นงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและต้องใช้ข้อมูลร่วมกันสามารถสื่อสารกันได้ ซึ่งข้อมูลที่ใช้ร่วมกันสามารถตรวจสอบความตรงได้ตลอดเวลา เช่น สารสนเทศทางการพยาบาลกับสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ

1.2 ระบบสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการทางคลินิกเป็นระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนไว้ได้แก่

- การประเมินสถานะผู้ป่วย
- การวินิจฉัยทางการแพทย์
- การวางแผนทางการพยาบาล
- การบำบัดทางการพยาบาล
- การประเมินผลทางการพยาบาล

นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถใช้สารสนเทศระบบนี้เพื่อการปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาลและคุณภาพได้ โดยการตรวจสอบทางการพยาบาล (nursing audit) สามารถใช้เพื่อการบริการให้คำปรึกษาและข้อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอื่นที่รับส่งต่อผู้ป่วย

ตัวอย่างโปรแกรมที่พัฒนาใช้ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เช่น โปรแกรมการบันทึกข้อมูล การจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมห้องสมุด เป็นต้น

**การพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล** (International Classification for Nursing Practice : ICNP)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้ทดลองใช้ในหอผู้ป่วย 11 แห่ง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2547 - มีนาคม 2548 พบว่า

- โปรแกรมมีประสิทธิภาพการใช้งาน 72.04 % มีกิจกรรมการพยาบาลและสรุปผลการดูแลชัดเจนครอบคลุมตอบสนองการใช้กระบวนการพยาบาล
- ผู้ใช้พึงพอใจในการใช้งานโปรแกรม 75.29 % โดยมีความเห็นว่าช่วยลดระยะเวลาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล สะดวกต่อการใช้งาน ลดขั้นตอนการทำงานที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และมีความสมบูรณ์ของข้อมูล

การนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริการพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพความรู้ มีข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลผู้ใช้ระบบมีการพัฒนาเข้าสู่การเป็นผู้ชำนาญการในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ช่วยในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ชัดเจน พยาบาลทำงานกับเอกสารลดลง ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ได้ทดลองไป 1 ระยะ และอยู่ในระหว่างการวางแผนพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

### โปรแกรมห้องสมุด

หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล ได้พัฒนาโปรแกรมบริหารห้องสมุดสำหรับการค้นหาความรู้ ประกอบไปด้วยผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ วิเคราะห์งานของบุคลากรพยาบาล คู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล วารสารทางการพยาบาล หนังสือและตำราทางการพยาบาล และความรู้ทั่วไป เป็นต้น โดยการจัดให้มีบริการในการสืบค้นและการยืม - คืนหนังสือ เหล่านี้ผ่านระบบ intranet โดยสามารถสืบค้นได้จากคอมพิวเตอร์จากหน่วยงานของตนเอง ช่วยอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรพยาบาลประหยัดเวลาในการค้นหาเอกสารความรู้ประกอบการศึกษาต่อเนื่อง การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การทำวิจัยหรือวิเคราะห์งาน รวมทั้งความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความรู้ที่ทันสมัย ทำให้เข้าใจและมีการใช้ข้อมูลที่มาพอเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาตนเองและองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จากการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลให้วิชาชีพพยาบาลในอนาคตเป็นองค์กรที่มีบุคลากรที่ใฝ่รู้เรียนรู้ด้วยตนเอง และมีวิจักษณ์ญาณในการใช้ความรู้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบสารสนเทศ

ทางการพยาบาลเข้ามามีบทบาทช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ได้ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา

หากเชื่อมโยงทั้ง 2 โปรแกรมแล้วจะพบผลดีที่ทำให้พยาบาลมีข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ เพียงพอในการตัดสินใจ ลดเวลาการทำงานเอกสาร มีเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยมากขึ้น มีการวิจัยศึกษาค้นคว้าด้วยวิธีการที่เป็นระบบ จะทำให้ได้องค์ความรู้หรือสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานหรือการดำรงชีพของมนุษย์ในการบริหารงานหรือการปฏิบัติงานการพยาบาล หากพยาบาลพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้สามารถปรับปรุง พัฒนาหรือยกระดับคุณภาพงานได้อย่างต่อเนื่อง เกิดคุณค่าและเป็นประโยชน์แก่บุคคลและชุมชน ประชาชนให้การยอมรับนับถือต่อลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล เชื่อมั่นและไว้วางใจต่อความรู้ ความสามารถ ซึ่งความเป็นวิชาชีพพยาบาลไม่เพียงส่งผลต่อภาพลักษณ์ของวิชาชีพในทางที่ดี แต่จะมีอิทธิพลต่อการยกระดับสถานภาพของวิชาชีพพยาบาล ทำให้ผู้เป็นสมาชิกขององค์กรพยาบาลเป็นผู้มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี และมีความพึงพอใจเป็นรางวัลที่ได้รับ ทั้งยังสามารถจูงใจให้ผู้มีสติปัญญาสูงเข้ามาศึกษาในวิชาชีพพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนามหาวิทยาลัยพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

### 2. ระบบสารสนเทศทางการบริหารการพยาบาล

เป็นระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลบริหารจัดการบุคคล ข้อมูลการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การเข้าอบรมสัมมนาของบุคลากรในแต่ละระดับ การประเมินผลงาน การเลื่อนขั้นเงินเดือนและสวัสดิการ เป็นต้น

โปรแกรมสารสนเทศของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่นำมาใช้ในการบริหารการพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมบริหารจัดการหอผู้ป่วย โปรแกรมบันทึกสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำวัน โปรแกรม

คำนวณ productivity โปรแกรมการบริหารจัดการห้องพิเศษ และโปรแกรมการประกันคุณภาพทางการแพทย์ ซึ่งอยู่ในระยะทดลองใช้

**โปรแกรมบริหารจัดการหอผู้ป่วย** (Ward Information System : WIS )

ประกอบด้วยโปรแกรมย่อย ดังนี้

- โปรแกรมลงเวลาปฏิบัติงาน
- โปรแกรมคำนวณค่าป่วย ดึก และค่าล่วงเวลา
- โปรแกรมการบันทึกตารางการปฏิบัติงาน
- โปรแกรมการจำแนกระดับผู้ป่วย และ

การคำนวณอัตราค่าจ้าง

โปรแกรมนี้สามารถรายงานสถิติจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่ขาดงานของแต่ละหอผู้ป่วย สถิติผู้ป่วยทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล การจำแนกระดับของผู้ป่วยในแต่ละเวรในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้เป็นข้อมูลในการบริหารอัตรากำลังทั้งในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาล ตลอดจนการบริหารอัตรากำลังในระดับหอผู้ป่วย ระดับงานการพยาบาล และระดับฝ่ายการพยาบาล ทำให้ลดภาระงาน ลดความซ้ำซ้อน และลดการใช้ทรัพยากรในการจัดทำตารางปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย / หน่วยงานในแต่ละเดือน

**โปรแกรมรายงาน productivity ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลโรงพยาบาลนครเชียงใหม่**

เป็นโปรแกรมที่ใช้ข้อมูลประเภทผู้ป่วยในการหาความสามารถในการผลิตทางการแพทย์ มีการตรวจสอบรายงานต่างๆ สำหรับผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ในการบันทึกการอบรมหรือการออกไปช่วยงานนอกหอผู้ป่วยและประมวผล productivity จากข้อมูลในฐานข้อมูล WIS เป็นการคิดต่อยอดจาก

โปรแกรมเดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

**โปรแกรมการประกันคุณภาพทางการแพทย์**

โปรแกรมข้อมูลอุบัติการณ์ และการบันทึกรายละเอียดของอุบัติการณ์ ซึ่งผู้บริหารสามารถอ่านและให้ข้อเสนอแนะทันทีผ่านโปรแกรม สะดวกและรวดเร็ว ลดเวลาในการสื่อสารทำให้ปัญหา หรืออุบัติการณ์ต่างๆ ได้รับการแก้ไขและปรับปรุงอย่างทันเวลา และยังมีโครงการประกันคุณภาพตาม TOP 5 ของหอผู้ป่วยต่างๆ ประกอบด้วยรายละเอียดการบันทึกความก้าวหน้า / ตัวชี้วัด

การนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริหารการพยาบาล ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถใช้สารสนเทศตัดสินใจได้อย่างสมเหตุสมผล มีหลักการมีความทันสมัยและถูกต้องรวดเร็วมากกว่าการหาข้อมูลโดยวิธีอื่น ช่วยลดเวลาสูญเสีย ค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ประหยัดเวลา ที่สำคัญคือระบบประมวผล สะดวก รวดเร็ว และลดความผิดพลาด จัดทำงบประมาณได้สะดวก มีข้อมูลสำหรับการสำรอง จัดทำรายงานเสนอได้ง่ายและรวดเร็ว จัดเวรบุคลากรทำงานได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ขยายงานหรือหลอมรวมหน่วยงานได้ถูกต้องเหมาะสม ลดภาระเสี่ยงในการบริหาร ทำให้การบริหารการพยาบาลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าราคาและงบประมาณที่จ่ายไป สัมพันธ์กับแนวคิดของรัฐบาลที่ปรับขนาดกำลังคนในภาครัฐ ให้มีความกะทัดรัด บุคลากรมีจำนวนและคุณภาพที่เหมาะสมกับงาน เพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการดูแลความปลอดภัยและพึงพอใจในคุณภาพของบริการ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการต้องมีความพึงพอใจด้วยการจัดอัตรากำลังที่น้อยเกินไปจะทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานหนักเกินกำลัง เกิดความเมื่อยล้า มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน หรือ

เกิดภาวะเสี่ยง ขาดขวัญและกำลังใจได้ การจัดอัตรากำลังที่มากเกินไปจนความจำเป็น เป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรไม่คุ้มค่า ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากรอย่างไม่สมเหตุผล และด้านคุณภาพการพยาบาลอาจลดน้อยลงเพราะบุคลากรมีเวลารวมมากขึ้น อาจก่อให้เกิดความประมาท ละเลยมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลได้

นอกจากนี้ในการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ในการตรวจสอบติดตามและประเมินคุณภาพการพยาบาล และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับรูปแบบของบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาพยาบาล การปรับเปลี่ยนรูปแบบที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้บริการที่คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ รวมทั้งผู้รับบริการเองต่างก็ต้องการความมั่นใจในการบริการที่ได้รับว่ามีความปลอดภัยและมีคุณภาพ เกิดกระแสให้มีการตรวจสอบคุณภาพของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เกิดระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น องค์กรที่ให้บริการสุขภาพมีความตื่นตัวในการพยายามพัฒนาคุณภาพการบริการให้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และให้ความไว้วางใจในการมารับบริการ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลได้อย่างชัดเจน

### 3. ระบบสารสนเทศทางวิชาการ

เป็นระบบสารสนเทศที่ข้อมูลส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นทางวิชาการที่เป็นการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่

3.1 ระบบสารสนเทศด้านการวิจัยทางการพยาบาล ช่วยให้ทำงานวิจัยได้สะดวก รวดเร็วขึ้นได้แก่

- การค้นหาความรู้จาก CD-ROM, internet, library information system เป็นต้น

- การนำเสนอโครงการ การอภิปรายผล การสรุป การนำเสนอผลการวิจัย สามารถใช้โปรแกรม word processor ในการจัดพิมพ์รายงาน ใช้โปรแกรม spread sheet และโปรแกรม presentation นำเสนอผลงานวิจัย

การนำระบบสารสนเทศมาใช้ในงานด้านการศึกษาและด้านการวิจัยต่าง ๆ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการและความเป็นนานาชาติ

3.2 ระบบสารสนเทศด้านการศึกษาพยาบาล ได้แก่ ระบบสารสนเทศ การคัดเลือกนักศึกษา การลงทะเบียน การใช้โปรแกรมช่วยสอน เป็นต้น

ตัวอย่างโปรแกรมสารสนเทศทางวิชาการของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ได้แก่ โปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล

#### โปรแกรมด้านการพัฒนาบุคลากร ฝ่ายการพยาบาล

ประกอบด้วย

1. โปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพบุคลากร ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพบุคลากร ประสานกับงานการเจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์

#### โปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการทำงาน การอบรม การเป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ และโปรแกรมด้านการพัฒนาบุคลากรซึ่งบันทึกจำนวน

หน่วยกิตของพยาบาลวิชาชีพตามข้อกำหนดของสภา  
การพยาบาล / จำนวนชั่วโมงการอบรมของเจ้าหน้าที่  
ทางการพยาบาลทุกคน รวมทั้งหัวข้อที่เข้าอบรม  
โดยที่ตัวบุคลากรพยาบาลสามารถสืบค้นด้วยตนเอง  
เพื่อวางแผนการพัฒนาตนเองและการใช้เทคโนโลยี  
ประกอบวิชาชีพพยาบาล ในส่วนของผู้บริหาร  
ทางการพยาบาลสามารถอาศัยข้อมูลจากระบบ  
สารสนเทศโดยข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องทันสมัย  
ครอบคลุม นำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่าง  
เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล  
สมัครใจร่วมเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพพยาบาล  
เพื่อสร้างความแข็งแกร่งในวิชาชีพพยาบาล พัฒนาก้าวหน้า  
และเพิ่มวิสัยทัศน์แก่สมาชิก นำมาซึ่งเกียรติยศของวิชาชีพ  
ทำให้เกิดความภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

### **โปรแกรมการดูแลสุขภาพบุคลากร**

เนื่องจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
เป็นองค์กรที่มีบุคลากรจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
บุคลากรของฝ่ายการพยาบาลมีจำนวนมากที่สุด การที่จะ  
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นไปได้ยาก  
เมื่อมีการตรวจสุขภาพพื้นฐานให้แก่บุคลากร จึงพบ  
ปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล  
ส่งผลให้การรายงานผลช้า การติดตามดูแลสุขภาพ  
ต่อเนื่องเป็นไปได้ยากลำบาก จึงมีการพัฒนาระบบ  
สารสนเทศในด้านสุขภาพของบุคลากร ระบบจะกำหนด  
เกณฑ์ของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละกลุ่ม  
มีการจำแนกรายชื่อบุคลากรตามผลการตรวจ และจัดทำ  
รายงานผลในรูปแบบกราฟและตาราง สิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูล  
ที่ผู้บริหารทางการพยาบาล ต้องการนำไปสู่การวางแผน  
และตัดสินใจ การติดตามและเฝ้าระวังโรคที่เกิดจาก  
การทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทาง  
การพยาบาล

สถาบันบริการสุขภาพต้องปรับตัวต่อการ  
เปลี่ยนแปลงของสังคมยุคข้อมูลข่าวสาร จึงมีการนำ  
เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ช่วยเหลือการทำงาน  
ทั้งด้านบริการการพยาบาล บริหารการพยาบาล และวิชาการ  
ระบบสารสนเทศดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาล รวบรวม  
บันทึก ประมวล จัดเก็บ สืบค้น ส่งรายงานข้อมูล  
สารสนเทศทางการพยาบาล ทำให้มีสารสนเทศมาสนับสนุน  
การตัดสินใจได้ถูกต้องตลอดกระบวนการทำงาน  
การพยาบาลประจำวัน ผลลัพธ์ของงานการพยาบาล  
จึงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำเสนอผลงาน  
การพยาบาลเชิงปริมาณอย่างเป็นรูปธรรมต่อฝ่ายบริหาร  
ต่อรัฐและต่อสาธารณะ ให้ยอมรับและเห็นความสำคัญ  
ของวิชาชีพพยาบาล และบุคลากรพยาบาลทำงาน  
ไปพร้อมด้วยการศึกษาเรียนรู้และทำงานด้วยความสุข  
ความรู้ทางการพยาบาลแตกขยายมากยิ่งขึ้น วิชาชีพ  
พยาบาลได้รับการยอมรับความเป็นมาตรฐาน

การทำงานโดยนำความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ  
มาประยุกต์ใช้ในการทำงานการพยาบาล นอกจาก  
จะให้ผลงานดีแล้ว ยังได้พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล  
พัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลจากการทำงานประจำวัน  
และบุคลากรพยาบาลได้พัฒนาความรู้ตนเองอยู่ตลอด  
เวลาขณะทำงาน งานการพยาบาลจึงก่อปรด้วยความรู้มี  
คุณภาพ นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้เจริญ  
รุ่งเรืองยิ่งขึ้นไป ดังนั้นทั้งระบบงานการพยาบาล บุคลากร  
พยาบาล วิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งสถาบัน องค์กร  
และศาสตร์ทางการพยาบาลจะมีพัฒนาการอย่าง  
ต่อเนื่องพร้อมเพรียงกันไป ทั้งนี้เป็นผลจากการนำ  
เทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน

## เอกสารอ้างอิง

- กัญญา โตท่าโรง. (2541). **พฤติกรรมความเป็นวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่**.  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรมกรวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่. (2544). **การหาอัตรากำลังโดยใช้ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในหน่วยคลอด งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่**.  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : สามเจริญ-  
พาณิชย์จำกัด.
- คณะกรรมการสารสนเทศ. (2543). **ปัญหาการนำระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการทางคลินิกมาใช้ในงานพยาบาล**  
**โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตดา โชคบุญยสิทธิ์ . (2548). การแยกประเภทผู้ป่วยและความสามารถในการผลิต (Productivity) ทางการพยาบาล.  
**วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่**. 11(1), 41 - 45.
- ผาณิต สกุลวัฒน์. (2548). ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสาร นครเชียงใหม่.  
**วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่**. 11(1), 46 - 50.
- รุจา ภูไพบูลย์ และเกียรติศิริ สำราญเวชพร. (2542). **พยาบาลสารสนเทศ**. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). **การลดอุบัติเหตุการเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล**. คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพักตร์ พิบูลย์. (2544). **กลยุทธ์การวิจัยเพื่อพัฒนางาน : วิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร**. นนทบุรี : จตุพร ดีไซน์.
- สภาการพยาบาล. (2543). **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์**  
**ในอนาคต**. กรุงเทพฯ : สภาการพยาบาล.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2546). **รายงานวิจัยความคิดเห็นของพยาบาลในเขตภาคเหนือต่อการสมัครสมาชิกสมาคม**  
**พยาบาลแห่งประเทศไทย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

# นวัตกรรม ถุงสวมขาป้องกันน้ำ

วันทนี๋ แสงวัฒนะรัตน์ \*

## หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาได้แก่ แผลผ่าตัดหลอดเลือดดำ ขอด แผลจากการตัดเท้าหรือขาออก แผลเท้าจากเบาหวาน แผลที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อชั้นผิวหนัง ฟังผืด ผู้ป่วยจะไม่สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัด รำคาญ และมีความไม่สุขสบายมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีอากาศร้อนอบอ้าว จะมีเหงื่อไหล เนื้อตัวเหนียว เหนอะหนะ ลีหน่าหงุดหงิด มีกลิ่นตัว ถึงแม้จะเช็ดตัวบ่อยๆ แล้วก็ตาม ผู้ป่วยบางคนใส่ถุงพลาสติกเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำ ทำให้ผิวหนังแฉะเปียกน้ำ ต้องเปลี่ยนใหม่ ทำให้ผลการรักษาไม่ดีและสิ้นเปลืองวัสดุอุปกรณ์

การประดิษฐ์ถุงสวมขาป้องกันน้ำเพื่อใช้ในขณะอาบน้ำ นอกจากจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำตามปกติแล้ว ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงได้เร็ว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยส่งเสริมการหายของแผลและผู้ป่วยสามารถกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ มีการเคลื่อนไหว และลุกจากเตียงได้เร็ว

## ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 106 ราย ตั้งแต่ 8 พ.ย. 2547 - 31 พ.ค. 2549
- ป้องกันน้ำเข้า (100%) 100%
  - จำนวนครั้งที่ใช้เกิน 10 ครั้ง (100%) 100%
  - ความพึงพอใจของผู้ป่วย (>80%) 93.75%

## วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ (ต่อ 1 ชิ้น)

- ถุงพลาสติกขนาด กว้าง 14 นิ้ว ยาว 36 นิ้ว หนา 1.5 มม.
- เทปผ้ากว้าง 12 มม. ยาว 1 เมตร
- แถบพลาสติก กว้าง 2 นิ้ว ยาว 60 นิ้ว (เส้นใหญ่)
- แถบพลาสติก กว้าง 0.5 นิ้ว ยาว 36 นิ้ว (เส้นเล็ก)

\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ที่ปรึกษา

ผศ. ดร. นพ. กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
นางสาวดาววรรณ คุณยิ่งยศ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

5. ด้ายเย็บผ้าสีขาว
6. เหล็กตอกสำหรับเจาะรู
7. ฆ้อน
8. จักรเย็บผ้า



ภาพที่ 1 แสดงเทปผ้า

ภาพที่ 2 แสดงเหล็กตอก และฆ้อน

#### วิธีทำ

1. เจาะรูที่ปากถุงโดยใช้เหล็กตอกและฆ้อน จะเกิดรูวงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตรขึ้น 2 วง

ภาพที่ 3 แสดงวิธีเจาะรู

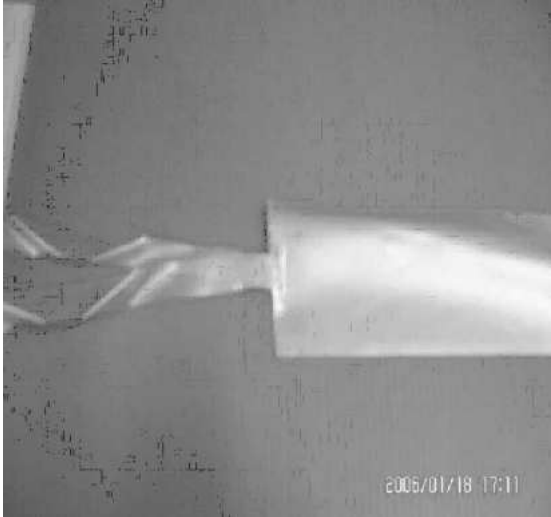
2. พับปากถุงออกด้านนอกประมาณ 1 นิ้ว
3. จับปลายเทปผ้าด้านหนึ่งสอดลอดรูวงกลมที่ตอกไว้วงแรก ดึงเทปผ้าให้ทาบอยู่ในปากถุงที่พับไว้ แล้วสอดปลายเทปผ้าออกทางรูวงกลมวงที่สอง เย็บรอบปากถุงโดยใช้จักรเย็บผ้า
4. เย็บแถบพลาสติกเส้นใหญ่ติดกับขอบด้านบนของถุง



ภาพที่ 4 แสดงการสอดเทปผ้า เย็บปากถุง และเย็บแถบพลาสติกเส้นใหญ่ติดกับขอบด้านบนของถุง



5. พับครึ่งแถบพลาสติกเส้นเล็กแล้วเย็บตรงกึ่งกลางติดเข้ากับด้านปลายของเส้นใหญ่



ภาพที่ 5 แสดงการเย็บแถบพลาสติกเส้นเล็กติดกับเส้นใหญ่

### วิธีใช้

1. สวมถุงเข้ากับขาข้างที่มีแผล รูดปากถุงแล้วผูกเทปผ้าให้แน่น

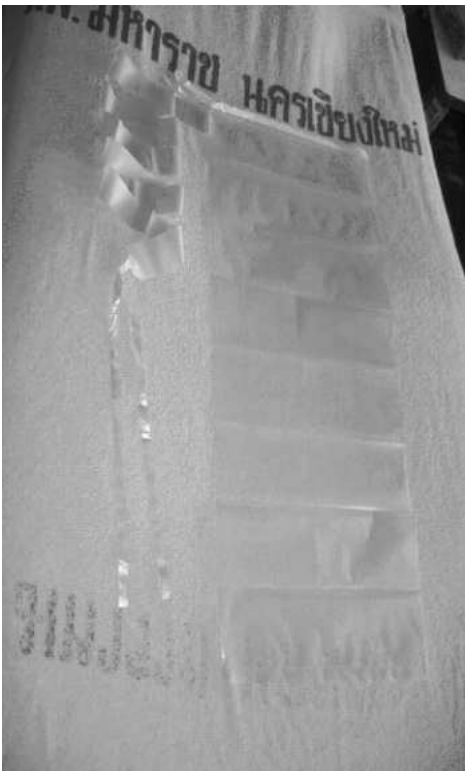


ภาพที่ 7 แสดงการสวมและรูดปากถุง

2. พันแถบพลาสติกเส้นใหญ่รอบโคนขาทับปากถุงให้มิด แล้วพันแถบพลาสติกเส้นเล็กรอบโคนขาทับอีก 1 รอบ ผูกให้แน่น



ภาพที่ 8 แสดงการพันแถบพลาสติกเส้นใหญ่ และการพันแถบพลาสติกเส้นเล็ก



ภาพที่ 6 แสดงถุงสวมขาป้องกันน้ำที่ทำสำเร็จแล้ว



**ภาพที่ 9** แสดงการพันแถบพลาสติกเส้นใหญ่ และการพันแถบพลาสติกเส้นเล็ก

3. ให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เมื่ออาบน้ำเสร็จเช็ดตัวให้แห้ง เช็ดอุปกรณ์ป้องกันน้ำให้แห้งแล้วถอดออก นำไปผึ่งให้แห้ง สามารถนำไปใช้ได้หลายครั้ง ถ้าเป็นอนสามารถนำไปซักกับผงซักฟอกได้

#### หมายเหตุ

1. ให้ผู้ป่วยใส่ถุงสวมขาป้องกันน้ำขณะอยู่ในห้องน้ำเท่านั้น
2. ระวังไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดินขณะใส่ถุงสวมขาป้องกันน้ำเพราะอาจทำให้ลื่นหกล้ม
3. ระวังไม่ให้ของมีคมทิ่มแทงถุง อาจทำให้ถุงรั่ว

#### ค่าใช้จ่าย (ต่อ 1,000 ชั่วโมง)

1. ถุงพลาสติก จำนวน 100 กก.	4,700 บาท
กิโลกรัมละ 47 บาท	
2. เทปผ้ากว้าง 12 มม.	4,000 บาท
ยาว 1 เมตร ใช้ 1,000 เมตร	
3. แถบพลาสติก กว้าง 5 ซม.	3,000 บาท
ยาว 76 นิ้ว ใช้ 50 เมตร	
4. แถบพลาสติก กว้าง 1.25 ซม.	750 บาท
ยาว 95 ซม. ใช้ 12.5 เมตร	
5. ด้ายเย็บผ้าสีขาว ใช้ 5 กก.	400 บาท
กิโลกรัมละ 80 บาท	
6. เหล็กตอกสำหรับเจาะรู	300 บาท
7. ค่าจ้างเย็บ ไบละ 10 บาท	10,000 บาท
	รวม 23,150 บาท

#### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ถุงสวมขาป้องกันน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีแผลที่ขาและเท้า ทำให้ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ มีการเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงได้เร็ว
2. ได้มีการเผยแพร่นำไปใช้ที่หน่วยงานอื่นภายในโรงพยาบาลได้แก่ vascular clinic จำนวน 5 ราย ต่อเดือน หอผู้ป่วยพิเศษจำนวน 5 รายต่อเดือน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 25 รายต่อเดือน และภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ นำต้นแบบไปประยุกต์ใช้

#### ทุนสนับสนุน

กองทุนพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

# นวัตกรรม เก้าอี้ Self Cath

ญานิกา รุจิณากุล \*

## หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 3 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางอวัยวะสืบพันธุ์สตรี รับการรักษาด้วยยาและมารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ เนื่องจากมดลูกเนื้องอกรังไข่ ตลอดจนสตรีที่มีภาวะมดลูกหย่อนกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนมีรูรั่วหรือรูทะลุของกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นที่ต้องทำผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือง (radical hysterectomy)

ในปี พ.ศ. 2548 หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 3 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดจำนวน 382 ราย อายุระหว่าง 24 - 60 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน รวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานมีจำนวน 97 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การทำงานของกระเพาะปัสสาวะผิดปกติเนื่องจากเส้นประสาทที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะถูกกระทบกระเทือนขณะผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะเองได้ หรือบางคนอาจปัสสาวะได้แต่ไม่หมด

ต้องคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน การที่กระเพาะปัสสาวะจะกลับมาทำงานเป็นปกติได้นั้น ขึ้นกับระยะของโรค วิธีการผ่าตัดของแพทย์ สำหรับการคาสายสวนปัสสาวะไว้เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น แพทย์จึงมีแผนการรักษาโดยให้คาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลา 5 - 7 วันหลังได้รับการผ่าตัด จากนั้นจะให้ผู้ป่วยสวนปัสสาวะด้วยตนเองจนสามารถปัสสาวะได้เป็นปกติ ดังนั้นจึงต้องมีการสอนผู้ป่วยให้สามารถทำการสวนปัสสาวะได้ด้วยตนเอง

การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง (self cath) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสอดใส่สายสวนปัสสาวะที่สะอาดปราศจากเชื้อเข้าไปในท่อปัสสาวะด้วยตนเองจนถึงกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ปัสสาวะไหลออกมาโดยใช้เทคนิคสะอาดและต้องทำทุก 4 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะประเมินได้ว่าผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะเองได้หมด หรือมีปัสสาวะค้างไม่เกิน 75 ซีซี.

\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

- ที่ปรึกษา**
- นางสาววรรณ สวงแก้ว หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
  - นางลลิตยา ศรีตะพันธ์ พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ขั้นตอนเดิมที่ใช้ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองคือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าคุกเข่าบนเตียง หรือยืนสวนปัสสาวะโดยยกขาข้างหนึ่งวางบนเก้าอี้ยืนคร่อมกระจกเงา บางครั้งผู้ป่วยต้องงอเข่าลงเพื่อให้ปัสสาวะไหลลงให้ตรง ถ้วยตวงที่ใส่อุปกรณ์สวนปัสสาวะ จากการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ม.ค. - ก.พ. 2549 มีผู้ป่วยที่ต้องสวนปัสสาวะด้วยตนเองจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากการปวดขา 3 ราย ปวดขา 4 ราย ปวดหลัง 1 ราย และในผู้ป่วยบางรายจะมี labia บวมมากทำให้สวนปัสสาวะลำบาก มองเห็นรูปัสสาวะไม่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าว จึงทำให้เกิดแนวคิดในการประยุกต์เก้าอี้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ทำ self cath ในกรณีที่ต้องทำการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

### หลักการและวิธีประดิษฐ์

Muscle tone เป็นคุณสมบัติของกล้ามเนื้อซึ่งมีการดึงตัวหรือหดตัวเล็กน้อย เตรียมพร้อมที่จะทำงานอยู่เสมอ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรักษารูปร่างของร่างกาย ขณะทีกล้ามเนื้อหดตัวหรือมีการเกร็งกล้ามเนื้อต้องใช้พลังงานมาก และเมื่อกกล้ามเนื้อหดตัวนานจะทำให้เกิดการเมื่อยล้าได้

การยืนคุกเข่าทำให้เกิดการเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อขา ทําให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและเครียดขณะสอดใส่สายสวนเข้ารูเปิดท่อปัสสาวะ ทำให้มีการใส่ผิดรูหรือปลายสายสวนปัสสาวะไปสัมผัสกับบริเวณต้นขา หรือ labia ทำให้ต้องเสียเวลาในการแช่สายสวนในน้ำยาฆ่าเชื้อโรคใหม่ โดยใช้เวลาาน 15 นาที แต่การให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ self cath เป็นการลดการเกร็งกล้ามเนื้อขาและน่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มองเห็นรูเปิดท่อปัสสาวะได้ชัดเจน และสามารถทำได้ง่ายและสะดวกขึ้น

การคิดประดิษฐ์เก้าอี้ self cath คำนึงถึงความสะดวกสบายของผู้ป่วย การทรงตัวที่ดี ลดอาการ

ปวดกล้ามเนื้อ และสามารถมองเห็นรูเปิดท่อปัสสาวะได้ชัดเจนกว่าท่าเดิม โดยนำเก้าอี้ที่มีพนักพิง (สามารถนั่งพิงพนักเพื่อเกิดความมั่นคงในการนั่ง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ) เอาเข่าข้างอันเดิมออก ตัดไม้ตัดให้มีรูปร่างความสูงใน 16 เซนติเมตร แล้วใส่เบาะรองนั่งใหม่ ทำโต๊ะขนาดเล็กยาว 12 x 30 นิ้ว สูง 9 นิ้ว เอารองเท้าเก้าอี้ และโต๊ะขนาดเล็กนี้ จะทำรูปกลมและมีแก้วน้ำวางไว้ สำหรับวางขวดน้ำยาฆ่าเชื้อที่แช่สายสวนปัสสาวะ เมื่อมีผู้ป่วยจะทำ self cath จะเตรียมอุปกรณ์โดยสอดโต๊ะเล็กไว้ใต้เก้าอี้ self cath เอากระจกวางบนโต๊ะในตำแหน่งกลางช่องเก้าอี้หรือตั้งกระจกไว้หน้าเก้าอี้ จากนั้นพับชายผ้าถุงขึ้นถึงเอวแล้วจึงล้างมือให้สะอาด 6 ขั้นตอน เมื่อล้างมือเสร็จผู้ป่วยก็นั่งเก้าอี้แล้วทำการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วย

1. ได้รับความสุขสบาย ลดอาการปวดกล้ามเนื้อขา หลังในการทำการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง
2. มองเห็นรูเปิดท่อปัสสาวะชัดเจน
3. เกิดความพึงพอใจ

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. รวบรวมปัญหาที่เกิดจากภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากการคุกเข่าหรือยกขาข้างบนเก้าอี้ขณะทำการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง
2. สืบค้นหลักฐานอ้างอิงในการทำ self cath
3. ประยุกต์เก้าอี้ขนาดที่มีพนักพิง มาเป็นเก้าอี้หนึ่งทำ self cath
4. นำมาทดลองให้ผู้ป่วยใช้ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับการทำในท่าเดิม และศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้
5. สรุปประเมินผลการทดลองใช้

ภาพแสดงการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง

ภาพที่ 1 วิธีปฏิบัติแบบเดิม  
ใช้ท่ายืนยกขาข้างหนึ่งบนเตียง



ภาพที่ 2 วิธีปฏิบัติแบบใหม่  
ในท่านั่งเก้าอี้ self cath



# นวัตกรรม เครื่องตัดพลาสติก (โดยเต่า 1)

อดิศักดิ์ ศรีใจ \*

## หลักการและเหตุผล

หน่วยงานทางการแพทย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการใช้พลาสติกปิดแผล ซึ่งถือว่าเป็นวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นและต้องใช้ทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล จะมีปริมาณการใช้จำนวนมาก จากประสบการณ์การทำงานมา 20 ปี ได้สัมผัสและพบเห็นปัญหาของการตัดพลาสติกมาตลอด แต่เดิมหน่วยเครื่องช่วยคนพิการให้บริการรับตัดพลาสติกที่หอผู้ป่วยส่งไปให้เป็นผู้ชันขนาดเล็กเพื่อความสะดวกในการใช้งาน ถ้าหากช่างผู้ตัดชำนาญก็จะตัดให้ได้ขนาดดีพอใช้งานได้ ไม่มีปัญหา

ทางช่างจะตัดให้ขนาด 1 นิ้วเท่านั้น แต่ทางหอผู้ป่วยบางแห่งต้องการใช้พลาสติกที่มีขนาดเล็กลง

เป็นขนาดครึ่งนิ้ว การตัดพลาสติกจะทำได้ลำบากขึ้น และได้ชิ้นงานที่ไม่ค่อยได้ขนาดและรูปทรงที่ดี การใช้งานก็จะทำให้มีเศษของพลาสติกเหลือ ต่อมาทางหน่วยช่วยคนพิการมีภาระงานเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถมีช่างให้บริการตัดพลาสติกได้ เจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยที่นำพลาสติกไปต้องทำการตัดเอง ทำให้ชิ้นงานที่ได้เสียหายเพิ่มขึ้น บางชิ้นใช้งานไม่ได้เลย เนื่องจากผู้ตัดไม่มีความชำนาญ

ทางผู้ประดิษฐ์จึงได้ไปศึกษาวิธีการตัด และเครื่องมือที่ใช้ตัดที่หน่วยช่วยคนพิการ พบว่า เครื่องที่ใช้ไม่สามารถควบคุมให้ราบรื่นขณะตัดได้ ทำให้ยากสำหรับผู้ที่ไม่ชำนาญ และอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บ

\* ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ปรีชา ชลิตาพงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาออร์โธปิดิกส์
นางกนกพรรณ ลีลาศเจริญ	หัวหน้างานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
นางสาวผกาพรรณ ด่านประสิทธิ์	ผู้ตรวจการการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
นางสาวสวาท ไวยาชีวะ	ผู้ตรวจการการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
นางสมพิศ การดำรง	หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1
นางบุปผา จันทวรวิธ	พยาบาลชำนาญการระดับ 8
นางสาวศุภลักษณ์ กาศเกษม	พยาบาลระดับ 6

## วิศวกรที่ปรึกษาด้านเทคนิค

อาจารย์วิชัย เตชะมหพันธ์	วิทยาลัยเทคนิคเชียงใหม่
--------------------------	-------------------------

จากใบมีดบาดมือได้ง่าย ๆ และสังเกตว่า หลักการและวิธีการตัดคล้ายกับที่ผู้ประดิษฐ์เคยได้ทดลองทำใช้เองบนหอยผู้ป่วย ผู้ประดิษฐ์จึงนำหลักการของทางหน่วยช่วยคนพิการ มาต่อยอดกับวิธีการของผู้ประดิษฐ์ เพื่อให้สามารถใช้งานได้สะดวกและมีจำนวนเพียงพอเป็นที่น่าพอใจของผู้ใช้งาน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถตัดพลาสติกที่มีความกว้าง สม่่าเสมอ และเหมาะสมกับการใช้งานและไม่มีเศษเหลือทิ้ง
2. เพื่อรองรับการตัดพลาสติกตามความต้องการของหอยผู้ป่วยต่าง ๆ
3. เพื่อให้บุคลากรมีความพึงพอใจ

### อุปกรณ์ที่ใช้

1. เหล็กฉาก 2.5 นิ้ว	1 เส้น
2. มุเล่ใหญ่	1 ตัว
3. มุเล่เล็ก	1 ตัว
4. มอเตอร์ไฟฟ้า	1 ตัว
5. ลูกปืนเล็ก	2 ตัว
6. เฟลาเล็ก	20 ซม.
7. เฟลาใหญ่	60 ซม.
8. เหล็กสปริงแบน	10 ซม.
9. กระบอกลูกเหล็ก	20 ซม.
10. แผ่นเหล็ก	100 x 100 ซม.
11. ล้อ	4 ตัว
12. ลวดสปริง	1 ตัว
13. สายพาน	1 เส้น
14. คานโยก	1 ตัว
15. ใบมีดสแตนเลส	1 ตัว
16. สายไฟ 2 x 15	4 ม.
17. สวิตช์	1 ตัว

18. เบเกอ์ 20 A	1 ตัว
19. เหล็กทอมือจับ	100 ซม.
20. นอตยาว	20 ซม.
21. ลีสเปร์ย	3 กระป๋อง
22. ลีลอคเกอ์	1 กระป๋อง

### วิธีทำ

- ร่างแบบเครื่องตัดพลาสติกให้เป็นตามลักษณะการทำงานของเครื่อง
- นำแบบที่ได้ไปให้ช่างกลึงโลหะแกะแบบเป็นโครงสร้างของเครื่องตัดพลาสติก
- ต่อเชื่อมโครงร่าง ติดตั้งอุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าชุดกัน
- การทำงานของเครื่องจะให้มอเตอร์ไฟฟ้าทำงานโดยทรอบมุเล่ให้หมุนช้าลง
- ติดตั้งระบบไฟฟ้าและใบมีด

### วิธีการใช้งานโดยเสียบปลั๊กไฟ

1. นำพลาสติกสอดเข้าท่อนับ จัดให้ได้ขนาดตามต้องการ กดสปริงหนีบท่อนับไว้
2. ดึงคั่นโยกเพื่อให้ใบมีดกดลงไปบนพลาสติก ใบมีดจะทำงานเองโดยอัตโนมัติ กดคั่นโยกต่อจนพลาสติกขาด ปล่อยคั่นโยกเครื่องจะหยุดเอง
3. ปลดสปริงที่ใช้หนีบท่อออก ท่อนับจะคลายตัว แล้วเลื่อนพลาสติกออก จัดขนาดตามต้องการ กดสปริงหนีบท่อเช่นเดิมเพื่อตัดพลาสติกชิ้นต่อไป
4. ทำตามขั้นตอนที่ 2, 3

### ผลที่ได้รับ

- ขนาดพลาสติกเหมาะสม สะดวกต่อการใช้งาน
- ใช้พลาสติกได้คุ้มค่าที่สุด เพราะไม่มีเศษพลาสติกเหลือ

- สะดวกและง่ายต่อการตัดขนาดพลาสติก
- บุคลากรผู้ตัดและผู้ใช้พลาสติกมีความพึงพอใจ
- สามารถตัดพลาสติกได้ 10 นาที / 1 กลอง (ความยาว 12 นิ้ว )

#### ขอบเขตบริการ

ได้ให้บริการกับทุกงานการพยาบาล

#### หลังจากใช้งานได้ 7 เดือนได้สำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้บริการส่งพลาสติกมาตัด สรุปข้อดีได้ดังนี้

- สะดวกรวดเร็วต่อการใช้งาน ทำแผลผู้ป่วยหลายคนในเวลาเดียวกัน ทุ่นเวลา พลาสติกไม่สูญหายระหว่างการนำไปตัด
  - ใช้หมดทุกม้วน คุ่มค่าไม่มีเศษพลาสติกที่ใช้งานได้
  - ประหยัดงบประมาณของทางราชการ
  - ได้ขนาดตามที่ต้องการ ตามมาตรฐานเหมาะสม
- ตัดสม่ำเสมอ
- ตัดได้เรียบใช้งานได้ดี ไม่มีรอยมีดบาดซ้ำ
  - หลังตัดเก็บสะดวก สะดวก
  - ส่งตัดแล้วรอรับได้เลย ไม่เสียเวลานาน
  - เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจผลงานมาก เนื่องจากวิธีการเดิมต้องนำไปตัดที่หน่วยฯ เข็ม ซึ่งระยะทางไกลต้องรอนานมาก บางครั้งขาดเจ้าหน้าที่เดินไปเพื่อตัดพลาสติก ส่วนผู้ใช้พลาสติกมีความพึงพอใจผลงานมาก เนื่องจากใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว และเรียบร้อย

#### ข้อเสนอแนะ

ทางหน่วยตัดพลาสติก ควรมีพลาสติกที่ได้รับ การตัดแล้วสำรองไว้ เพื่อให้ทางหอผู้ป่วยที่นำพลาสติกไปตัดได้ของกลับคืนมาเลย

#### การพัฒนาปรับปรุง

จากการใช้งานเป็นเวลา 7 เดือนได้ตัดพลาสติก เป็นจำนวน 609 กลอง เฉลี่ย 87 กลองต่อเดือน ได้ผล ดีมากตามที่กล่าวมาแล้ว แต่ยังมีส่วนที่ยังมีปัญหาคือได้แก่ จุดที่สปริงดึงกลับ ตำแหน่งไม่ดี โบรมีตมีขนาดบาง ทำให้ โบรมีตกดได้ง่าย มุมสำหรับโยกไม่แน่น สปริงหนีบ ใช้บ่อยๆ จะหักได้ง่าย ที่บังสายพานกับมูเล่มีที่บัง ไม่ครอบคลุม ตัวมูเล่ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ และเมื่อให้เจ้าหน้าที่ทดลองตัด ยังไม่สามารถทำได้ราบรื่น ผู้ประดิษฐ์จึงได้นำไปปรับปรุง พัฒนาเครื่องขึ้นมาใหม่ ปัญหาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวแล้วก็ลดลง เครื่องทำงานได้ผล ตามที่คาดหวัง ประสิทธิภาพการทำงานดี ทำงานได้รวดเร็วขึ้น และมีความปลอดภัยสูง ในส่วนที่ผู้นำมาตัดเสียเวลารอคอยได้จัดระบบให้มีพลาสติกตัดสำเร็จแล้ว สำรองไว้ให้เพียงพอเพื่อสะดวกในการแลกเปลี่ยน





รูป 1 เครื่องตัดพลาสติก (ดอยเต่า 1) ด้านหน้า



รูป 2 เครื่องตัดพลาสติก (ดอยเต่า 1) ด้านข้าง



รูป 3 พลาสติกที่ใช้เครื่องตัดดั้งเดิม



รูป 4 พลาสติกที่ไม่ได้ตัด จะใช้งานไม่สะดวก



รูป 5 พลาสติกที่ใช้เครื่องตัดพลาสติก (ดอยเต่า 1)

# การประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบชิปป (CIPP model)

กัญจนา บุตรจันทร์ \*

ผู้เขียนได้มีโอกาสศึกษาเกี่ยวกับการประเมินโครงการ และได้้นำแนวคิดการประเมินโครงการมาใช้ประเมินโครงการอบรมเพื่อพัฒนางานที่ทำในหน่วยงาน การประเมินผลโครงการอบรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะใช้แบบสอบถามถามผู้เข้ารับการอบรมในเรื่องความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อการอบรมที่ผู้จัดอบรมต้องการทราบ ซึ่งเน้นไปในการประเมินผลหลังการอบรมเมื่อสิ้นสุดการอบรมทันที ดังนั้นผู้เขียนจึงอยากแบ่งปันประสบการณ์ในการประเมินโครงการอบรมที่เป็นการอบรมระยะสั้นในการประเมินโครงการอบรม Update in orthopedic nursing ที่ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงผลที่ได้รับจากโครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการไปแล้ว ให้ผู้อ่านได้ทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินโครงการ

ในฉบับนี้ ผู้เขียนใคร่ทบทวนความรู้ของผู้อ่านในเรื่องความสำคัญของการประเมินโครงการ ความสำคัญของรูปแบบการประเมิน รูปแบบการประเมินโครงการ แนวคิดการเลือกรูปแบบการประเมิน และรูปแบบการประเมินชิปป (CIPP model) ที่นิยมใช้กันว่าเป็นอย่างไร

## ความสำคัญของการประเมินโครงการ

1. การประเมินโครงการจะช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์และมาตรฐานของการดำเนินงานมีความชัดเจนขึ้น
2. การประเมินโครงการช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่าหรือเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดและมีประสิทธิภาพเต็มที่
3. การประเมินโครงการช่วยให้แผนงานบรรลุวัตถุประสงค์และดำเนินงานไปด้วยดี
4. การประเมินโครงการมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาอันเกิดจากผลกระทบ (impact) ของโครงการ และทำให้โครงการมีข้อที่ก่อให้เกิดความเสียหายลดน้อยลง
5. การประเมินโครงการมีส่วนช่วยอย่างสำคัญในการควบคุมคุณภาพของงานทุกส่วนของโครงการ และปัจจัยทุกชนิดที่ใช้ในการดำเนินงาน
6. การประเมินโครงการมีส่วนช่วยในการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานตามโครงการ เพราะการศึกษาวิเคราะห์เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเสนอแนะวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติโครงการ ย่อมจะนำมาซึ่งผลงานที่ดี เป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

\* พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หน่วยงานพัฒนาและฝึกอบรมทางการแพทย์ งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

7. การประเมินโครงการช่วยในการตัดสินใจในการบริหารโครงการ กล่าวคือ การประเมินโครงการจะทำให้ผู้บริหารทราบถึงอุปสรรค ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย ความเป็นไปได้ และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินโครงการ

### ความสำคัญของรูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมิน มีความสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ช่วยให้เห็นแนวทางหรือกรอบความคิดในการประเมินที่หลากหลาย
2. ช่วยทำให้วัตถุประสงค์ของการประเมินชัดเจน เนื่องจากรูปแบบการประเมินแต่ละรูปแบบมีปรัชญาและกรอบแนวคิดที่ต่างกัน
3. ช่วยให้กำหนดตัวแปรหรือประเด็นสำคัญหรือตัวบ่งชี้ในการประเมินได้อย่างชัดเจน
4. ช่วยให้ผลการประเมินเป็นระบบ ครบรอบคลุม เป็นที่ยอมรับและสื่อความหมายได้ชัดเจน

### รูปแบบการประเมินโครงการ

รูปแบบการประเมินเกือบทั้งหมดที่ใช้อยู่ปัจจุบันเป็นรูปแบบการประเมินที่มีแนวคิดมาจากการประเมินทางการศึกษา ต่อมาได้มีผู้นำมาประยุกต์ใช้กับวัตถุประสงค์ของการประเมินที่แตกต่างกันออกไป เช่น การประเมินโครงการ การประเมินแผน ตลอดจนการประเมินนโยบาย รูปแบบการประเมินแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. รูปแบบการประเมินที่เน้นวัตถุประสงค์ (objective - based model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ตรวจสอบว่า ผลที่เกิดจากนโยบาย แผนงาน หรือโครงการนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ แผนงาน และนโยบายนั้นหรือไม่ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ ครอนบาค และเคิร์กแพททริก

2. รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจคุณค่า (judgmental evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมสารสนเทศเพื่อกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของโครงการ แผนงาน และนโยบาย ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสเตลคริฟเวน และโพรวัส

3. รูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ (decision - oriented evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มุ่งผลิตรายการสารสนเทศเพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีมและอัลคิน

### สรุปแนวคิดการเลือกรูปแบบการประเมิน

การเลือกรูปแบบการประเมินใดมาใช้ในการประเมินโครงการ มีแนวคิดในการพิจารณา ดังนี้

1. รูปแบบการประเมินเป็นกรอบความคิดหรือแบบแผนของการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในการประเมินสิ่งที่ต้องการประเมิน เพื่อให้วัตถุประสงค์และการกำหนดประเด็นของการประเมินชัดเจน รูปแบบการประเมินที่สำคัญมี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ รูปแบบการประเมินที่เน้นวัตถุประสงค์ รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจคุณค่า และรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ

2. การเลือกรูปแบบการประเมินที่เหมาะสมควรพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการประเมิน ชนิดของการตัดสินใจ ข้อจำกัดของรูปแบบ ข้อจำกัดของการประเมิน ข้อจำกัดของเวลาและเงินทุนในการประเมิน ผู้ประเมินอาจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับสิ่งที่ประเมินนั้นเพียงรูปแบบเดียว หรืออาจผสมผสานวิธีต่าง ๆ เข้าด้วยกัน กำหนดเป็นแนวทางเฉพาะสำหรับการประเมินนโยบาย แผนงาน หรือโครงการนั้น ๆ

## รูปแบบการประเมินชิปป์ (CIPP Model)

รูปแบบการประเมินของชิปป์สเตฟเฟิลบีม เป็นรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจเรียกว่า **ชิปป์โมเดล** (CIPP model) เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ คำว่า CIPP ย่อมาจาก *context, input, process* และ *product* ดังนี้

1. **การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม** (context evaluation : C) เป็นการประเมินก่อนที่จะเริ่มลงมือทำโครงการ เพื่อให้ได้มาซึ่งเหตุผลอันจะนำไปช่วยในการเลือกโครงการและกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ รวมทั้งเพื่อพิจารณาความจำเป็นในการดำเนินโครงการ

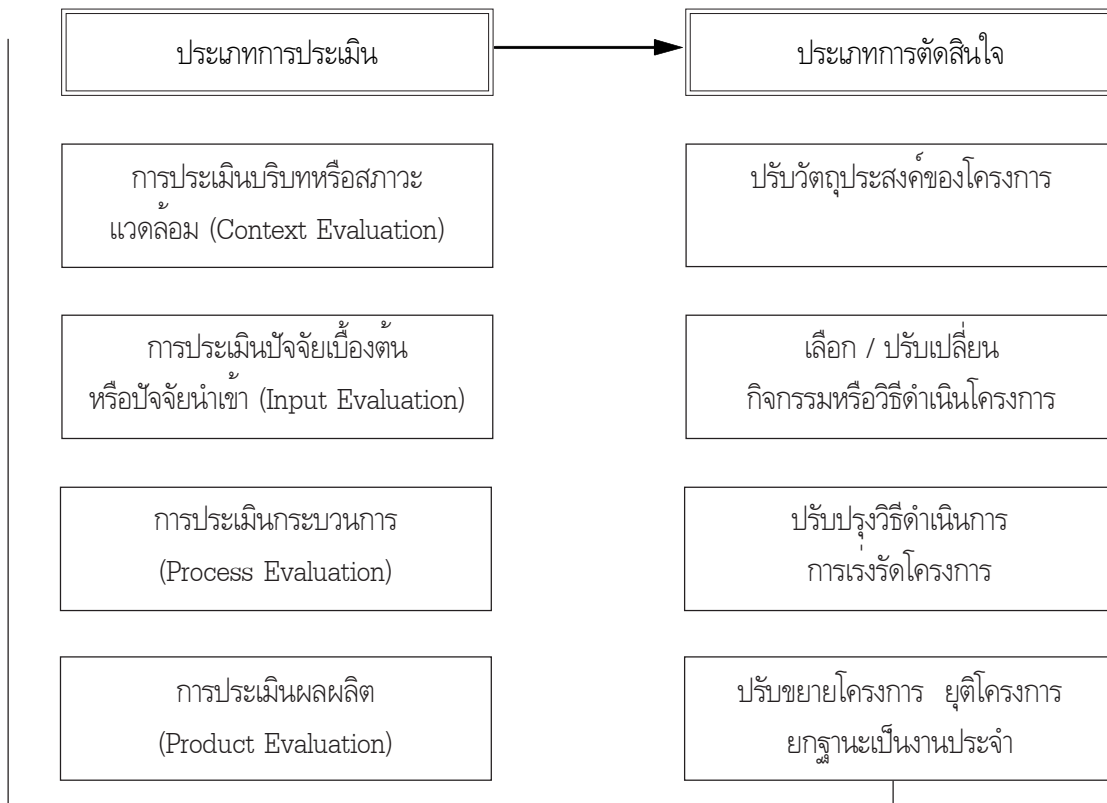
การประเมินบริบทเป็นการวิเคราะห์มหัพภาค (macro analysis) เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ความต้องการ และเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของโครงการ ผู้ประเมินอาจใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงความคิด การวิเคราะห์เชิงประจักษ์ จากข้อมูลภาคสนาม การประเมินบริบทควรมีวัตถุประสงค์ดังเช่นประเมินความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย ประเมินความเป็นไปได้ของวัตถุประสงค์ในการที่จะบรรลุเป้าหมาย การประเมินบริบทจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจวางแผนและกำหนดจุดมุ่งหมาย (planning decision)

2. **การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยนำเข้า** (input evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ วิธีดำเนินโครงการ ตลอดจนเทคโนโลยี และแผนการดำเนินงาน โดยพิจารณาว่าสิ่งเหล่านี้จะมีส่วนช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ การประเมินปัจจัยเบื้องต้น ควรมีวัตถุประสงค์สำคัญ เช่น ประเมินศักยภาพของทรัพยากรและหน่วยงาน

ประเมินความเหมาะสมของยุทธวิธีที่นำมาใช้เพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินความเหมาะสมของวิธีการที่นำมาใช้ในการดำเนินงาน การประเมินปัจจัยเบื้องต้นจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางโครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงาน (structuring decision)

3. **การประเมินกระบวนการ** (process evaluation : P) เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินงาน เพื่อการควบคุมกำกับการบริหารโครงการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามความต้องการของผู้ดำเนินโครงการ และให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ ว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนหรือไม่ เกิดปัญหา / อุปสรรคข้อบกพร่องใดบ้าง เพื่อจะได้ทำการแก้ไขได้ทันที่ที่ การประเมินกระบวนการควรมีวัตถุประสงค์สำคัญดังนี้ เช่น ประเมินความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินโครงการตามแผน ประเมินจุดเด่น / จุดด้อยตามขั้นตอนของการปฏิบัติงาน ประเมินความก้าวหน้าของผลเบื้องต้นที่เกิดจากการดำเนินการ ประเมินกระบวนการจะช่วยให้ได้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ ระหว่างการดำเนินโครงการ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการปฏิบัติ (implementation decision)

4. **การประเมินผลผลิตของโครงการ** (product evaluation : P) เป็นการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ การประเมินผลผลิตจะตอบคำถามว่า ผลผลิตที่ได้จากโครงการมีอะไรบ้าง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ความต้องการจำเป็นลดลงหรือไม่อย่างไร ผลการดำเนินโครงการคุ้มค่าเพียงใด ควรจะจัดการอย่างไรกับโครงการที่จะติดตามมา ซึ่งคำถามเหล่านี้มีความสำคัญต่อการตัดสินใจความสำเร็จของโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลผลิตจะมีประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจปรับขยายโครงการ ยุติโครงการ การประเมินผลผลิตควรมีวัตถุประสงค์สำคัญ เช่น ประเมินประสิทธิผล



ภาพที่ 1 : รูปแบบการประเมินซีบีพี (CIPP Model)

ของโครงการ ประเมินความสำเร็จของโครงการ ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ

สตีฟเฟิลบีม พัฒนารอบของการประเมิน เพื่อสนองการตัดสินใจของผู้บริหาร 4 ด้าน ดังภาพที่ 1

ตอนนี้ผู้อ่านทุกท่านก็ได้ทราบถึงความสำคัญของการประเมินโครงการ รูปแบบการประเมินโครงการ แนวคิดการเลือกรูปแบบการประเมิน และรูปแบบการประเมินซีบีพี (CIPP model) ว่าเป็นอย่างไรแล้ว ฉบับหน้าค่อยมาติดตามตัวอย่างการประเมินโครงการ ระยะสั้นโดยใช้รูปแบบประเมินซีบีพีกันต่อไปนะคะ

### เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการผลิตและบริหารชุดวิชา การประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการ. (2545). **ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการการประเมิน หน่วยที่ 6 - 10**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

\_\_\_\_\_. (2544). **ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินและการจัดการโครงการการประเมิน หน่วยที่ 1 - 5**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สมคิด พรหมจ้อย. (2542). **เทคนิคการประเมินโครงการ**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุพักตร์ พิบูลย์. (2544). **กลยุทธ์การวิจัยเพื่อพัฒนางาน : วิจัยเพื่อพัฒนาองค์กร**. นนทบุรี : จตุพรดีไซน์.

# การพญกัยในต่างแดน ณ ประเทศอิสราเอล

## ประสบการณ์การอบรม

### การพัฒนาและการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

พรศิลป์ คุณศิลป์ \*

ได้ทราบข่าวจากคุณจิราภรณ์ พี่งุ่มแก้ว หัวหน้างานการพยาบาลผู้ช่วยศาสตราจารย์ บอกคุณพิมพ์พรรณ หัวหน้าหอผู้ป่วยว่า มีจดหมายจากสถานทูตอิสราเอล ประจำประเทศไทย ผ่านฝ่ายการพยาบาลและศูนย์วิจัย และวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ ให้ผู้สนใจตรงสายงานสมัครไปอบรม **การพัฒนาและการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ครั้งที่ 6** เป็นเวลา 1 เดือน ผู้ได้รับการคัดเลือกจะได้รับทุนรัฐบาลอิสราเอลให้เดินทางไปและกรอกใบสมัครเป็นภาษาอังกฤษไปยังสถานทูตอิสราเอลประจำประเทศไทยด้วยตนเอง และก็ได้รับการตอบมาว่าได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนประเทศไทยครั้งนี้

ก่อนอื่นขอพูดถึงการเขียนใบสมัครเป็นภาษาอังกฤษ ต้องเขียนประวัติตัวเองว่าเป็นใคร ต้องการอะไรจากการอบรมครั้งนี้ กลับมาแล้วจะทำอะไร ได้รับการแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ว่าเขียนอย่างไรที่ทำให้เขาจะให้ทุนหรือได้รับการคัดเลือก ตอนนั้นเขียนไปว่า เป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวนมากในแต่ละปี และจะมีการเปิดศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) อย่างเป็นทางการ

ในการดูแลและจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุและยังต้องการเยี่ยมชมสถานที่ในประวัติศาสตร์ที่สำคัญ และเรียนรู้ในความซันและความฉลาดของคนอิสราเอล (มีคนแซวว่า สงสัยประโยคสุดท้ายนี้โดนใจคณะกรรมการ)

การเตรียมตัวก่อนไปอบรม อันดับแรกที่สำคัญคือภาษาอังกฤษ ได้ลงทุนสอบภาษาอังกฤษ TOEIC (Test of English for International Communication) ได้คะแนนทั้งหมด 530 (อายุเขาเหมือนกัน ตอนส่งผลคะแนนไปที่สถานทูต) และไปอบรมการนำเสนอปากเปล่า (oral presentation) ที่ศูนย์ภาษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นเวลา 15 วัน 30 ชั่วโมง 3,000 บาท (ไม่แพงอย่างที่คิด) การเตรียมตัวต่อมาก็เรื่องทุนค่าเดินทางไปอบรม (ปี 2548 ตอนนั้นยังไม่มีประกาศทุนพัฒนาบุคลากรในการอบรมดูงานของข้าราชการทั่วไป) ได้รับทุนจากศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และสภาพพยาบาลที่สนันสนุนอย่างเป็นทางการ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณเจ้า...

\* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ งานการพยาบาลผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเตรียมข้อมูลที่จะนำไปนำเสนอ (แหมม...ข้อมูลระดับหัวหน้าหน่วยต้องมีอยู่ในมือ) มีเวลาไม่มาก สัปดาห์เดียว เตรียมจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุในแต่ละปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครเชียงใหม่ และในจังหวัดเชียงใหม่ พร้อมในประเทศไทย สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล และระบบสุขภาพของประเทศ ระบบการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และการรักษาในโรงพยาบาล และองค์กรต่าง ๆ ใน Trauma Center ต้องไปขออนุญาตถ่ายรูปเพื่อประกอบการนำเสนอ และขอขอบพระคุณ ผศ.นพ. นเรนทร์ โชติรสนนฤมิตร หัวหน้าหน่วย Trauma Center ที่ให้ข้อมูลและรูปภาพไปอวดเพื่อน ๆ ชาวต่างประเทศ 25 ประเทศ และคุณกัลลิน์สุคนธ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดที่ให้ข้อมูลอุบัติเหตุ เป็นประโยชน์มากค่ะ และที่ขาดไม่ได้คือการเตรียมอาหารการกิน เพราะไม่ชอบอาหารฝรั่งเตรียมมาไป 1 กลอง (มีโอกาสดัดเข้ามาเป็นอาหารแนะนำตอนคืน social evening อีกต่างหาก) กาแฟไม่โล และเพื่อนชาวต่างประเทศเตรียม cereal bar เป็นอาหารเข้าขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง กลับมาเลยอ้วนกลมสวยไปอีกแบบ (มีคนบอกมานะ)

การเตรียมหนังสือเดินทางราชการ (passport) และวีซ่า พร้อมคำรับรองจากหน่วยงาน ทั้งมหาวิทยาลัย-เชียงใหม่และฝ่ายการพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ และส่งแฟกซ์ตัวเครื่องบินไปด้วยตนเองที่สถานทูตอิสราเอล กรุงเทพมหานคร ได้รับหนังสือเดินทางทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาฮีบรู แฟกซ์กลับมาให้ เนื่องจากไม่ได้ไปรับด้วยตนเอง พร้อมได้รับหนังสือแนะนำประเทศอิสราเอลและแผนที่ประเทศและเมืองที่ไปอบรมเมืองไฮฟา (Haifa) และทางคณะกรรมการอบรมครั้งนี้ก็แสนดีพยายามติดต่อมาที่บ้าน (พอดีคุยกับแม่ไม่รู้เรื่อง เจอกำเมืองตั้งเต็ก) และแนะนำคนไทยที่เคยไปอบรมครั้งก่อน ๆ 2 ท่าน คือ ผศ. ดร.กรองโต อุณหสูต และคุณเจนชีวัน ที่กทม. แต่ก็ติดต่อไม่ได้ เลยอีเมลไปที่ Trauma Course สอบถามการเดินทาง ก็ได้รับคำตอบว่าจะมีคนถือป้าย Trauma Course และพานั่งแท็กซี่จากสนามบินเมือง Telaviv ไปเมือง Haifa ไปพักโรงแรม Dan Gardens ก็ใจชื้น ตอนเดินทางก็เลยเลือกสายการบินไทย รักคุณเท่าฟ้า สายการบินยอดเยี่ยมของคนไทย แบบ non stop และพอดีมีเพื่อนชาวต่างประเทศ แนะนำเพื่อนที่ทำงานในประเทศ



ถ่ายกับรูปพยาบาล 5 คน ที่เข้ารับการอบรม ครั้งที่ 6 และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และTrauma Coordinator Rambam Hospital และลงหนังสือพิมพ์กับเขาด้วย

อิสราเอล ซึ่งเขาแปลกใจว่ามีคนไทยมาอบรมด้วยหรือ (เขาคิดว่าคนไทยไม่กล้ามาเพราะกลัวระเบิด) และเขาอาสา มารับที่สนามบินเลยอุ่นใจ (เพื่อน ๆ แซว นายแน่นมาก เดินทางไปคนเดียว)

### รายละเอียดเกี่ยวกับการไปฝึกอบรม ณ ประเทศอิสราเอล

**การอบรมการพัฒนาและการจัดการระบบ การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ครั้งที่ 6** ระยะเวลา 1 เดือน ณ Teaching Center Rambam Medical Center ประเทศอิสราเอล ระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน 2548 ถึง วันที่ 2 ธันวาคม 2548 เป็นการอบรมที่มุ่งเน้น ให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสศึกษาและเรียนรู้ รวมทั้ง แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์มีหลายสิ่งที่น่าสนใจ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับงานศูนย์การแพทย์ อุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มากทีเดียว เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จะทำการเปิดศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุอย่างเป็นทางการ ในปี 2549 นี้

ดังนั้นดิฉันจึงได้รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมดังกล่าว เพื่อประโยชน์ต่อผู้สนใจต่อไป

### โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประเทศอิสราเอล

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของ ประเทศอิสราเอลคือ 30 - 35 คนต่อประชากร 100,000 คนและะมีค่าใช้จ่ายสูงไม่ว่าในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพและยังทำให้ทุพพลภาพและ ในการแก้ปัญหาพบว่า การเข้าใจขั้นตอนการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยตั้งแต่ต้น ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงที่สุดการรักษา น่าจะเป็นวิธีที่ ช่วยลดปัญหานี้ได้และทำให้เกิดศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ (Trauma Center)

โดยมีการรวมตัวของแพทย์กลุ่มหนึ่งและในปี 1992 มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในประเทศ และให้ข้อเสนอแนะในการทำงานของศูนย์ การแพทย์อุบัติเหตุเกี่ยวกับโครงสร้าง วิธีปฏิบัติ และลำดับความสำคัญในการก่อตั้งศูนย์และคุณภาพ การดูแล รวมทั้งเรื่องที่สำคัญที่เป็นปัญหาในช่วงนั้น ๆ และมีการจัดตั้งหน่วยอุบัติเหตุ (Trauma unit) ในปี 1994 และปัจจุบันมีศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุระดับหนึ่ง มีทั้งหมด 6 แห่ง และระดับสองมีทั้งหมด 16 แห่ง

ศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) หมายถึงโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับ ผู้ประสบภัยและให้บริการภายใต้การดูแลของแพทย์ ผู้มีความชำนาญเฉพาะทางอุบัติเหตุ (A general hospital with responsibility for treating accident victims, providing trauma services under the direction of a specialist physician experienced in traumatology.) ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์เป็น ผู้อำนวยการศูนย์และพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน และศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุมีการดำเนินงาน และรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

1. การจัดระบบทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma registry)
2. การอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุ (trauma education)
3. การจัดระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุด เกิดเหตุ (prehospital care)
4. การเตรียมความพร้อมรับอุบัติเหตุกลุ่มชน หรืออุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย (mass casualties and disaster planning)
5. การควบคุมคุณภาพการดูแล (quality control)
6. การวิจัย (research)



โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของประเทศไทย (structure of a Thailand trauma system) ประกอบด้วย

1. การจัดการระบบ (system management)
2. การจักระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ (prehospital care)
3. การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospitalized)
4. การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)

โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของประเทศไทยนี้ อิงจากโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุแห่งชาติ (structure of a national trauma system) ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบทางการบริหาร (administrative component) ประกอบด้วย
  - 1.1 ภาวะผู้นำ (leadership)
  - 1.2 การพัฒนาระบบ (system development)
  - 1.3 ระบบทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (legislation)
  - 1.4 ระบบการเงิน (finance)
2. องค์ประกอบด้านการปฏิบัติการและทางคลินิก (operational and clinical components) ประกอบด้วย
  - 2.1 การดำเนินการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ (injury prevention and control)
  - 2.2 การพัฒนาบุคลากร (human resources)
  - 2.3 การจักระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ (prehospital care)
  - 2.4 สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้การดูแล (definitive care facility)
  - 2.5 ระบบการสื่อสาร (information system)
  - 2.6 การประเมินผล (evaluation)

## 2.7 การวิจัย (research)

### การจัดการระบบ (system management)

หลักการปฏิบัติการในขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ประสบภัยตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษา ประกอบด้วย

1. การช่วยเหลือผู้ประสบภัยในขั้นแรกอย่างเหมาะสม
2. มีบุคลากรเฉพาะทาง
3. มีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ
4. มีทีมแพทย์กู้ภัยและเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยกู้ภัย
5. การจำแนกผู้ป่วยในระยะแรกตามความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยต้องเข้าใจวิธีการปฏิบัติการช่วยชีวิต และการโยกย้ายผู้ป่วยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ
6. การจักระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ

### การจักระบบบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ (prehospital care system)

ในประเทศไทยใช้ระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency medical service) โดยมี Magen David Adom เป็นหน่วยที่รับผิดชอบในประเทศ ตั้งแต่ ปี 1930 มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศและเตรียมพร้อมในการสู้รบทั้งในยามสงครามและยามสงบ
2. เป็นสถานที่ให้บริการผู้ป่วยประสบภัยในเมืองต้น
3. เป็นหน่วยที่ดูแลและทำหน้าที่เป็นธนาคาร เลือด
4. เป็นหน่วยเสริมในการฝึกอบรมอาสาสมัครในขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย เช่น ฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ณ

จุดเกิดเหตุ สนับสนุนในการฝึกอบรมการช่วยชีวิต  
 ชั้นพื้นฐานและขั้นสูงให้อาสาสมัคร การลำเลียงผู้ป่วย  
 การช่วยคลอด และการโยกย้ายผู้ป่วย ตลอดจนการนำ  
 ผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

Magen David Adom (MDA) ประกอบไปด้วย

1. มีการประชุมเลือกตั้ง (Magen David Adom  
 Conference) ในทุก 4 ปี จะมีการประชุมเลือกตั้ง  
 หัวหน้าสาขาโดยอาสาสมัครในแต่ละหน่วย

2. สภาของ MDA (MDA council) สภาของ  
 MDA มีสมาชิกทั้งหมด 45 แห่ง และนำโดยประธานของ  
 MDA

3. คณะกรรมการบริหาร (executive commit-  
 tee) ที่มีทั้งหมด 11 คน และประธานเลือกโดยสมาชิกสภา  
 ของ MDA

4. ผู้อำนวยการ MDA (The director general  
 of MDA) มาจากการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหาร

ระบบการแจ้งเหตุในอิสราเอลใช้ 101 (ในประเทศไทยใช้  
 191) ประกอบไปด้วย

ศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ 1 แห่ง

ศูนย์แจ้งเหตุ 11 แห่ง

รถหน่วยกู้ภัยที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพื้นฐาน 350 คัน

รถหน่วยกู้ภัยที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพื้นฐาน 180 คัน

ในพื้นที่ที่ไกลออกไป

รถหน่วยกู้ภัยที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูง 120 คัน

รถหน่วยกู้ภัยสำหรับผู้ประสบภัยหมู่ 22 คัน

เจ้าหน้าที่ทั้งหมดประกอบไปด้วย

แพทย์เทคนิค (EMT) 680 คน

ผู้ลำเลียง (dispatcher) 110 คน

ผู้ช่วยแพทย์ (paramedic) 260 คน

เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด (blood service) 155 คน

อาสาสมัครทั้งหมด 7,500 คน

การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ณ ที่เกิดเหตุของ  
 MDA

อุบัติเหตุหมู่ / ผู้ประสบภัยหมู่ (mass casualty  
 situations) (MCS) คือ ภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน  
 ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อสุขภาพ ชีวิต ทรัพย์สิน  
 และความเป็นอยู่ตามปกติของคนจำนวนมาก



รูป Mobile Emergency Service ของ  
 Magen David Adom (MDA)



ถ่ายรูปกับ หัวหน้า Paramedic รูปหล่อแห่งเมือง Haifa

ในประเทศอิสราเอล อุบัติภัยหมู่ที่พบบ่อย ยกตัวอย่างเช่น

1. Conventional MCS เช่น ระเบิดพลีชีพ (suicide bombing) แผ่นดินไหว (earthquake disaster) สงคราม
2. Unconventional MCS เช่น chemical MCS, biological MCS ,radiation MCS

**ขั้นตอนการช่วยเหลืออุบัติภัยหมู่/ผู้ประสบภัยหมู่ของ MDA**

1. การเดินทางรวดเร็วที่เกิดเหตุและแจ้งเหตุ เพื่อขอความช่วยเหลือ (arrival and primary report)
2. รถพยาบาลและบุคลากรประจำรถในการช่วยเหลือ (medical command)
3. การจำแนกผู้ประสบภัยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและปฏิบัติการกู้ชีพ (triage & life saving procedures)
4. การโยกย้ายผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็ว และนำส่งโรงพยาบาล (rapid evacuation according to distribution & regulation principle)

5. การให้กำลังใจขณะปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย

**การเตรียมแผนสำหรับช่วยเหลืออุบัติภัยหมู่ /ผู้ประสบภัยหมู่ (preparedness for mass casualty incident)**

1. การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า
  - 1.1 โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลสามารถรับผู้ประสบภัยได้
  - 1.2 คุณภาพของการดูแลขึ้นอยู่กับสัดส่วนของจำนวนผู้ประสบภัย
  - 1.3 แต่ละโรงพยาบาลมีstanding order สำหรับการรับผู้ประสบภัยหมู่
  - 1.4 การทำงานที่ทำได้ดีที่สุดในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติหรือปกติ
  - 1.5 การจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บจำเป็นไม่ว่า ณ จุดเกิดเหตุ หรือในโรงพยาบาล
    - ก. การจำแนก ณ จุดเกิดเหตุ เป็นการป้องกันที่ดีที่สุด เพื่อลำดับการช่วยเหลือก่อนหลังและ



รูปการฝึกซ้อม การรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ศูนย์ฝึก

เลือกสรรโรงพยาบาลได้เหมาะสมกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ระดับเล็กน้อย หมายถึงการบาดเจ็บที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต สามารถรอดได้

ระดับปานกลาง หมายถึงการบาดเจ็บที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และมีโอกาสรอดได้ถ้าได้รับการช่วยเหลือที่เพียงพอ

ระดับรุนแรง หมายถึงการบาดเจ็บที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และต้องเร่งรีบรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ

ข. การจำแนกในโรงพยาบาลในห้องฉุกเฉิน

2. การเตรียมกำลังคน เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ

บทบาทของพยาบาลในอุบัติเหตุ (nurse role in M.C.S)

1. การแจ้งข่าว (announcement)
2. รวบรวมข้อมูล (collect information)

3. ดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (verify)

4. ทำให้งานดำเนินไป (start running)

**พยาบาลคนที่ 1 (nurse 1)** อพยพหรือโยกย้ายผู้ป่วยเดิม (patient evacuation) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรของโรงพยาบาล

**พยาบาลคนที่ 2 (nurse 2)** อำนวยการในห้องฉุกเฉิน (operate the ED list) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนให้ชัดเจน และระดมพลเสริม

**พยาบาลคนที่ 3 (nurse 3)** เตรียมเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ให้พร้อม (equipment set up)

**พยาบาลคนที่ 4 (nurse 4)** เตรียมพื้นที่สำรอง (open other area) ในการรองรับผู้ประสบภัย เช่น Rambam Medical Center ใช้ห้องอาหารของโรงพยาบาลรองรับ

**พยาบาลคนที่ 5 (nurse 5)** โยกย้ายผู้ป่วยเก่าในห้องฉุกเฉินและห้อง x-ray (evacuate the ED patient from department) เพื่อเตรียมพื้นที่

**พยาบาลคนที่ 6 (nurse 6)** ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจทีมงาน (reinforcement team)

3. การฝึกอบรมและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการฝึกฝนแบบบุคลากร

ในประเทศอิสราเอล มีการอบรมและการฝึกปฏิบัติเตรียมรับมืออุบัติภัยหมู่เป็นปกติในโรงพยาบาล มีศูนย์ฝึกเตรียมรับมืออุบัติภัยหมู่โดยเฉพาะ และยังมีฝึกการจัดการในรูปของฝึกปฏิบัติบนโต๊ะ (table top drill) มีการทบทวนทุก 2 - 3 ปี และทุกครั้งที่มีอุบัติภัยหมู่เกิดขึ้น ก็จะมีการประกาศและสรุปแจ้งให้สาธารณชนทราบ

### การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในโรงพยาบาล (hospitalized)

ในประเทศอิสราเอล ทุกโรงพยาบาลมีห้องฉุกเฉิน และแยกห้องผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง (shock trauma room) ในการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ซึ่งห้องนี้อยู่ในหน่วยของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (trauma unit) หลักการของ trauma unit คือ มีเครื่องมือเครื่องใช้ทุกอย่างอยู่ในบริเวณเดียวกันและมี trauma team ประกอบไปด้วยศัลยแพทย์ 2 คน พยาบาล 2 - 3 คน แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลผู้ประสานงานและวิสัญญีแพทย์ และทุกคนจะมีรายละเอียดของงานดังต่อไปนี้

**ศัลยแพทย์คนที่ 1** เป็น team leader มีหน้าที่ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของแต่ละบทบาท ตัดสินใจในการรักษาตามขั้นตอน และแจ้งให้ทีมงานทราบ และเป็นผู้นำทีม ให้ความรู้และแก้ปัญหา และมองหาโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ

**ศัลยแพทย์คนที่ 2** ผู้ช่วยศัลยแพทย์คนที่ 1

**พยาบาลคนที่ 1** ช่วยแพทย์ทำหัตถการ

**พยาบาลคนที่ 2** บันทึกข้อมูล

### พยาบาลผู้ประสานงาน (trauma coordinator)

ในประเทศอิสราเอลพยาบาลผู้ประสานงานมีบทบาทที่สำคัญในศูนย์อุบัติเหตุ และมีที่มาจาก American

Model of Trauma Coordinator คือมีบทบาทเหมือนกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง คือ

1. เป็นตัวแทนของผู้ป่วย (patient representative) เนื่องจากรู้จักผู้ป่วยและปัญหาที่พบได้ดีที่สุดในทีม และเป็นพี่เลี้ยงของครอบครัวผู้ป่วย

2. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย (The patient advocate)

3. ประสานงานให้ระบบดำเนินไป (make it all work) ร่วมสร้าง protocols ติดตามแผนสำรองอย่างต่อเนื่อง และช่วยทีมในการแก้ไขปัญหา

4. ประสานงานในและนอกโรงพยาบาล (coordination in and out of hospital)

5. ให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ในการทำงานในทีม

6. ปรับปรุงคุณภาพงาน (quality improvement) มีการทบทวนตรวจสอบและทบทวนกรณีศึกษา

7. เข้าร่วมประชุมใน mortality conference ทีมแพทย์

8. บันทึกทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma registry) การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้อัตรา และการให้คะแนนมีความเที่ยงตรง

9. ให้ความรู้ (education) ในการพัฒนาบุคลากร การทบทวนกรณีศึกษา การให้ความรู้และป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน

10. ทำโครงการพัฒนาคุณภาพในศูนย์ (projects)

### ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ

พยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก ควบคุมกระบวนการทำงาน จัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บให้เป็นไปอย่างราบรื่น มีความคล่องตัว และสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บทุกสถานการณ์ของการบาดเจ็บทั้งในและนอก

โรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษากระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยลดช่องว่างในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ บริหารจัดการด้านการรักษาดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการ และกำกับดูแลการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์แนวโน้มให้เป็นที่น่าพอใจตามมาตรฐาน ดังนั้นโรงพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องมีความชัดเจนในนโยบายของงานอุบัติเหตุ มีความรู้และทักษะความชำนาญที่แม่นยำพร้อมให้คำชี้แนะที่มในการดูแลรักษา มีมนุษยสัมพันธ์ดีในการประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความสามารถในการบริหารจัดการภายในทีมที่เป็นสหสาขา

ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จึงประกอบด้วยภาระการปฏิบัติ 4 ด้าน คือ การบริหารจัดการทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล การศึกษาและการวิจัย และระบบบริหารจัดการ การให้คำแนะนำกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จึงรวมถึงการกำกับระบบการทำงานให้เป็นที่น่าพอใจตามมาตรฐานการดูแล และการยกระดับการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ เช่น การปรับปรุงกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ การพัฒนาระบบการลงทะเบียนของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุสู่ชุมชน และการบริหารงบประมาณและความคุ้มค่า

ความรู้ของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จะต้องมีความชัดเจน ประกอบด้วย

1. ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma care system)
2. สถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma statistics)

3. กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (mechanism of injury)
4. การป้องกันอุบัติเหตุ (injury prevention)
5. คะแนนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma scoring)
6. ทะเบียนและการจัดเก็บข้อมูล (trauma registry and data collection)
7. การทบทวนตรวจสอบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma audit)
8. การพัฒนาและการจัดการด้านคุณภาพ (quality and performance improvement)
9. คุณภาพการศึกษาและการวิจัยในการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (quality trauma and research)
10. หลักการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ (principle of pre-hospital trauma life support)
11. หลักการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (principle of advanced trauma care for nurse)
12. บทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ (roles of trauma nurse coordinator)
13. การดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (advanced in trauma care)
14. การพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (advanced trauma development-how to improve the trauma care in your hospital)

**ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ ประกอบด้วยภาระงานหลัก ดังต่อไปนี้**

### 1. การบริหารจัดการทางคลินิก

การปฏิบัติงานในคลินิกของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จะมุ่งเน้นที่การประสานงานการดูแลรักษา

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีความซับซ้อนให้เป็นที่ไปอย่างราบรื่น ตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้บาดเจ็บกระทั่งจำหน่าย โดยวางแผนการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทบทวนตรวจสอบข้อมูลของผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงของการบาดเจ็บ อายุ การวินิจฉัยทางคลินิก และประวัติการรักษา เข้าร่วมการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน กับทีมการรักษา ได้แก่ หัวหน้าทีมบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ศัลยแพทย์อุบัติเหตุ และแพทย์ประจำบ้าน และทำหน้าที่ชี้แจงในทีมสหสาขา ในกรณีที่ต้องรีบแก้ไขปัญหาระหว่างการดูแลรักษา ตลอดจนการย้ายเตียงและกระตุ้นผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในหน่วยอุบัติเหตุ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุในการบริหารจัดการทางคลินิก มีดังต่อไปนี้

1.1 บริหารจัดการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ โดยติดต่อประสานงานสร้างความชัดเจนในการรักษาดูแลให้เป็นที่ไปตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่

- การจัดการการดูแลรักษาตามระดับความรุนแรง ของการบาดเจ็บ
- การจัดการการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีภาวะคุกคามชีวิต
- การจัดการให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
- การประเมินประวัติการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- การจัดการกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ
- การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย

1.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะที่พักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นที่ไปในทาง

เดียวกัน ตั้งแต่การลำดับความเข้าใจและขั้นตอนการดูแล ผู้บาดเจ็บ นโยบาย และระบบข้อมูลของโรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาและการแก้ไขจากกระบวนการดูแลในแต่ละขั้นตอน

1.3 การกำกับตรวจสอบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องตรวจสอบการดูแลรักษาต่าง ๆ จากพยาบาลผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ ตั้งแต่ประวัติการรับการรักษา แผนการดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ และแหล่งสนับสนุนการฟื้นฟูต่าง ๆ

1.4 การเป็นผู้ชี้แนะและที่ปรึกษา พยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องเป็นผู้ชี้แนะแก่ทีมทำงานในขณะเดียวกันก็ต้องเป็นผู้ปรึกษากับครอบครัวและญาติของผู้บาดเจ็บ ช่วยให้เกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ กระบวนการการรักษา การขอคำปรึกษาจากหน่วยให้คำปรึกษา และรวมถึงภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องประเมินและปฏิบัติทุกวัน จนกว่าผู้บาดเจ็บจะย้ายออกจากแต่ละหน่วยการรักษา หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 48 ชั่วโมง จะต้องเป็นแหล่งข้อมูลให้ครอบครัวและญาติผู้บาดเจ็บได้สอบถาม ทั้งนี้ เพื่อลดความวิตกกังวล และการกลับมาพักรักษาตัวใหม่ของผู้บาดเจ็บโดยไม่จำเป็น

## 2. การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษายาบาล

การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษายาบาล จะมีเป้าหมายอยู่ที่การดูแลรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้บาดเจ็บที่ครอบคลุมในกระบวนการที่หลากหลาย เพื่อบังคับและแก้ไขข้อบกพร่องในระบบการดูแลผู้บาดเจ็บ มีการตรวจตรากระบวนการดูแลตรวจสอบในเหตุการณ์ที่ผิดปกติ เฝ้าระวังตรวจสอบตามตัวบ่งชี้มาตรฐาน และสามารถรวมบ่งชี้วิเคราะห์และแก้ไขเหตุการณ์

ที่เกิดขึ้นในกรณีที่การบริการไม่ได้มาตรฐานร่วมกับทีมผู้รักษา ตั้งแต่ผู้อำนวยการอุบัติเหตุ กรรมการสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### 3. การศึกษาและการวิจัย

การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อุบัติเหตุ เป็นหน้าที่อีกอย่างหนึ่งของพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ อาจเป็นการให้ความรู้โดยตรง เช่น การบรรยาย การเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ การจัดประชุมสัมมนา การจัดการฝึกอบรมต่อเนื่อง การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ การสอนทางด้านทักษะปฏิบัติ และการตรวจสอบความรู้เชิงวิชาการ เช่น การประเมินย้อนกลับการดูแลรักษาของแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ส่วนการวิจัยจะเน้นที่ผู้บาดเจ็บ ระบบการส่งต่อ และระบบฐานข้อมูล

### 4. ระบบบริหารจัดการการให้คำแนะนำ

พยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุ จะทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมตรวจตราการบริหารจัดการในเรื่องการวางแผน การจัดระบบการเงิน การประสานงาน และระบบการรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารจัดการ

การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี อาจเป็นการเผยแพร่ การรณรงค์ โดยพยาบาลผู้ประสานงานอุบัติเหตุจะต้องเป็นผู้นำในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

### การฟื้นฟูสภาพ

ในประเทศอิสราเอลมีโรงพยาบาลเฉพาะเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤตก็จะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่มีอุปกรณ์และนักกายภาพบำบัดดูแล

**สรุปข้อคิดเห็น ประโยชน์ที่ได้รับและข้อเสนอแนะ ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรมครั้งนี้**

1. ได้เรียนรู้ระบบการพัฒนาและการจัดการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศอิสราเอล เข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ การดูแลในพื้นที่นอกโรงพยาบาล ภายในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
2. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
3. ได้เรียนรู้และดูงานศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ (Level one) ในประเทศอิสราเอล



รูป Shock Trauma Room ที่มีหลักว่ามีอุปกรณ์ทุกอย่างที่





ถ่ายรูปกับผู้เข้าร่วมอบรม 25 ประเทศ และคณาจารย์

4. ได้เรียนรู้รูปแบบการทำงานของพยาบาลผู้ประสานงานในศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง
5. ได้เรียนรู้บทบาทการทำงานของพยาบาลในการเตรียมรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ หนัก ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ประสบภัยก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และการฝึกอบรมบุคลากร
6. ได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ
7. ได้เรียนรู้การพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ
8. ได้เรียนรู้การทำวิจัยในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำรูปแบบการพัฒนาและการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศอิสราเอลมาใช้ในประเทศไทย

2. ควรมีพยาบาลผู้ประสานงานในทีมการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และมีการพัฒนาบทบาทมากขึ้นในประเทศไทย
3. ในประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุ
4. ควรมีการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุมากขึ้น

**กิจกรรมที่คาดว่าจะทำต่อไปในอนาคต**

1. พัฒนาคุณภาพการดูแลโดยรวมทีมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันความพิการ ลดอัตราตาย และลดภาวะแทรกซ้อนโดยผ่านกิจกรรมการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติ
2. พัฒนาการวิจัยทางคลินิกเพื่อพัฒนางานในผู้ป่วยอุบัติเหตุ



ถ่ายรูปกับ Trauma Director และประธาน Course

3. ร่วมในทีมการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในศูนย์การแพทย์อุบัติเหตุของโรงพยาบาล พัฒนาศึกษาโดยเฉพาะพยาบาลประสานงาน (trauma coordinator)

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ท่านคณบดี คุณบุญฉลา สุริยวรรณ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณกาญจนา เทพเทพินทร์ รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณไพโรจน์ อุตศิริ หัวหน้างานวิชาการและพัฒนา คุณจิราภรณ์ พึ่งพุ่มแก้ว หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ คุณพิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและ พี่ ๆ น้อง ๆ ชาวศัลยกรรมอุบัติเหตุที่อนุญาตและสนับสนุนให้เขียนไปอบรม

ในครั้งนี้รวมทั้งผู้ให้ข้อมูล หน่วยทะเบียนและประวัติผู้ป่วยน้อง ๆ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน องค์กรใน trauma center โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และฝ่ายธุรการ งานการเจ้าหน้าที่ ที่ช่วยเหลือมาตลอด และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการอบรมการพัฒนาและการจัดการระบบผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประเทศอิสราเอล ที่กรุณาเลือกผู้เขียนไปอบรมครั้งนี้และรัฐบาลอิสราเอล (MASHAV Center for International Cooperation Ministry of Foreign Affairs Jerusalem) ที่ให้ทุนสนับสนุนครั้งนี้เป็นอย่างสูง

พรศิลป์ คุณศิลป์



หลังจากการเรียน ลอยคออ่านหนังสือพิมพ์ใน Dead Sea

## เศรษฐกิจพอเพียงกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ศศิภาพรธณ คมสัจธรรม \*

ปีนี้เป็นปีเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองราชย์ครบ 60 ปี จึงขออัญเชิญพระราชดำรัสของพระองค์เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2549 ดังนี้ “ข้าพเจ้ามีความยินดีเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้มาอยู่ในท่ามกลางมหาสมาคม พร้อมพรั่งด้วยบุคคลจากทุกสถาบันในชาติ ตลอดจนประชาชนชาวไทย ขอขอบใจในคำอำนวยพร และการเฉลิมฉลองยิ่งใหญ่ที่ทุกคนตั้งใจจัดให้ข้าพเจ้าเป็นพิเศษ ทั้งรัฐบาลได้จัดงานครั้งนี้ได้เรียบร้อย และงดงาม น้ำใจไมตรีของประชาชนชาวไทยที่ร่วมกันแสดงออกทั่วประเทศ รวมทั้งที่พร้อมเพรียงกันมาในวันนี้ นำไปปลอบปลื้มใจมาก เพราะแต่ละคนได้แสดงออกและตั้งใจด้วยความหวังดีจากใจจริง จึงขอขอบใจทุก ๆ คน จิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดีและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกคนทุกฝ่าย ทำให้ข้าพเจ้าเห็นแล้วมีกำลังใจมากขึ้น นึกถึงคุณธรรมซึ่งเป็นที่ตั้งของความรักความสามัคคีที่ทำให้คนไทยเราสามารถร่วมมือร่วมใจกันรักษาและพัฒนาชาติบ้านเมือง ให้เจริญรุ่งเรืองสืบต่อกันไปได้ตลอดรอดฝั่ง

**ประการแรก** คือ การที่ทุกคนคิด พูด ทำ ด้วยความเมตตา มุ่งดี มุ่งเจริญต่อกัน

**ประการที่สอง** คือ การที่แต่ละคนต่างช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประสานงานประสานประโยชน์กันให้งานที่ทำสำเร็จผลทั้งแก่ตน แก่ผู้อื่นและกับประเทศชาติ

**ประการที่สาม** คือ การที่ทุกคนประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในความสุจริตในกฎกติกา และในระเบียบแบบแผน โดยเท่าเทียมเสมอกัน

**ประการที่สี่** คือ การที่ต่างคนต่างพยายามทำความคิดความเห็นของตนให้ถูกต้องเที่ยงตรง และมั่นคงอยู่ในเหตุในผลหากความคิดจิตใจ และการประพฤติปฏิบัติที่ลงรอยเดียวกันในทางที่ดีที่เจริญนี้ ยังมีพร้อมมูลในกายในใจของคนไทย ก็มั่นใจได้ว่า ประเทศชาติไทยจะดำรงมั่นคงอยู่ตลอดไปได้ จึงขอให้ท่านทั้งหลายในมหาสมาคมนี้ ทั้งประชาชนชาวไทยทุกหมู่เหล่า ได้รักษาจิตใจและคุณธรรมนี้ไว้ให้เหนียวแน่น และถ่ายทอดความคิดจิตใจนี้กันต่อไป อย่าให้ขาดสาย เพื่อให้ประเทศชาติของเราดำรงยืนงอยู่ด้วยความร่มเย็นเป็นสุข ทั้งในปัจจุบันและในภายหน้า

ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากล จงดุจคุ้มครองรักษาประเทศไทยให้ปลอดภัยจากภัยอันตรายทุกสิ่ง และอำนวยความสุข ความเจริญสวัสดิ์ ให้เกิดมีแก่ประชาชนชาวไทยทุกคน”

จากกระแสพระราชดำรัสของพระองค์นั้น จะเห็นได้ว่า พระองค์มีพระประสงค์ที่จะให้ประชาชนและประเทศยืนงอยู่ด้วยความร่มเย็นเป็นสุข ทั้งในปัจจุบันและภายภาคหน้า ซึ่งในเรื่องนี้พระองค์ท่านทรงมีพระราชดำริมาเป็นเวลานานกว่า 25 ปีมาแล้ว ภายใต้

\* พยาบาลระดับ 6 หน่วยสุขศึกษา งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

แนวคิดที่เรียกว่า **เศรษฐกิจพอเพียง** เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทยทุกคน

เรื่องเศรษฐกิจพอเพียงนั้นสามารถนำมาใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิตได้ เพราะเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญา เป็นแนวปฏิบัติ ไม่ว่าจะอยู่ในอาชีพใด ๆ ก็นำมาปฏิบัติได้

**เศรษฐกิจพอเพียง** เป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์

**ความพอเพียง** หมายถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติตนในสิ่งที่ดีพอสมควรต่อการกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน ขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม **ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ** เพื่อให้สมดุล และพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี เมื่อทุกคนมีความพอดีเป็นคนดี มีธรรมะ มีความสุข เมื่อนั้นประเทศชาติบ้านเมือง ก็จะสงบสุขร่มเย็น **ประชาชนอยู่เย็นเป็นสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี**

การที่คนเราจะมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ทุกคนทำได้ และทุกฝ่ายช่วยกันทำได้ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ

ของตนเอง **การสร้าง คือ การทำขึ้นใหม่ และการเสริม คือ การทำเพิ่มขึ้น** การจะสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เราควรต้องเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิตก่อน คิริ ฮามสุโพธิ์ (2543) ได้ให้ความหมายของคำว่า **คุณภาพชีวิต** ว่าหมายถึงชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ดีตนปรารถนา ให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ประการ คือ

1. **ทางด้านร่างกาย** คือบุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐาน
2. **ทางด้านจิตใจ** คือบุคคลจะต้องมีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใส ไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองครอบครัว และสังคมสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิต
3. **ทางด้านสังคม** คือบุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐานและค่านิยมของสังคมในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นการที่คนไทยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ทั้ง 3 ด้าน คือ กาย จิตใจ และสังคม ก็ควรปฏิบัติตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นในเรื่องความพอประมาณ มีเหตุผล มีสติ ถ้าทุกคนมีความพอในเรื่องการกิน การอยู่ก็จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี แข็งแรง ถ้ามีเหตุผล มีสติด้วย ก็ทำให้สุขภาพจิตดีเมื่อมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี ทำให้อยู่ในสังคมได้ดี ทุกคนที่ปฏิบัติก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและถ้อยคำก็มีชีวิตที่ยืนยาวและสุขภาพดีด้วย ก็ควรปฏิบัติตามหลักสุขภาพไทย 12 ประการ ที่ นพ. บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล ได้เขียนไว้ในหนังสือ

### กินข้าวกล้อง ไม่ต้องกินยา กินถั่ว งา ปลา ไม่ต้องพึ่งพานม (วู) ดังต่อไปนี้คือ

1. ส่งเสริมวิถีชีวิตอันเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของคนไทย ด้วยการพึ่งตนเองเป็นหลัก ทำงานขั้นบันไดให้จ่ายอย่างประหยัดมัธยัสถ์

2. ส่งเสริมวิถีชีวิตแบบสังคมชนบท เกษตรกรรมธรรมชาติแบบผสมผสาน ด้วยการสร้างสังคมระดับหมู่บ้าน ตำบลที่อยู่ใกล้ธรรมชาติ มีระบบการผลิตและหมุนเวียนบริโภคของตนเองและพึ่งตนเองได้

3. กินอย่างไทย ปรุงอาหารกินเองในบ้าน ลดละการกินอาหารตะวันตกและอาหารจีน อย่ากินอาหารจนกินล้น กินแต่พออิ่ม เลิกสารปรุงแต่งที่ไม่มีคุณค่าอาหาร เช่น ผงชูรส

4. กินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนการกินข้าวขาว หรืออาหารที่ทำจากแป้งขัดขาว ไม่กินน้ำตาลฟอกขาว ขนมหวาน น้ำอัดลม ไม่ใช้น้ำตาลปรุงอาหารจนมากเกินไป

5. ลดการกินไขมันชนิดที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ ไขมันจากมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม เลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง ใช้น้ำมันปรุงอาหารประมาณวันละ 3 ช้อนชาสำหรับแต่ละคน

6. ลดการกินเนื้อสัตว์ให้น้อยลง เหลือเท่าที่จำเป็น ในผู้ใหญ่ให้กินเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 1 ชีด ในเด็กวัยเจริญเติบโตให้กินเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 2 ชีด เลือกกินอาหารทะเล เช่น ปลา กุ้ง ปู ยิ่งพอถือว่าปลอดภัย ละเลิกการกินกุนเชียงเพราะมีสารปฏิชีวนะตกค้างสูงมาก

7. กินผักสด ผลไม้สดให้มากอย่างน้อยวันละ 5 ส่วนบริโภค เพราะผักสด ผลไม้สด เป็นแหล่งที่มาของเกลือแร่ วิตามิน เอนไซม์ ฮอร์โมนและพลังชีวิต ช่วยสร้างเสริมความอ่อนเยาว์ ป้องกันมะเร็ง ควรเลือกผักที่ปราศจากสารพิษปนเปื้อน

8. ไม่กินอาหารขยะ เช่น บะหมี่ซอง ขนมกรุบกรอบ ไม่ดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่หรือเสพสารเสพติดใด ๆ เลิกดื่มชาหรือกาแฟ เลิกดื่มชาสมุนไพรจะได้ประโยชน์มากกว่า

9. ผู้ที่อยากมีอายุยืนยาวควรเลิกดื่มนม เพราะนมวัวและผลิตภัณฑ์นม เนย ให้โทษแก่ร่างกายมากกว่าการให้ประโยชน์ ให้ดื่มนมถั่วเหลืองที่ไม่มีครีมเทียม ภาชนะการเสริมแคลเซียม ให้กินงูเห่า ปลากระบอก ปลาร้า กะปิที่ทำจากสุกสุกขณะ เต้าหู้ งาดำ สำหรับทารกต้องกินนมแม่

10. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง เลือกชนิดที่เป็นแอโรบิคผสมผสานการออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น การฝึกชี่กง ไทเก๊ก โยคะ ฤๅษีดัดตน ควรพักผ่อนให้เพียงพอ

11. รู้จักคลายเครียด ผีกลสมาธิ ชัดเภาความคิด และจิตใจให้รู้จักพอ มีเมตตากรุณาต่อผู้อื่น และรู้เห็นสรรพสิ่งตามความเป็นจริง

12. เรียนรู้วิถีรักษาสุขภาพด้วยตนเอง ใช้วิถีต่างๆ ของวิถีสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีเหตุผล ใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นพร้อมๆ กับการปรับเปลี่ยนอาหารการกินและพฤติกรรมของตน เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพโดยเร็ว

ถ้าทุกท่านสามารถที่จะปฏิบัติได้ดังกล่าวนี้นั้นท่านสามารถมีอายุยืนยาวอยู่ได้ด้วยสุขภาพที่แข็งแรงและมีมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคร้ายต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า อยากมีสุขภาพแข็งแรงต้องปฏิบัติด้วยตนเองไม่สามารถซื้อหาได้ และตรงกับสโลแกนที่ว่า **สร้างนำซ่อม** ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



Greetings from Holland

## พระบรมราโชวาท ใน พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ

- อย่าสับสนสิ่งเท็จหรือสิ่งใด  
นอกจาก "ปัญญา" และ "ความกล้าหาญ"
- "เพื่อนใหม่" คือ สองขวัญที่ให้กับตนเอง  
ส่วน "เพื่อนเก่า" คือ ัญญาเมธีที่นับวันจะเพิ่มค่า
- อ่านหนังสือ "ธรรมะ" ปิดะเล่น
- ชามตะลະกัน ผู้ที่เฝ้าก่อน  
คือผู้ที่มีการอบรมสั่งสอนที่ดี
- ทุกวันงานจะสั่งอ่าทมหสวน เวลาแล้วเสร็จ
- คงเป็นน้ำครึ่งแก้วตลอดชีวิต  
เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมได้ตลอด

ภาพปกหน้า : ประพาส  
ภาพปกหลัง : ฉัตรโพรบ

สาริกานนท์  
บุญบงไฟรว้อย

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทหารบกเชียงใหม่