วารสารพยาบาลสวนดอก
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - ธันวาคม 2548

ISSN 0899-2993

- ความหมายของชีวิต (meaning of life) และตายดี (good death)
- มหัศจรรย์ภูมิชีวิต
- โรงเรียนแพทย์จะสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร
- โยคะรักษาสุขภาพ
- การนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ตรวจสุขภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่
- ขีดความสามารถทางการพยาบาล : Nursing Competency
- ประสบการณ์จากการสอบ APN
- การแยกประเภทผู้ป่วยและความสามารถในการผลิต (productivity) ทางการพยาบาล
- ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- ผลการกดแผลห้ามเลือดโดยการใช้มือกดและการใช้เครื่องกดแผลในผู้ป่วย ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ และหลอดเลือด
- การป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัด
- สิ่งประดิษฐ์ “อุปกรณ์สำหรับพยุงหลอดแก้วบรรจุเลือด (tube holder)”
- สิ่งประดิษฐ์ “อุปกรณ์เครื่องงอเข่าประยุกต์”
- ย่ำแดนซากุระ คละปลาดิบ จิบสาเก เหล่กิโมโน
- สรรหามาฝาก
- บทความท้ายเล่ม

บรรณาธิการบริหาร
คณบดีคณะแพทยศาสตร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
หัวหน้างานประชาสัมพันธ์
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

บรรณาธิการ
นายไพโรจน์ อุตศรี

กองบรรณาธิการ
นางอาภรณ์ ชัยรัต
นางสาวชนัญญา มหาพรหม
นางสาวผาณิต สกุลวัฒนะ
นางสาวสิริลักษณ์ สลักคำ
นางสาวอรพินท์ โพธาเจริญ
นางสาวนิดดา โชคบุณยสิทธิ์
นางกนกวรรณ ใต้เวชศาสตร์
นางอารีย์ กุณนะ
นางแววดาว ทวีชัย
นายอิศรา ยศสุรินทร์

ฝ่ายพิมพ์
นางเพียงดาว ดอกไม้
นางสมนิต อินทยศ

ฝ่ายรูปเล่ม
นางสาวไพรินทร์ สารภี
นายก่อพงศ์ สุขประเสริฐ
นายเสาร์คำ ศรีสุวรรณ
นายอำนวย ทาใจ
นายธนพนธ์ สุวรรณ
นางสาววนิดา สายธรรม
นางพรพิมล บุญเมือง
นายปรัชญา วุฒิอรรถสาร

วารสารพยาบาลสวนดอก

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - ธันวาคม 2548

ISSN 0899-2993

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลสวนดอกฉบับนี้ เป็นฉบับพิเศษที่ท่านจะพบกับความเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง นับตั้งแต่กองบรรณาธิการชุดใหม่ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าหน่วย 6 หน่วยและน้อง ๆ พยาบาลจากงานวิชาการและพัฒนาเป็นผู้ดำเนินการ ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนรูปเล่มใหม่ แต่เนื้อหาสาระยังคงเข้มข้นเช่นเดิม โดยฉบับนี้จะเน้นบทความด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่จะให้เป็นโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีบทความที่น่าสนใจมากมาย เช่น nursing competency ความหมายของชีวิตและการตายที่ดี ย่ำแดนซากุระคละปลาดิบ จิบสาเกเหล่กิโมโน เป็นต้น

ในโอกาสนี้กระผมใคร่ขอประชาสัมพันธ์ให้ทุกท่านที่มีผลงานสร้างสรรค์ นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ ผลงานวิจัย วิเคราะห์งานและบทความที่น่าสนใจ ได้แสดงความจำนงการลงบทความในวารสารตามแบบฟอร์ม และกรุณาส่งมายังหน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล ตามวัน เดือน ปี ที่กำหนด ส่วนคำติชม ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เป็นสิ่งที่พวกเราต้องการ เพื่อนำมาปรับปรุงวารสารฯ ให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์สำหรับการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้นต่อไป

บรรณาธิการ

เจ้าของ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พิมพ์ที่ : หน่วยวารสารและโรงพิมพ์ งานประชาสัมพันธ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สารบัญ

หน้า

ความหมายของชีวิต (meaning of life) และการตายดี (good death) 1
ลดารัตน์ สาภินันท์

มหัศจรรย์ภูมิชีวิต 6
กนกวรรณ ใต้เวชศาสตร์

โรงเรียนแพทย์จะสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร 11
สิริลักษณ์ สลักคำ

โยคะรักษาสุขภาพ 14
ชนัญญา มหาพรหม

การนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 20
หน่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์

ตรวจสุขภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่ 28
ชนัญญา มหาพรหม

ขีดความสามารถทางการพยาบาล : Nursing Competency 32
ดร. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู

ประสบการณ์จากการสอบ APN 37
แววดาว ทวีชัย

การแยกประเภทผู้ป่วยและความสามารถในการผลิต (productivity) ทางการพยาบาล 41
นิดดา โชคบุณยสิทธิ์

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 46
ผาณิต สกุลวัฒนะ

ผลการกดแผลห้ามเลือดโดยการใช้มือกดและการใช้เครื่องกดแผลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจฯ 51
นิยม สุวรรณวงศ์

การป้องกันเยื่อบุช่อปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัด 56
หอผู้ป่วยโสต 1 - 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป และ หอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

สิ่งประดิษฐ์ "อุปกรณ์สำหรับพยุงหลอดแก้วบรรจุเลือด (tube holder)" 60
จันทร์เพ็ญ ปิ่นแก้ว

สิ่งประดิษฐ์ "อุปกรณ์เครื่องงอเข่าประยุกต์" 63
ศศิพร กงถัน และ อดิศักดิ์ ศรีจา

ย่ำแดนซากุระ คละปลาดิบ จิบสาเก เหล่กิโมโน 66
ศรีทัย สีทิพย์

สรรหามาฝาก...สุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 73

บทความส่งท้ายเล่ม...คาถาคลายเครียด "ช่างมัน" 76

ความหมายของชีวิต (meaning of life) และการตายดี (good death)

ลดารัตน์ สาภินันท์ *

ตามหลักของธรรมะ *ชีวิต* คือความเปลี่ยนแปลง *ความเปลี่ยนแปลง* คือชีวิต ความเปลี่ยนแปลง คือ *อนิจจตา* แปลว่า ความไม่เที่ยง ไม่คงที่ ไม่ถาวร มันเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา ถ้าหยุดเปลี่ยนแปลง ก็คือตาย (ปัญญานันทภิกขุ, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

ทุกชีวิตเกิดมาเพื่อตาย เมื่อมีชีวิตก็ต้องมีความตาย ชีวิตมีความเกิดและความดับที่ติดต่อกันมิได้ขาดสาย พุทธศาสนาสอนความจริงให้เรารู้ว่า ทุกสิ่งมีเกิดแล้วก็ต้องมีตาย เช่น ต้นไม้ มีใบไม้เริ่มผลิเป็นใบอ่อน เป็นใบแก่ เหลือง แล้วใบไม้ก็แห้งเหี่ยวตายในที่สุด (ปัญญานันทภิกขุ, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ในวัฏจักรของชีวิต (Circle of life) ชีวิตประกอบด้วยความสุขและความทุกข์ สุขและทุกข์เป็นเรื่องปกติในชีวิตเรา บางครั้งเราอาจทำสิ่งที่ถูกต้อง และบางครั้งเราอาจทำสิ่งที่ผิด บางครั้งเราก็อยู่ในโลกแห่งความฝัน บางครั้งเราก็ตื่นขึ้นจากฝัน แล้วค้นหาว่าอะไรคือความเป็นจริงที่เราประสบอยู่ (Bancha Suriyaburaphakul, 2005)

โลกนี้มีมืดแล้วสว่าง สว่างแล้วมืด มีกลางคืนแล้วมีกลางวัน หมุนวนอย่างนี้เรื่อยไป ก็เปรียบเหมือนชีวิตของเราที่มีทั้งสุขและทุกข์ วันนี้เราสุข พรุ่งนี้เราทุกข์ เมื่อมีชีวิตก็ต้องมีความตาย ตายแล้วเกิด เกิดแล้วตาย หมุนวนเรื่อยไปในวงจรชีวิตของเรา

ความตายไม่ได้ทำให้ชีวิตของเราหมดความหมาย (meaningfulness) ในศาสนาคริสต์บอกว่า การตายเป็นการกลับไปหาพระเจ้า บางแนวคิดก็บอกว่า ความตายเป็นการเดินทางต่อไปสู่อีกภพหนึ่ง

เมื่อเราเกิดมา เราดำเนินชีวิต ในที่สุดเราก็ตาย แล้วอะไรคือเป้าหมายในชีวิตของเรา

ถ้าเรากำลังจะตาย เราควรจะทำอย่างไรกับชีวิตของเราในเวลาที่เหลืออยู่ให้เป็นชีวิตที่มีความหมาย

ความหมายของชีวิตคืออะไร (What is meaning of life?)

Yudkowsky (2001) กล่าวว่า คำถามที่ว่าความหมายของชีวิตหมายถึงอะไร ควรเปลี่ยนเป็นคำถามว่า

ทำไมเราต้องตื่นขึ้นจากที่นอนในตอนเช้า

คำตอบก็คือ ตื่นขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ของเรา เพื่อทำให้โลกนี้น่าอยู่ เพื่อทำประโยชน์ให้ตนเองและส่วนรวมหรือควรเปลี่ยนเป็นคำถามว่า

ทางเลือกที่ฉลาดที่เราตัดสินใจทำคืออะไร

ทางเลือกของเรา (choices) มีหลายทาง ทางเลือกแต่ละทาง (choice) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน (different outcome)

คำตอบ : ทางเลือกที่ฉลาดที่เราตัดสินใจทำคือทางเลือกที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

ใครเป็นผู้กำหนดว่า ผลลัพธ์อันไหนเป็นผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

---

* พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เราเป็นผู้กำหนดว่า ผลลัพธ์อันไหนเป็น ***ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด*** **(best outcome)** โดยที่เราต้องพิจารณาว่ามันดีอย่างไร มันคุ้มค่าหรือไม่ มันเหมาะสมหรือไม่ มันทำให้เราบรรลุเป้าหมายหรือไม่

เป้าหมาย **(goal)** คือ สิ่งที่เราปรารถนา (desire) ให้เกิดขึ้นจริง โดยที่เราต้องมี ***การวางแผน*** (plan) ว่าจะทำอะไรบ้าง และลงมือ**ปฏิบัติกิจกรรม**ต่าง ๆ (actions) เพื่อให้เราบรรลุเป้าหมายที่เราปรารถนา

สรุปได้ว่า **ความหมายของชีวิต** คือ การดำเนินชีวิตอย่างชาญฉลาด โดยเลือกที่จะทำสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองมากที่สุด และเป็นไปตามที่ตนปรารถนา โดยไม่เบียดเบียนหรือทำร้ายผู้อื่น

ชีวิตที่ไม่มีความหมาย คือ การดำเนินชีวิตอย่างไร้เป้าหมาย ไม่มีการเลือกที่ชาญฉลาด ไม่มีการกำหนดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และไม่มีเป้าหมาย ไม่มีการวางแผน ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

ในฐานะที่เราเกิดมาเป็นคน เราต้องดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย เวลาของเราลดลงทุกวัน เราทุกคนต้องตายในที่สุด เราควรที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายตั้งแต่วันนี้ จนถึงวันที่เราสิ้นลม

เมื่อเราเข้าใจว่า **ความหมายของชีวิต** คืออะไร เมื่อมีชีวิตก็ต้องมีความตาย ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต พยาบาลควรมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความตาย เพราะว่าทัศนคติจะเป็นตัวกำหนดการดำเนินชีวิตของเรา จากการวิจัยของรูดา และคณะ (Rooda & et.al, 1999) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อความตาย และทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่มีความเชื่อว่าชีวิตหลังความตายเป็นชีวิตที่มีความสุข จะมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่าพยาบาลที่มีความกลัวตาย และพยาบาลที่หลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงเรื่องความตาย

พยาบาลที่มีความกลัวตายมาก จะมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายน้อยกว่าพยาบาลที่มีความกลัวตายน้อย

ดังนั้นพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย โดยการยอมรับได้ต่อความตาย จึงจะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เราสามารถเลือกที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกลัวหรือด้วยความหวัง ชีวิตของเรามันไม่ยืนยาว ดังนั้นจงใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่าและมีประโยชน์สูงสุด และยอมรับให้ได้ต่อความตาย มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในความหมายของความตาย ตามความศรัทธาความเชื่อในศาสนาของแต่ละบุคคล แล้วเราจะสามารถเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญและมีความหวัง

คนที่กลัวตาย หรือคนที่หลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงเรื่องความตาย ท่านก็จะไม่มีการเตรียมตัวใด ๆ เกี่ยวกับความตาย แต่คนที่ยอมรับได้ต่อความตายโดยมีความเชื่อว่าชีวิตหลังความตายเป็นชีวิตที่มีความสุข ก็จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข พึงพอใจในชีวิตและมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย

ความตาย คืออะไร มีหลายนิยาม ดังนี้

ความตาย คือ การสิ้นสุดของชีวิต (พงษ์รัตน์ เครือกลิ่น และคณะ, 2548) อาการของมนุษย์ที่เรียกว่าตาย ได้แก่ ไม่หายใจ หัวใจหยุดเต้น ไม่ตอบสนองต่อแสงสว่างและความเจ็บปวด ไม่มีการเคลื่อนไหว

แนวคิดใหม่เรื่องความตาย ของพระไพศาล วิสาโล (2548) กล่าวว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต แต่คนมักจะมองว่า ความตาย

เป็นการสิ้นสุดของชีวิต และความตายเป็นสิ่งที่เราต้องประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุด

- ความตายไม่ใช่ปัญหา หรือสิ่งน่ากลัว
- วิธีการชะลอความตายโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยนั้นน่ากลัวกว่า
- ความตายที่ดี ไม่ใช่ตายปุบปับ ไม่รู้ตัว
- การที่บุคคลเตรียมใจรับความตายไม่ว่าจะมาในลักษณะใด ต่างหากที่ช่วยให้ตายดี
- วิธีการจัดการกับความตายที่สำคัญมิได้อยู่ที่การทำให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งรองรับวิธีการของแพทย์ หากอยู่ที่การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับความตายของตน
- บุคคลมีสิทธิที่จะกำหนดความตายของตน ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้กำหนด
- ความตายมิได้มีความหมายเพียงแค่เรื่องทางกายภาพเท่านั้น มิติทางจิตใจของผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วย

คำถาม ถ้าเราเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราจะดำเนินชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่อย่างไรให้เป็นชีวิตที่มีความหมายไม่ไร้ค่า ไม่สิ้นหวัง

ทางเลือก (choices) มีหลายทาง ได้แก่

ก. เลือกที่จะเตรียมพร้อมต่อความตาย ณ วันนี้

ข. รอให้อาการทรุดหนัก หมอรักษาไม่หายจริง ๆ แล้วจึงเริ่มเตรียมพร้อมต่อความตาย

ค. อยู่อย่างท้อแท้ สิ้นหวัง ผ่านไปวัน ๆ

ถ้าท่านเลือกที่จะเตรียมพร้อมต่อความตาย ณ วันนี้ ท่านต้องกำหนดว่า**ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด** คืออะไร

ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (best outcome) : ถ้าท่านกำหนดว่า **ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด** คือ ความพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างสงบ โดยที่ท่านมี**เป้าหมาย (goal)** คือ ตายดี (good death) ท่านต้อง :-

- วางแผน plan ว่าจะมีการเตรียมตัวกับความตายอย่างไรในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของท่าน

- ลงมือปฏิบัติว่ามีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย อย่างไรบ้าง

การเตรียมตัวกับความตาย ต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (Corr, 1992 cited in Corr, Nabe& Corr, 1997) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เช่น

- การเลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์สำหรับภาวะใกล้ตายไว้ล่วงหน้า และสั่งเสียว่าต้องการรักษาแบบไหน ไม่ต้องการแบบไหน การบริจาคร่างกายให้โรงพยาบาล

ในต่างประเทศจะมีการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) : ซึ่งเป็นเอกสารทางกฎหมายที่เลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์สำหรับภาวะใกล้ตายไว้ล่วงหน้า ว่าต้องการรักษาแบบไหนและไม่ต้องการแบบไหน หรือมอบหมายให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจแทน ว่าจะเลือกวิธีการรักษาแบบไหนในยามที่เรา อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้

- การเลือกสถานที่ตาย : บ้าน วัดที่มี Hospice care หรือโรงพยาบาล
- การเลือกสถานที่ฌาปนกิจศพ ว่าวัดไหน

2. จิตใจ เช่น

- การประเมินความรู้สึกของตนว่า กลัวตายหรือไม่
- การประเมินว่า ตนให้ความหมายของความตายว่าเป็นอย่างไร
- การไปร่วมงานพิธีศพของผู้อื่น
- การเลือกผู้ที่จะให้การดูแลตนในภาวะใกล้ตาย
- การสนทนากับผู้ป่วยใกล้ตายว่ามีปรัชญาในการดำเนินชีวิตอย่างไรในเวลาที่เหลืออยู่ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายอย่างไร

3. สังคม เช่น

- การเสริมสร้างสัมพันธภาพของเราและบุคคลในครอบครัวให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้นโดยการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกัน การให้อภัยซึ่งกันและกัน
- การทำพินัยกรรม
- การทำประกันชีวิต
- การจัดการภารกิจที่คั่งค้างให้เสร็จเรียบร้อย

4. จิตวิญญาณ เช่น

- การอ่านหนังสือเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย
- การปฏิบัติตามหลักของศาสนาที่ตนศรัทธา
- การเล่าเรื่องราวของเราในอดีตให้ผู้อื่นฟัง
- การเขียนอัตตชีวประวัติ
- การทบทวนชีวิตที่ผ่านมาว่าเราผิดพลาดเพราะอะไร จะได้เข้าใจชีวิตยิ่งขึ้น ไม่มีอะไรที่ค้างคาใจอีกต่อไป
- การระลึกถึงความหลัง
- การเดินทางไปยังสถานที่ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของเรา เช่น บ้านเกิด
- การตั้งความหวังว่า จะมีชีวิตอยู่ได้ตามที่เราปรารถนา

การเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายเป็นการเตรียมตัวสำหรับตนเองเพื่อให้พบกับการตายดี (good death) และช่วยลดภาระของญาติ ทั้งด้านความเครียดและด้านการเงินในการจัดการกับภาวะใกล้ตายและการตายของเรา

ในฐานะที่เราเป็นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราต้องมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย คือ ยอมรับได้ต่อความตาย ไม่กลัวตาย ไม่มีการหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงเรื่องความตาย และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวตายของตนเอง จะได้เข้าใจถึงการเตรียมตัวต่อภาวะใกล้ตาย และการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ท่านพุทธทาส กล่าวว่า หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ คือ ทำให้ผู้ป่วยหายไว ตายดี (อังคณา สริยาภรณ์, 2548)

การตายดี (good death) หมายถึง การตายที่บุคคลรู้ว่าความตายของตนจะเกิดขึ้นเมื่อไร เข้าใจว่าอะไรจะต้องเกิดขึ้น โดยสามารถทำใจยอมรับได้ รวมทั้งได้รับการบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ได้เลือกสถานที่ตายของตน ได้รับการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีเวลาที่จะกล่าวคำอำลา ไม่มีการยืดชีวิตจนเกินกว่าเหตุ ได้รับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาเอง เช่น การไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การงด CPR (Smith, 2005)

ตายดี (good death) ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคล มีเกณฑ์โดยทั่วไปดังนี้ (อังคณา สริยาภรณ์, 2548)

1. ผู้ป่วยปราศจากการเจ็บปวดและอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน
2. ใช้เวลามากพอที่จะค้นหาและจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว บรรลุคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ยกเลิกการรักษาทุกประเภทที่มีเป้าหมายให้หายป่วย
4. ผู้ป่วยตายที่บ้านกับครอบครัวและเพื่อน
5. ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานพอที่จะจัดการกับธุรกิจและเรื่องที่สำคัญ
6. ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานพอที่จะพบเหตุการณ์สำคัญของตนเองและครอบครัว เช่น ได้มีชีวิตอยู่ในวันครบรอบแต่งงานปีที่ 20

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะตายดีได้ ขึ้นอยู่กับการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยญาติและบุคลากรทางการแพทย์

ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เราต้องเข้าใจถึงความหวังของผู้ป่วย เพราะว่าการมีความหวังจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยมีความสุข มีพลังที่จะก้าวต่อไป

ความหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (McPhee & et.al, 2000) มีดังนี้

- ผู้ป่วยคาดหวังว่า ตนจะได้รับการควบคุมอาการผิดปกติต่าง ๆ (symptom control)
- ผู้ป่วยคาดหวังว่า พยาบาลจะเข้าใจสภาพอารมณ์ของตน
- หวังว่าพยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และเข้าใจความต้องการด้านจิต-วิญญาณของผู้ป่วย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสมหวัง อยู่อย่างมีความหวัง ไม่สิ้นหวัง ไม่ท้อแท้หดหู่ รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสุขสบาย อบอุ่นใจและเกิดความมั่นใจว่า จะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเป็นจริงของชีวิต และยอมรับว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมดา รวมทั้งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้การดูแลแบบองค์รวม เคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

ปัญญานันทภิกขุ. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). **มรณานุสติ**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ธรรมสาร.

พระไพศาล วิสาโล. (2545). คุณภาพบริการ:ทัศนะต่อชีวิตและความตาย. ใน โกมาตร จึงเสถียร ทรัพย์ และคณะ, **มิติสุขภาพ กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ** (หน้า 272 - 294). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง.

พงษ์รัตน์ เครือกลิ่น, ฉันชาย สิทธิพันธ์, และนิตยา สมบัติแก้ว. (2548). การอภิปรายเรื่องอยู่หรือไป ใครตัดสิน. **การประชุมวิชาการประจำปีเรื่องการเสริมสร้างองค์ความรู้สู่คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย** ณ หอประชุมศักรินทรภักดี วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพฯ.

อังคณา สริยาภรณ์. (2548). องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต. **การประชุมวิชาการประจำปีเรื่องการเสริมสร้างองค์ความรู้สู่คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย** ณ หอประชุมศักรินทรภักดี วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพฯ.

Suriyaburaphakul, B. (2005). **Concept : Through the circle of life, things are normal sadness and happiness is the truthfulness of life** [On Line]. Available : http://www.rama9art.org/bancha/ (20 August 2005).

Corr, C. A., Nabe, C. M. & Corr, D.M. (1997). **Death and dying, life and living** (2nd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.

McPhee S.J. & et.al .(2000). Finding our way - Perspective on care at the close of life. **Journal of the American Medical Association**, **284**(19), 2512 - 2513.

Rooda, L. A., Clements R. & Jordan, M.L.(1999). Nurses' attitudes toward death and caring for the dying patients. **Oncology Nursing Forum**, **26**(10), 1683 - 1686.

Smith, R. (2005). **A good death** [On Line]. Available : http://www.studentbmj.com/issues/00/03/editorials/2.php (19 August 2005)

Yudkowsky, E. S. (2001). **The meaning of life** [On Line]. Available : http://pobox.com/~sentience/tmol-faq/meaningoflife.html (20 August 2005).

มหัศจรรย์ภูมิชีวิต

กนกวรรณ ใต้เวชศาสตร์ *

มีคำกล่าวที่ว่า *"ถ้าภูมิชีวิตดี เราก็ไม่ป่วย ถ้าเราป่วยแสดงว่าภูมิชีวิตเราไม่ดี"* ภูมิชีวิตคืออะไร บางท่านอาจจะสงสัย เนื่องจากเราจะคุ้นเคยกับคำว่า ภูมิคุ้มกัน ภูมิต้านทาน หรือ immune system มากกว่า ภูมิชีวิตนั้นมีความหมายที่กว้างกว่า ครอบคลุมไปถึงการทำงานประสานกันทุกระบบของร่างกาย ดังนั้นมันจึงหมายถึงชีวิตของเราทั้งชีวิตเลยทีเดียว

ตามตำราว่าด้วย immune system นั้น เมื่อก่อนจะเน้นที่อวัยวะสำคัญต่าง ๆ ดังนี้ คือ ต่อมทอนซิล ต่อมอะดีนอยด์ ต่อมไทมัส ต่อมน้ำเหลือง Payer's patches ม้าม ไส้ติ่ง และไขกระดูก

แต่ปัจจุบัน เมื่อความสนใจในเรื่องขององค์รวมของร่างกายมีมากขึ้น แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ได้พบว่าทุกส่วนของร่างกาย ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน และต้องทำงานร่วมกัน เราจึงพบว่า immune system นั้นไม่ได้อยู่อย่างเป็นอิสระได้ด้วยตัวของมันเอง จะต้องพึ่งพาอาศัยการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาทและสมอง ระบบน้ำเหลือง เป็นต้น ตัวอย่างการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เช่น เลือดจะเกิดจากไขกระดูก กระดูกจะแข็งแรงหรือไม่นั้น ต้องอาศัยสารอาหารและแร่ธาตุต่าง ๆ ที่เรารับประทานเข้าไป ส่วนตัวเม็ดเลือดแดงก็ต้องนำสารอาหารต่าง ๆ ไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย รวมทั้งไปสร้างเนื้อเยื่อและไขกระดูก และไขกระดูกก็จะผลิตเลือด ให้กับตัวเองต่อไป หมุนเวียนกลับไปกลับมาเช่นนี้ชั่วชีวิตของเรา

แม้แต่การต่อสู้กับเชื้อโรค ตัวเม็ดเลือดขาวกลุ่มต่าง ๆ จะออกไปต่อสู้กับเชื้อโรคโดยตรงไม่ได้ ต้องอาศัยเม็ดเลือดแดงเป็นตัวนำพาเหมือนเป็นรถบรรทุกที่จะเคลื่อนพลเม็ดเลือดขาวออกไปต่อสู้กับศัตรู เม็ดเลือดแดงถ้าไม่ได้การสูบฉีดจากหัวใจก็ไปไหนไม่ได้

นอกจากนั้นเม็ดเลือดแดงยังต้องฟอกชักล้างตัวเอง ตัวฟอกชักล้างคือออกซิเจน ซึ่งต้องผ่านการทำงานของปอด ในสมองมีต่อมต่าง ๆ ที่เป็นผู้สั่งงาน เช่น ต่อมพิทูอิทารีซึ่งต้องทำงานร่วมกับต่อมหมวกไต สร้างฮอร์โมนหลายอย่างออกมาทำงานร่วมกัน การระบายเชื้อโรคต้องอาศัยระบบขับถ่าย เช่น เหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น

ส่วนระบบน้ำเหลืองจะมีส่วนพิสดารและละเอียดกว่าอวัยวะและต่อมอื่น ๆ ของระบบ immune system ตรงที่ว่าระบบน้ำเหลืองนั้นมีท่อหรือเส้นน้ำเหลืองเป็นเครือข่ายทั่วร่างกาย คล้าย ๆ กับเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำ ซึ่งมีอยู่ทั่วร่างกายเช่นกัน และมีลิ้นอยู่ในเส้นน้ำเหลืองป้องกันไม่ให้น้ำเหลืองไหลกลับ การหมุนเวียนของน้ำเหลืองทั่วร่างกายนั้นจะกวาด toxin ไขมัน โปรตีน และสิ่งสกปรกซึ่งเป็นพิษต่อร่างกายไปตามท่อน้ำเหลือง แล้วก็ผลักดันสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นลงเส้นเลือดด้านซ้ายและขวาของไหปลาร้า ด้วยเหตุนี้ต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง จึงมีงานพิเศษมากกว่างานของอวัยวะและต่อมอื่น ๆ ของระบบ immune system

ประการสุดท้ายคือด้านจิตใจ ซึ่งมีผลต่อ immune system ของเรามาก เพราะร่างกายและจิตใจ

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อใดที่มีเหตุการณ์กระทบร่างกายก็พลอยกระเทือนถึงจิตใจ เป็นเหตุให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่วนเหตุกระทบทางจิตใจก็กระเทือนถึงร่างกายจนเกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นได้ ปัจจุบันนี้วงการแพทย์ได้มีสาขาวิชาที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน และจิตใจ เรียกว่าสาขา Psycho neuroimmunology (PNI) และพบว่าความเครียดและพยาธิสภาพทางจิตมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน

ดังนั้น immune system จึงไม่ได้หมายถึงการต่อสู้ป้องกันและปราบปรามอย่างเดียว แต่ยังหมายถึงการทำงานแบบพึ่งพาอาศัยระบบอื่น ๆ และหมายถึงพลังชีวิตทั้งหมดของร่างกาย

สรุปได้ว่า ภูมิชีวิต = immune system + ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย + จิตใจและฮอร์โมน

ภูมิชีวิตก็เหมือนกองทุนติดตัวที่แต่ละคนมีไม่เท่ากัน แล้วแต่พันธุกรรมหรือพ่อแม่ให้มามากน้อยแค่ไหน คุณแม่ท่านไหนที่ดูแลตนเองตามแนวทางสร้างเสริมภูมิชีวิตตั้งแต่ตั้งครรภ์ ก็ช่วยให้ลูกได้รับภูมิชีวิตที่แข็งแรงผ่านทางรกตั้งแต่อยู่ในท้องและเติมเต็มอีกครั้งเมื่อแรกคลอดด้วยน้ำนมเหลืองสำหรับลูกได้ดูด

แล้วเราจะเสริมสร้างภูมิชีวิตให้แข็งแรงเพื่อต่อสู้กับโรคร้ายที่มีทั้งเชื้อโรคเช่นแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา และโรคที่ไม่มีเชื้อโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ รวมทั้งให้มีอายุยืนยาว ดูอ่อนกว่าวัย มีความสุข สดชื่นแจ่มใสได้อย่างไร เคล็ดลับก็ไม่ยากเลยค่ะ....คือทำอย่างไรก็ได้ให้ Growth hormones หลั่ง

1. เริ่มต้นจากการฝึกคิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี เพราะการคิดในทางลบหรือการมองโลกในแง่ร้ายสามารถลดระดับ immune system ให้ต่ำลงจนเกิดการเจ็บป่วยได้ คงจะเคยได้ยินคำเปรียบเทียบที่ว่าโกรธจนหน้าเขียว เสียใจจนเป็นลม กลุ้มใจจนนอนไม่หลับ เหล่านี้เป็นต้น นั่นก็เพราะความโกรธทำให้หลอดเลือดตีบ เลือดขึ้นไปเลี้ยงส่วนบนไม่ได้ หน้าก็เลยเขียว เมื่อเสียใจ ท่อหายใจหลอดลมก็ตีบตัน หายใจไม่เข้า ออกซิเจนขึ้นไปเลี้ยงสมองไม่ได้ก็เป็นลม หรือกลุ้มใจมาก ๆ เครียดมาก ๆ สมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดก็หลั่งสารไปกระตุ้นต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมหมวกไต (adrenal gland) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดออกมา เช่น cathecholamines และ cortisol ซึ่งทำให้หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง ร่างกายต้องตื่นตัวและตื่นเต้นมากเกินไปก็นอนไม่หลับ

การเพิ่มขึ้นของ cathecholamines จะมีส่วนในการกดภูมิคุ้มกัน คือมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD 8 ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน อีกทั้งมีการกดการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell ซึ่งมีหน้าที่ในการทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกายด้วย ส่วน cortisol เป็นฮอร์โมนที่อยู่ในกลุ่ม steroid ระดับ cortisol ที่สูงขึ้นมีความสำคัญต่อร่างกาย คือช่วยให้ร่างกายผ่านพ้นสภาวการณ์อันตึงเครียดไปได้ด้วยดี โดยมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดการอักเสบของร่างกาย

ในกรณีที่มีความเครียดระยะยาว ส่วนของสมองที่ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียด ก็หลั่งฮอร์โมนความเครียดอย่างต่อเนื่อง เซลล์ภูมิคุ้มกันถูกอาบด้วยฮอร์โมนที่ไปกดการทำงานของเซลล์เหล่านี้ตลอดเวลา ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง จึงกำจัดผู้บุกรุกต่าง ๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัสได้ไม่ดี ร่างกายอ่อนแอ จึงติดเชื้อไวรัสได้ง่าย อาทิ เป็นหวัดง่าย โรคเริมกำเริบ เป็นแผลร้อนในบ่อย เป็นต้น

อย่างไรก็ตามเราคงจะไปห้ามความเครียด

หรือไปห้ามเจ้าฮอร์โมนความเครียดต่าง ๆ ไม่ได้ หน้าที่ของเราคือจะต้องรับมือกับความเครียดอย่างเหมาะสม และหัดมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ ซึ่งจะทำให้ไฮโปทาลามัสหลั่ง GHRF (Growth Hormone Release Factor) ไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่ง Growth hormones ออกมา และ Growth hormones จะไปกระตุ้นให้ภูมิชีวิตทำงานครบวงจร นอกจากนี้การทำจิตใจให้เบิกบานยังทำให้เอนดอร์ฟิน หรือสารสุขในร่างกายหลั่งออกมา ทำให้ระบบการทำงานของเซลล์ดีขึ้น เกิดความสมดุลของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ

2. ฝึกการนอนหลับให้สนิท และหลับลึกจนไม่ฝันเลย วิธีการคือฝึกการคลายเกร็งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เริ่มต้นด้วยการนอนราบกับพื้น จะนอนบนเสื่อหรือบนพื้นที่นอนก็ได้ แต่ควรเป็นที่นอนที่ค่อนข้างแข็งและแบน นอนแล้วปล่อยตัวตามสบาย ทิ้งตัว ทิ้งแขนขา ทิ้งน้ำหนักให้เหมือนกับตัวเราจมลงไปบนพื้นหมดทั้งตัว

- คลายเกร็งที่แขนสองข้าง โดยกำมือทั้งสองข้างเกร็งเต็มที่จนแขนสั่น นับหนึ่งถึงสิบ แล้วปล่อยให้แขนเหยียดตามสบาย

- เหยียดปลายเท้าให้ตรง เกร็งขาทั้งสองข้าง นับหนึ่งถึงสิบแล้วคลาย ปล่อยเท้าขาหย่อนคลายตามสบาย

- ยกคอให้คางจรดหน้าอก หมุนคอซ้ายไปขวาให้ครบรอบช้า ๆ นับหนึ่งถึงห้า ให้คางจรดหน้าอกอีกครั้ง หมุนคอขวาไปซ้าย นับหนึ่งถึงห้า นอนหงายกลับคืนตามปกติ

- แขม่วท้องให้สะดือจรดกระดูกสันหลัง หายใจเข้ายาว ๆ นับหนึ่งถึงสิบแล้วหายใจออก ทำซ้ำตั้งแต่ต้นจนจบอีก 2 ครั้ง ต่อจากนั้นหายใจยาว ๆ ตามปกติ ร่างกายทุกส่วนจะผ่อนคลาย ถ้ารู้สึกว่าร่างกายยังผ่อนคลายไม่หมด ให้ทำซ้ำอีกครั้งหรือสองครั้ง เมื่อร่างกายผ่อนคลายดีแล้วก็ทำจิตใจให้สงบ ควบคุมความคิด ไม่ให้ฟุ้งซ่านโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก อาจหายใจเข้า - ออก นับ 1 และ 2.. 3 .. ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหลับ

3. ฝึกสมาธิจนมีสมาธิแน่วแน่ จุดประสงค์ก็เพื่อให้จิตใจสงบระงับ ไม่ฟุ้งซ่านไปตามสิ่งที่มากระทบประสาทสัมผัส ไม่ว่าจะทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ การฝึกสมาธิบ่อย ๆ จะช่วยให้การทำงานไม่ผิดพลาด สมองปลอดโปร่ง แจ่มใส การตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จะดีขึ้น

นอกจากนี้การทำสมาธิจะช่วยทำให้เซลล์ในร่างกายของเราเรียงตัวเป็นระเบียบ ซึ่งต่างจากเซลล์มะเร็งที่เรียงตัวไม่เป็นระเบียบ และเมื่อเซลล์เรียงตัวเป็นระเบียบแล้วก็จะมีพลังงานเกิดขึ้น พลังหรืออำนาจวิเศษนี้จะช่วยเยียวยารักษาร่างกาย หรือเพิ่มภูมิต้านทานให้ร่างกายแข็งแรง การฝึกสมาธิมีหลายวิธี จะใช้วิธีกำหนดลมหายใจเข้าออกแบบพุทโธ หรือจะเพ่งที่หน้าท้องแบบยุบหนอพองหนอ หรือภาวนาสัมมาอะระหังก็ได้

4. ออกกำลังกายจนถึง peak คือเหงื่อออกโชมกาย หัวใจเต้นแรงและเร็วประมาณ 100 – 120 ครั้งต่อนาที ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ Growth hormones หลั่งแล้ว ยังทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการแตกแขนงของหลอดเลือดในเนื้อเยื่อมากขึ้น ทำให้เม็ดเลือดขาวเข้าสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ง่าย

5. เมื่อเกิดเจ็บหนักเจียนตาย ร่างกายจะขับ Growth hormones ออกมาเพื่อให้ยังมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แต่เราก็สามารถสร้างสภาพบาดเจ็บปลอม ๆ ได้ด้วยการอดอาหาร คุณอาจจะเริ่มต้นด้วยการอดอาหารเพียง 1 วันก่อน เมื่อร่างกายสามารถปรับตัวได้จึงค่อยเพิ่มเป็น 3 วัน หรือ 7 วันก็ได้ การอดอาหารอาจจะดื่มแต่น้ำเปล่าหรือน้ำคั้นจากผักหรือผลไม้ก็ได้ ในขณะอดอาหารควรจะให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ และควรปรึกษา

แพทย์ หรือตรวจร่างกายก่อนว่าไม่ได้มีโรคภัยไข้เจ็บ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

ภายหลังการอดอาหารก็ควรบำรุงภูมิชีวิตด้วยอาหารที่ไม่มี toxin คืออาหารที่สด สะอาด ปนเปื้อนน้อยที่สุด และปรุงแต่งน้อยที่สุด ในที่นี้ขอเสนอสูตรอาหารตามแนวแมคโครไบโอติกส์และชีวจิต ดังนี้

ก. อาหารประเภทแป้งซึ่งไม่ได้ขัดขาว หรือที่เรียกว่า Whole grains เช่น ที่เป็นข้าว ก็เป็นข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ถ้าเป็นข้าวโพด ก็ข้าวโพดทั้งเมล็ดหรือทั้งฝัก ถ้าเป็นแป้งขนมปัง ก็เป็นขนมปังโฮลวีท เหล่านี้เป็นต้น และควรจะให้ประเภทแป้งคือคาร์โบไฮเดรตนี้เป็นกลุ่มคอมเพล็กซ์คาร์โบไฮเดรต คือเป็นแป้งหลายชั้น ซึ่งมีโปรตีนปนอยู่ด้วย จึงควรเติมมันต่าง ๆ เช่น มันเทศ มันฝรั่ง หรือฟักทองลงไปด้วย ไม่จำเป็นต้องต้มรวมกันก็ได้ ปริมาณอาหารประเภทนี้ ประมาณ 50 % ของแต่ละมื้อ

ข. ผัก ใช้ทั้งผักดิบ ผักสุกอย่างละครึ่ง ทำเป็นสลัดผักสดก็ได้ ทำเป็นผักสุกจิ้มน้ำพริกบ้าง หรือผัดโดยใช้น้ำมันพืชแต่น้อย เลือกผักปลอดสารพิษ ปริมาณของผัก ประมาณ 25 % ของแต่ละมื้อ

ค. ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วดำ เต้าหู้ โปรตีนเกษตร หรือผลผลิตซึ่งดัดแปลงจากถั่วในรูปต่าง ๆ ปริมาณของถั่วหรือโปรตีนจากพืช ประมาณ 15 % ของแต่ละมื้อ นอกจากนี้จะใช้โปรตีนจากสัตว์เป็นครั้งคราว คือปลาและอาหารทะเล ประมาณอาทิตย์ละ 1 - 2 ครั้ง

ง. เบ็ดเตล็ด คือแกงหรือซุป ถ้าจะเป็นแกงแบบไทย ก็ใช้แกงจืดหรือแกงเลียง หรือจะทำเป็นซุปก็ใช้มิโซ่หรือเต้าเจี้ยวญี่ปุ่นผสมในน้ำแกง ควรใส่สาหร่ายทะเล งาสด และงาคั่วโรยอาหารต่าง ๆ ได้ทุกอย่าง ของกินเล่น เช่น ถั่วคั่ว เมล็ดฟักทอง เมล็ดแตงโม ผลไม้ควรเป็นผลไม้เขียวและไม่หวาน เช่น ฝรั่ง มะม่วงดิบ กลุ่มเบ็ดเตล็ดซึ่งมีแกง ของกินเล่น และผลไม้นี้รวมปริมาณแล้ว 10 % ของแต่ละมื้อ

อาหารที่ควรงด

- งดอาหารเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อ หมู ไก่
- งดน้ำตาลทรายขาวทุกชนิด รวมทั้งอาหาร ขนม และเครื่องดื่มที่ผลิตจากน้ำตาล เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง เค้ก ไอศกรีม น้ำหวานต่าง ๆ
- งดอาหารรสมันที่ใช้น้ำมัน นม เนย กะทิ
- งดแป้งขาวทุกชนิด เช่น ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังขาว

หลายท่านอาจจะมีคำถามว่า แล้วเราจะรับประทานอะไรหรือทำไมต้องงดอาหารเหล่านี้ ในเมื่อเราเรียนมาตั้งแต่เด็กแล้วว่า อาหารที่มีประโยชน์บำรุงสุขภาพ คืออาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ แต่ปัจจุบันนี้นักวิทยาศาสตร์-การแพทย์ทั้งในอเมริกาและญี่ปุ่นได้ศึกษาและยอมรับกันแล้วว่า การบริโภคอาหารที่ผ่านการปรุงแต่งมาก ๆ รวมทั้งเนื้อ นม ไข่ และน้ำตาลนั้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ร่างกายเสื่อมถอยลงและทำให้เกิดของเสียที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย

เมื่อร่างกายต้องดิ้นรนต่อสู้กับสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้เพื่อรักษาสมดุลนานวันเข้าระบบก็แปรปรวน เพราะของเสียเหล่านั้นมีมากจนเกินกว่าที่ร่างกายจะขับออกมาไหว ทั้งทางลมหายใจ เหงื่อ หรือปัสสาวะ สารพิษเหล่านั้นจึงเกิดการกลายเซลล์ และเปลี่ยนเป็นเนื้อร้ายในที่สุด เพราะจากการศึกษาเรื่องอาหารและวิวัฒนาการของมนุษย์นั้นพบว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีฟันบดเคี้ยว ไม่มีฟันฉีก ซึ่งเป็นลักษณะของสัตว์กินพืช ระบบย่อย ระบบลำไส้ก็ยาวมากถึง 7 เท่าของความสูง เพราะฉะนั้นกว่าที่อาหารที่รับประทานเข้าไปจะพ้นออกจากร่างกายจะต้องใช้เวลามากถึง 48 ชั่วโมง เป็นอย่างน้อย

ดังนั้นถ้าหากเรารับประทานเนื้อ กะทิ ของหวาน

เข้าไปมาก ๆ ทุกอย่างก็จะไปรวมกันอยู่ในท้อง ซึ่งเพียงแค่ไม่กี่นาทีก็จะเกิดฟอง เกิดแก๊สที่เหม็นเปรี้ยวขึ้น เพราะทันทีที่แป้ง น้ำตาล และเนื้อมาอยู่รวมกัน ปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้มันบูดเน่า และเมื่อลำไส้ของเราต้องใช้เวลาในการย่อยและขับออกมานานขนาดนั้น คุณคิดว่าแก๊สพิษเหม็นบูดเหล่านั้นจะไปอยู่ที่ไหน ก็ตกค้างอยู่ในตัวเราและหมุนเวียนอยู่ในระบบเลือดเราเองอย่างไม่มีวันจบสิ้น

หากคุณรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์เข้าไปมาก ๆ แม้ว่าระบบร่างกายย่อยได้ แต่ก็เป็นการย่อยที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเนื้อสัตว์ย่อยยาก ร่างกายไม่สามารถดูดซึมไปใช้ได้หมด สิ่งตกค้างเหล่านี้ก็กลายเป็นสารพิษที่ตกอยู่ในตัว เพราะฉะนั้นคนที่ชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อ นม ไข่ โดยเฉพาะไม่ยอมรับประทานผักและผลไม้เลย มักจะเป็นโรคภูมิแพ้ ซึ่งเกิดจากการที่สารพิษกลายเป็นพิษ และทำให้ภูมิชีวิตที่เคยมีเริ่มอ่อนแอลงไป

และนี่คือพิษเริ่มต้นที่ไม่ทำให้คุณตาย แต่ทำให้คุณเริ่มแก่และเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ฉะนั้น ถ้าคุณอยากมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ดูอ่อนกว่าวัย เราจึงควรดูแลร่างกายให้ดี ด้วยการรับประทานอาหารธรรมชาติที่ไม่ผ่านการแปรรูป และไร้สารพิษให้ถูกสัดส่วน ระวังไม่ให้เจ็บป่วย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ส่วนทางด้านจิตใจนั้น ควรฝึกจิตใจให้เข้มแข็งเพื่อให้สามารถรับมือกับความเครียดต่าง ๆ ทางจิตใจ เช่น ปฏิบัติสมาธิวิปัสสนา ใช้หลักธรรมคำสั่งสอนในศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพียงเท่านี้คุณก็จะเป็นคนใหม่ที่สดใสแข็งแรง สาวขึ้น สวยขึ้น จนอาจได้ฉายาสาวสองพันปีก็ได้ค่ะ

เอกสารอ้างอิง

ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์. (2547). อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี. ใน **HealthtodayThailand**, **4**(42), 28.

สาทิส อินทรกำแหง. (2540). **ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ดวงกมล จำกัด.

_____. (2540). **มะเร็งแห่งชีวิต**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพ ฯ : ปกเกล้าการพิมพ์.

_____. (2541). **กูแน่**. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพ ฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับบลิชชิ่ง จำกัด.

สมศรี ประยูรวิวัฒน์. (2547). ป่วยใจ ป่วยกาย. ใน **HealthtodayThailand**, **4**(42), 50 - 52.

โรงเรียนแพทย์จะสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร

สิริลักษณ์ สลักคำ *

โรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษาหรือโรงเรียนแพทย์นอกจากจะเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่แล้ว ยังคงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิด้วย และยังมีเรื่องการเรียนการสอนเพื่อการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ การนำแนวคิด health promotion ลงสู่การปฏิบัติจะดำเนินการไปในรูปแบบใด

ดังนั้นคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงได้มีการจัดสัมมนาเรื่อง *"โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ : นโยบาย ทิศทาง และกลไกการดำเนินงาน"* เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2548 โดยเชิญ ***ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล*** คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย เป็นผู้บรรยาย concept

หลักการแรกที่วิทยากรกล่าวถึงคือ ชีวิต สุขภาพ และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และต่อมาเป็นเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ นโยบาย ทิศทาง และกลไกการดำเนินงาน

ผู้เขียนจะขอนำรายละเอียดบางส่วนที่เกี่ยวกับเรื่องแนวคิดเรื่อง Health Promotion มาเล่าตรงนี้พอสังเขป เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

แนวคิดเกี่ยวกับ health promotion

พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้คำจำกัดความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่ร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเกิดการเจ็บป่วยมักมีขั้นตอนการเป็นไปดังนี้

ระยะอยู่ในภาวะสุขภาพดี (healthy)

↓

ระยะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค (stage of susceptibility)

↓

ระยะก่อนการเจ็บป่วย (preclinical disease)

↓

ระยะเจ็บป่วย (clinical disease)

↓

ระยะ disability

↓

ระยะ recovery หรือ death

ดังนั้นในระยะสุขภาพร่างกายแข็งแรงยังไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเจ็บป่วย ก็จะเป็นการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพดีต่อไปให้ยาวนานที่สุด เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะด้วยสาเหตุเป็นไปตามธรรมชาติตามอายุที่มากขึ้น หรือมีความเสี่ยงจากการดำเนินชีวิต

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

และมี life style ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเจ็บป่วย เช่น มีภาวะอ้วน มีความดันโลหิตสูง เป็นต้น การดำเนินกิจกรรมก็จะเป็นการลดหรือกำจัดภาวะเสี่ยงนั้น ๆ ให้อยู่ในระดับต่ำสุดหรือหมดไป

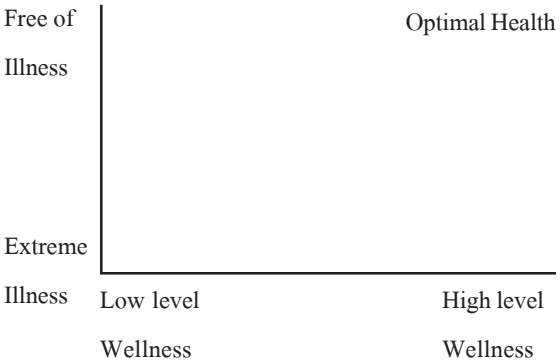
แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเป็นระยะ preclinical disease และ clinical disease แล้ว สิ่งที่ต้องดำเนินการคือ early detection และ prompt treatment และจะต้องป้องกันความพิการหรือทุพพลภาพ อันเป็นผลสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยนั้น และรักษาชีวิตผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ หรือการเจ็บป่วยนั้นอาจทำให้บุคคลถึงแก่ชีวิตไป

สุขภาพ (health) คือ สุขภาวะเป็นภาวะที่เป็นสุขทั้งทางกาย (physical health) ทางอารมณ์ (emotional health) ทางสังคม (social health) และทางจิตวิญญาณ (spiritual health) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตน

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นให้เกิดสุขภาวะทั้งทางกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เป็นการเพิ่มพลัง (empowerment) เพื่อให้ผู้คนสร้างสุขภาวะของตนได้เอง การสร้างเสริมสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง life style ของตนเพื่อไปสู่การมีสุขภาวะ

Optimal Health Matrix

Illness and Wellness



เมื่อดูภาพแกนกราฟ เพื่อพิจารณาเรื่อง optimal Health หรือการมีสุขภาวะในระดับที่มากที่สุดเท่าที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ เปรียบเทียบกับภาวะเจ็บป่วย (illness) และภาวะร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดี (wellness) จะเห็นได้ว่า

* ผู้มีสุขภาวะไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ดีเท่านั้น

* ผู้เจ็บป่วยหรือเป็นโรคทางกายก็สามารถมีสุขภาวะได้

* คนไข้ทุกคนในโรงพยาบาลก็สามารถทำให้เกิดสุขภาวะได้

* การเจ็บป่วยทางกายมิได้เป็นข้อจำกัดต่อการสร้างสุขภาวะด้านอื่น ๆ

* การสร้างเสริมสุขภาวะด้านอื่น ๆ อาจเป็นสิ่งเกื้อหนุนต่อการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติของผู้เป็นโรคหรือพิการได้

สุขภาวะด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย

สุขภาวะทางกาย (physical health)

- ความมีกำลังของระบบอวัยวะต่าง ๆ (ระบบการหายใจและสูบฉีดโลหิต กำลังและความทนทานของระบบกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นและสมส่วนของร่างกาย)
- การมีภาวะโภชนาการและน้ำหนักตัวที่เหมาะสม
- การไม่ใช้สิ่งเสพติดต่าง ๆ
- การพักผ่อนหลับนอนที่เพียงพอ

สุขภาวะทางอารมณ์ (emotional health) เป็นความสามารถในการจัดการกับความบีบคั้นในเชิงบวกและแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

- การตระหนักรู้และยอมรับอารมณ์ของผู้อื่น
- ทักษะในการไม่ยอมพ่ายแพ้หรือท้อถอยต่อความบกพร่องหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้น

สุขภาวะทางสังคม (social health) เป็นความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ประกอบด้วย

- ศักยภาพในการสร้างและดำรงความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด
- การแสดงความเคารพให้เกียรติ
- มีความใจกว้างและอดทนต่อความคิดเห็นและความเชื่อที่แตกต่าง

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual health) เป็นความเชื่อใน *"อำนาจเบื้องบน"* ที่กำหนดชีวิตมนุษย์ *"อำนาจเบื้องบน"* อาจหมายถึง ธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ ศาสนา หรือพลังอำนาจอื่น ๆ ประกอบด้วย

- ศีลธรรม (moral)
- ค่านิยม (value)
- จริยธรรม (ethics)

ตัวกำหนดสุขภาวะ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่

- Life Style
- Environment
- Human Biology
- Healthcare Delivery

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างทั้ง 4 ปัจจัย ปัจจัย life style และ environment ส่งผลในการกำหนดสุขภาวะมากพอ ๆ กัน คือร้อยละ 40 ในขณะที่ปัจจัย human biology และ healthcare delivery ก็ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 10 เมื่อทราบข้อมูลเหล่านี้เป็นเบื้องต้นแล้ว จึงได้มีกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็น 3 ระดับคือ

ระดับ 1 เป็นการสร้างความตระหนัก

ระดับ 2 เป็นการปรับเปลี่ยน life style

ระดับ 3 เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ ผู้เขียนจึงเห็นว่าน่าที่จะนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ยากลำบาก เพราะเราสามารถสร้างเสริมสุขภาพหรือสุขภาวะให้กับกลุ่มคนที่เราเกี่ยวข้องได้ทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่เป็นโรค หรือเกิดการเจ็บป่วยไปแล้ว กลุ่มที่มีความเสี่ยงแต่ยังไม่เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย และกลุ่มที่ยังมีสุขภาพดีแข็งแรง นั่นคือ

- ผู้ป่วยทุกระดับของการเจ็บป่วยและญาติ
- บุคลากรของโรงพยาบาลและครอบครัว
- นักศึกษา
- และชุมชน

จะว่าไปจริง ๆ แล้วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของเราเองก็ได้ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่บ้างแล้ว เช่น การให้ข้อมูลสุขศึกษาและแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการ empower ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาโรคและการป้องกันโรคต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ในทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) และในการจัดการเรียนการสอนตามภาควิชาต่าง ๆ รวมทั้งโครงการต่าง ๆ ที่คณะได้จัดดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดทำเครือข่ายการป้องกัน thalassemia ในหญิงตั้งครรภ์ของภาคเหนือ งานบริการเวชกรรมฟื้นฟูอย่างมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพิการที่ยั่งยืน การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ การตรวจสุขภาพบุคลากรและป้องกันภาวะเสี่ยง การจัดนิทรรศการรณรงค์ให้ประชาชนสวมหมวกกันน็อกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางสมอง การตรวจสุขภาพร้านอาหารปลอดภัย และการเยี่ยมสำรวจสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย เป็นต้น

ผู้เขียนคิดว่า สิ่งที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการในขณะนี้คือการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร และกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการให้สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกรรมนั้น ๆ

โยคะรักษาสุขภาพ

ชนัญญา มหาพรหม *

การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมีวิธีการที่หลากหลาย โยคะเป็นหนทางที่จะนำไปสู่สุขภาพดีทางหนึ่งที่กำลังมีกระแสนิยมมากในขณะนี้ *โยคะ* เป็นวิธีการทางธรรมชาติบำบัดอย่างหนึ่ง โยคะมีความเป็นมาเกือบ 7,000 ปี เริ่มต้นจากโยคีมีความสนใจเรื่องสุขภาพและค้นคว้าหาวิธีที่จะมาแก้ไขปัญหาความไม่สบายส่วนตัว โดยมีความเชื่อว่าสุขภาพดีต้องมาก่อนสิ่งอื่น หากสุขภาพดีโยคีย่อมบำเพ็ญพรตได้นานและบรรลุได้ง่ายกว่า โยคีเฝ้าสังเกตท่าทางของสัตว์ต่าง ๆ ว่าเวลาป่วยจะทำท่าอย่างไรบ้างจึงหายป่วย โยคีทำท่าทางเลียนแบบสัตว์ป่วยจนรู้สึกว่ามีความสบาย ดังนั้นจึงมีท่าโยคะหลายท่าที่ตั้งตามท่าของสัตว์ เช่น ท่างูเห่า ท่ากระต่าย ท่าปลา ท่านกอินทรีย์ เป็นต้น

อาจารย์ชด หัสบำเรอ อ้างในหนังสือโยคะรักษาโรค ได้กล่าวถึงการทำท่าพิสดารของโยคะเอาไว้ว่า “การทำโยคะอาสนะเป็นการทำเพื่อตนเองมิใช่เพื่อแสดงหรือโอ้อวด ให้ใครชม การทำได้แค่ไหน เพียงไรนั้น ไม่สำคัญและไม่ใช่เรื่องที่จะเอาอวดหรือข่มกัน ด้วยว่าฉันทำได้มากกว่า ดีกว่า และพิสดารกว่าท่าน การอวดกันในเรื่องทำอาสนะพลิกแพลง เท่ากับลดฐานะของโยคะลงมาเท่ากับการแสดงกายกรรมนั่นเอง จึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรทำอย่างยิ่ง”

โยคะ คือ การบริหารกาย ลมหายใจ และการผ่อนคลายอาสนะและปราณยามะ การบริหารกายแบบโยคะ เป็นการบริหารกายโดยการดัดตนในท่าต่าง ๆ จึงต้องปฏิบัติอย่างช้า ๆ ให้สัมพันธ์กับการหายใจ ต้องใช้สมาธิและความศรัทธาในการปฏิบัติ

อาสนะ มาจากรากศัพท์ภาษาสันสกฤตว่า *อาส* ซึ่งหมายถึง มีอยู่ อาศัยอยู่ใน นั่งเงียบ ๆ อยู่อาศัย พำนัก ตามศัพท์ อาสนะ หมายถึง การนั่งหรือนั่งในท่าใดท่าหนึ่ง โยคะอาสนะหมายถึง ท่าและตำแหน่งต่าง ๆ ในการฝึกโยคะ เช่น การยืนด้วยศีรษะ (ศีรษะอาสนะ) ท่าดอกบัว (ปัทมอาสนะ) ท่างู (ภุชงคะอาสนะ) ท่าปลา (มัสยาอาสนะ) เป็นต้น

ปราณยามะ เป็นการควบคุมลมหายใจ ซึ่งหมายถึง พลังแห่งชีวิต พลังนี้เองที่จะส่งผลกระทบต่อเซลล์ ระบบประสาท ซึ่งหมายถึง *พลังแห่งชีวิต* พลังนี้เองที่จะส่งผลกระทบต่อเซลล์ ระบบประสาท อวัยวะทั่วร่าง อันมีผลโดยรวมต่อสมาธิ

โยคะกับสุขภาพ

แพทย์หญิงลลิตา ธีระสิริ กล่าวถึงการทำงานของร่างกาย ส่วนหนึ่งอยู่ในควบคุมของฮอร์โมน ความสบายของจิตใจก็อยู่ในอิทธิพลของฮอร์โมน โยคะมีวิธีควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อหลายต่อม เช่น ใช้ท่ายืนไหล่ คือเอาไหล่ตั้งรับน้ำหนักตัวที่หน้า เอาขาชี้ฟ้า ท่านี้แนะนำให้ทำ 1 - 2 นาที แล้วพัก การเอาศีรษะลงอยู่ในระดับต่ำ เอาตัวที่เคยอยู่ระดับต่ำ กลับขึ้นไปอยู่ในที่สูง เป็นการปรับการไหลเวียนของเลือดเสียใหม่ ด้วยอาสนะเช่นนี้ ทำให้เลือดไปเลี้ยงศีรษะมากขึ้น ต่อมพิทูอิทารีย์

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยสุขศึกษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จะได้รับเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น และมีความสมบูรณ์ในการสั่งงานต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ในร่างกายได้ดีกว่า ทำให้การทำงานของร่างกายเป็นไปอย่างราบรื่น ระดับฮอร์โมนอยู่ในสมดุลและทำให้จิตใจสบายกว่า

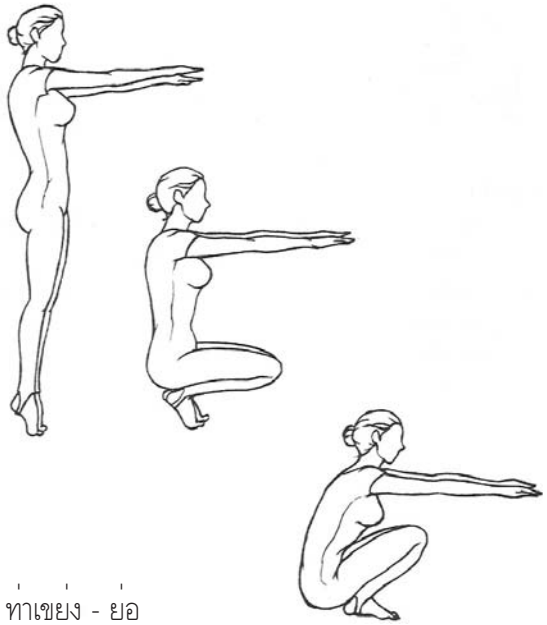
การปรับสมดุลของต่อมไทรอยด์สามารถทำได้โดยการทำท่าปลา และท่ายืนไหล่สลับกัน ท่ายืนไหล่จะกดต่อมไทรอยด์ ถือเป็นการนวดต่อมนี้ในขณะที่ท่าปลาจะเป็นการดึงรั้งต่อมไทรอยด์ให้ตึง เพื่อให้การทำงานของต่อมไทรอยด์กลับมาอยู่ในสมดุลโดยวิธีธรรมชาติแท้ ๆ หากการทำงานของต่อมไทรอยด์อยู่ในสมดุล เราก็จะสบายทั้งกายและใจซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการฝึกโยคะ

การควบคุมการทำงานของต่อมหมวกไต ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมน *"อะดรีนาลิน"* ออกมาทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็ว หายใจหอบและเร็วขึ้น กล้ามเนื้อ เกร็งทั้งตัว หากเกิดอาการเช่นนี้ขึ้นมา แสดงว่าเรากำลังเสียสมดุล เราควบคุมตัวเองไม่ได้ จะมีความโกรธ เมื่อรู้ตัวว่าโกรธ โยคะแนะนำให้ใช้การหายใจ เข้าปรับให้ ฮอร์โมนอะดรีนาลินกลับสู่สมดุล ***อาจารย์ชด หัสบำเรอ*** แนะไว้ว่า การควบคุมความโกรธให้คลายลง ทำได้โดยการหายใจด้วยท้อง ก่อนอื่นให้แขม่วท้อง หายใจออกให้เต็มที่จนท้องแฟบ แล้วค่อย ๆ หายใจเข้าช้า ๆ จนท้องป่องออก แล้วจึงหายใจออกช้า ๆ พยายามให้การหายใจออกยาวกว่าการหายใจเข้า ทำเช่นนี้เพียงไม่ถึงนาที จะรู้สึกเองว่าหัวใจเริ่มเต้นช้าลง และสามารถดับอารมณ์ร้อนลงได้ เป็นการกดอะดรีนาลินให้ลดลง

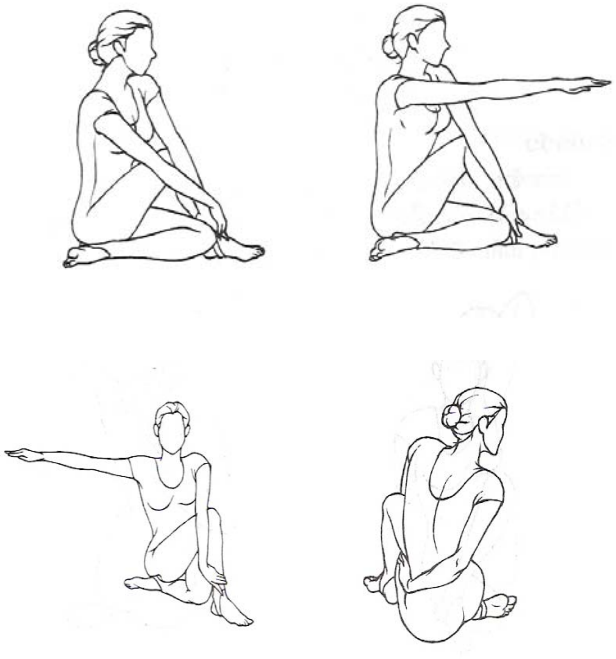
การทำท่าทางต่าง ๆ ตามอาสนะสามารถสร้างความแข็งแกร่งให้กับกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ทั้งนี้วิธีการของโยคะจะแตกต่างจากการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการฝึกให้กล้ามเนื้อยืดหดตัวอย่างรุนแรง กล้ามเนื้อต้องการน้ำตาลมาใช้มาก เมื่อเกิดการเผาผลาญในระดับกล้ามเนื้อก็จะเกิดกรดแลคติก ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย แต่การฝึกอาสนะเป็นการเคลื่อนไหวช้า ๆ ประกอบกับท่าอาสนะต้องฝึกควบคู่ไปกับการฝึกลมหายใจ กล้ามเนื้อจึงได้ออกซิเจนมากในขณะฝึกโยคะ ทำให้เกิดการผ่อนคลายมากกว่า การฝึกโยคะจะทำให้เกิดความสบายมากกว่าความเมื่อย ดังตารางเปรียบเทียบ

ตารางเปรียบเทียบการออกกำลังกายกับการฝึกโยคะ

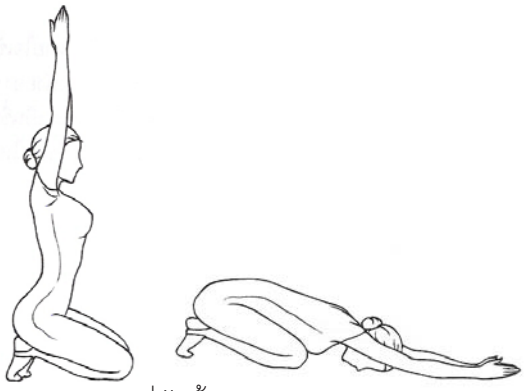
การออกกำลังกาย	การฝึกโยคะ
1. เป็นการทำท่าซ้ำ ๆ ออกแรงยืดหดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง	1. เป็นการทำท่าเดียวซ้ำ ๆ ยืดเส้นเพื่อการผ่อนคลาย
2. หลังออกกำลังกายจะรู้สึกเมื่อยเพลีย	2. หลังฝึกโยคะจะรู้สึกสบายผ่อนคลาย
3. หัวใจต้องทำงานหนัก	3. การเคลื่อนไหวช้า ๆ ทำให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนัก
4. เน้นที่กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย	4. เน้นที่การทำงานของต่อมไร้ท่อ
5. ไม่เน้นเรื่องการหายใจ	5. เน้นเรื่องการหายใจขณะฝึกอาสนะ
6. มีการแข่งขันอาจฝึกกันเป็นกลุ่ม	6. ต้องอาศัยการฝึกฝนด้วยตนเองย่อมไม่มีการแข่งขันโอ้อวด
7. มีผลต่อร่างกาย	7. มีผลต่อจิตใจ



ท่าเขย่ง - ย่อ



ท่าบิดตัว

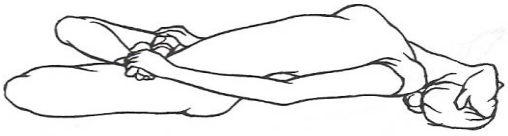


ท่าไหว้

ท่างูเห่า

ท่าหัววัว

ท่าดอกบัว



ท่าปลา

ท่ายืนไหล่

สำหรับข้อต่อ การฝึกอาสนะจะช่วยทำให้ข้อต่อไม่เกิดอาการติดขัดป้องกันอาการอักเสบของข้อต่อ

ในเรื่องพลังแห่งชีวิต โยคะเน้นถึงปราณ คือ การควบคุมลมหายใจ ซึ่งหมายถึงพลังแห่งชีวิต พลังนี้จะส่งผลกระทบถึงเซลล์ ระบบประสาท อวัยวะทั่วร่างกาย โยคีกล่าวถึงปราณว่าเป็นพลังงานจักรวาล หากฝึกโยคะได้ดีแล้ว จะสามารถควบคุมพลังงานจากจักรวาลได้ ทำให้เกิดปัญญา รวมทั้งเป็นการเพิ่มอำนาจของจิตด้วย กระบวนท่า สุริยนมัสการหรือท่าไหว้พระอาทิตย์ เป็นกระบวนท่ารับรังสีจากจักรวาล จิตของเราจะมีพลัง การกระทำของเราก็จะมีพลังและประสบแต่ความสำเร็จ

ข้อแนะนำสำหรับผู้ที่จะฝึกโยคะ

1. ตื่นนอนก่อนพระอาทิตย์ขึ้นทุกเช้า เวลาที่ดีที่สุดคือเช้าตรู่ หรือบ่ายก่อนไปถึงเย็น

2. ก่อนฝึกควรขับถ่ายให้เรียบร้อยเสียก่อน ระมัดระวังอย่าให้ท้องผูก ควรฝึกให้ถ่ายทุกเช้าหรือทุกวัน

3. หากอาบน้ำก่อนฝึกจะฝึกได้ดีขึ้น หรือล้างเท้าให้สะอาด และหลังฝึก 15 นาที ควรอาบน้ำชำระ ร่างกายให้สะอาด

4. ควรฝึกในขณะที่ท้องว่าง หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 1 - 2 ชั่วโมง

5. ควรฝึกในที่สะอาดและสงบ ปราศจากการรบกวนลมโกรก อากาศถ่ายเทสะดวกไม่ร้อนอบอ้าว

6. อุปกรณ์ ถ้าพื้นไม่ได้ปูพรม ต้องมีผ้าหนาพอสมควรปูรองตัวเวลาเล่นทุกครั้ง เพื่อกันเจ็บหลังและหัวเข่า ในท่าที่จำเป็นต้องการรองรับ

7. สวมเครื่องแต่งกายที่กระชับสามารถเคลื่อนไหวได้โดยสะดวก

8. ควรลืมตาในระหว่างการฝึก

9. ปฏิบัติอาสนะโดยแช่มช้านุ่มนวล

10. ฝึกการหายใจผ่านรูจมูกเท่านั้น ไม่ควรกลั้นหายใจ ไม่เกร็งกล้ามเนื้อตรงคอหรือทำหน้านิ่ว ไม่ทำจมูกบี้ และต้องไม่มีเสียงดังด้วย

11. ในระหว่างอาสนะนั้น ต้องนอนพักทุกครั้งไป ควรจบการฝึกด้วยท่าศพ ทุกครั้งเพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้า

12. ใจเย็น ๆ อย่าหักโหม ไม่ฝึกทำท่าที่ยาก ให้ประเมินความสามารถเฉพาะของตนเอง ทำได้ตามศักยภาพของตนเอง แล้วค่อย ๆ พัฒนาท่าทางให้สวยงาม ขึ้นเมื่อฝึกปฏิบัติไปนาน ๆ

ประสบการณ์ของศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในการจัดฝึกอบรมโยคะ ให้แก่บุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ และนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 100 คน โดยแบ่งเป็น 4 รุ่น ระยะเวลาการฝึกจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามเพื่อหาระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai CHG - 28) ของ ***นายแพทย์ธนานิลชัยโกวิทย์*** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีและคณะ

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนและหลังการอบรมแกนนำโยคะ

รุ่น	ก่อนการอบรมแกนนำโยคะ		หลังการอบรมแกนนำโยคะ	
	สภาวะสุขภาพปกติ	สภาวะสุขภาพผิดปกติ	สภาวะสุขภาพปกติ	สภาวะสุขภาพผิดปกติ
รุ่นที่ 1	19	0	19	0
รุ่นที่ 2	17	0	17	0
รุ่นที่ 3	17	4	21	0
รุ่นที่ 4	19	1	20	0
รวม	72	5	77	0

จากตารางที่ 1 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ ก่อนการอบรมแกนนำโยคะมีภาวะสุขภาพปกติ มีอยู่ 4 ราย ที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติคือมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง อีก 1 ราย พบระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ภายหลังการอบรมแกนนำโยคะไม่พบความผิดปกติ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ก่อนและหลังการอบรมแกนนำโยคะ

รุ่น	ก่อนการอบรมแกนนำโยคะ				หลังการอบรมแกนนำโยคะ			
	ปกติ	สูงกว่าปกติเล็กน้อย	สูงกว่าปกติปานกลาง	สูงกว่าปกติมาก	ปกติ	สูงกว่าปกติเล็กน้อย	สูงกว่าปกติปานกลาง	สูงกว่าปกติมาก
รุ่นที่ 1	16	3	0	0	19	0	0	0
รุ่นที่ 2	16	1	0	0	17	0	0	0
รุ่นที่ 3	17	0	4	0	17	4	0	0
รวม	49	4	4	0	53	4	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการอบรมแกนนำโยคะ มีผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย จำนวน 4 ราย ภายหลังการอบรมแกนนำโยคะ ระดับความเครียดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง จำนวน 4 ราย ภายหลังการอบรมแกนนำโยคะ ระดับความเครียดลดลงอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย 4 ราย

จากประสบการณ์การจัดฝึกโยคะดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การฝึกโยคะมีผลทางด้านจิตใจ มีการผ่อนคลาย ลดความเครียด มีผลทางด้านสภาวะสุขภาพ การฝึกโยคะอย่างต่อเนื่องจะมีผลอย่างล้ำลึกต่อร่างกายภายใน โดยทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาธิและความมั่นใจ ใช้อุปกรณ์น้อย ใช้สถานที่ฝึกไม่มาก ปฏิบัติได้ทุกโอกาส

เอกสารอ้างอิง

ชด หัสบำเรอ. (2541). **โยคะ : สุขกาย สบายจิต.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ริมธาร.

ลลิตา ธีระศิริ และวัลลี ชุณหสวัสดิกุล. (2548). **โยคะรักษาโรค**. กรุงเทพฯ : บริษัทรวมทรรศน์จำกัด.

การนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

หน่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์

ที่มาของปัญหา

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้บริการรักษาผู้ป่วยระดับตติยภูมิ ทารกและเด็กที่เข้ามารับการรักษาส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อน และป่วยเรื้อรัง ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า มีน้ำหนักตัวน้อย ผอม กล้ามเนื้อลีบเล็กและมีความตึงตัวน้อย เคลื่อนไหวแขนขาได้เล็กน้อย ชันคอไม่ได้ นั่งไม่ได้ บางรายมีอาการชักเกร็ง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวสูง และการทรงรูปของแขนขาผิดปกติ ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้เหมือนเด็กปกติ

การนวด เป็นการกระตุ้นเนื้อเยื่อด้วยแรงกดและแรงบีบอย่างเป็นจังหวะ ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น มีการเจริญเติบโตของกระดูกและกล้ามเนื้อมากขึ้น ช่วยให้กล้ามเนื้อได้ออกกำลังกายและแข็งแรง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทีมส่งเสริมพัฒนาการเด็กจึงได้นำวิธีการนวดทารกและเด็ก มาใช้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กป่วยที่นอนโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้น ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน พบว่า การนวดทารกและเด็กเป็นการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อที่ได้ผลดี เมื่อนวดทุกวันอย่างสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงจะมีความตึงตัวมากขึ้น และกล้ามเนื้อที่มีความตึงตัวสูงจากอาการเกร็งก็จะตึงตัวน้อยลง เมื่อกล้ามเนื้อคงสภาพได้ดีขึ้น พยาบาลจึงจะให้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการอื่น ๆ ต่อไปตามลำดับขั้น เช่น การชันคอ พลิกคว่ำ นั่ง คลาน เกาะยืน หรือเดิน ตามลำดับ

และได้มีการประเมินผลความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็กด้วยแบบทดสอบ Denver II พบว่าผู้ป่วยเด็ก มีพัฒนาการดีขึ้นร้อยละ 74.5 (ปี 2547)

วัตถุประสงค์

1. ทารกและเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการโดยวิธีการนวดอย่างถูกต้องต่อเนื่อง และมีพัฒนาการดีขึ้น
2. ผู้ปกครองทารกและเด็กมีความรู้เรื่องการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและสามารถให้การส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็กได้อย่างถูกต้อง
3. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้เรื่องการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็ก และสามารถให้การส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็กได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. คัดกรองพัฒนาการทารกและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยแบบทดสอบ Denver II ภายในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ยกเว้นหอผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลหน่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
2. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลในหอผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลปัญหาพัฒนาการแก่ผู้ปกครองเด็กป่วย
4. นวดพร้อมกับประเมินผลขณะปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กทุก ๆ ราย มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ***การนวดบริเวณใบหน้าและศีรษะ***

ท่าที่ 1 การนวดบริเวณศีรษะ : จัดให้ทารกนอนหงาย ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนศีรษะ ให้นิ้วมือประสานกันเล็กน้อยตรงแนวกึ่งกลางของศีรษะ ลูบจนถึงปลายคาง

ท่าที่ 2 การนวดบริเวณหน้าผาก : ใช้นิ้วหัวแม่มือถูจากจุดกึ่งกลางระหว่างดวงตาทั้งสองจนถึงไรผม

ท่าที่ 3 การนวดบริเวณคิ้ว : ใช้นิ้วหัวแม่มือถูจากหัวคิ้วไปหางคิ้ว

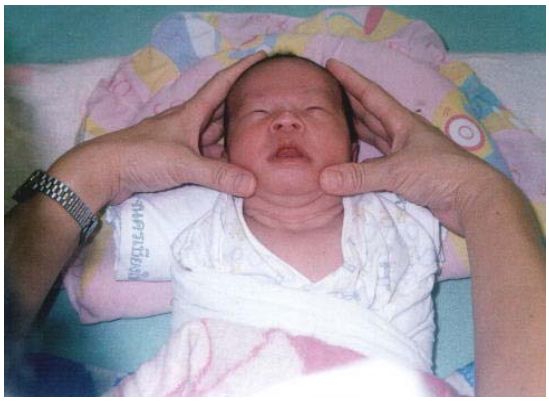
ท่าที่ 4 การนวดบริเวณดวงตา : ใช้นิ้วหัวแม่มือ หรือนิ้วชี้และนิ้วกลางนวด เป็นวงกลมบริเวณขมับ การนวดในท่าที่ 2 - 4 ช่วยการไหลเวียนโลหิตบริเวณดวงตา กรณีทารกที่มีปัญหามีพยาธิสภาพที่จอประสาทตาให้นวดท่าที่ 2 - 4 วันละ 50 ครั้ง ช่วยให้มีการเจริญเติบโตของเส้นเลือดปกติที่มาเลี้ยงบริเวณจอประสาทตา

ท่าที่ 5 การนวดบริเวณริมฝีปาก : ใช้นิ้วหัวแม่มือถูจากกึ่งกลางปากไปริมฝีปาก ท่านี้กระตุ้นให้ทารกกระดกลิ้นมาแตะบริเวณริมฝีปาก

ท่าที่ 6 การนวดรอบ ๆ ริมฝีปาก : ใช้นิ้วชี้ถูจากริมฝีปากออกสู่บริเวณรอบ ๆ ท่านี้ เป็นการนวดกล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก ช่วยให้ทารกควบคุมริมฝีปากได้ดีขึ้น

ท่าที่ 7 การนวดบริเวณขากรรไกร : ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางถูจากแก้มขึ้นไปบริเวณใบหู ช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรแข็งแรง เสริมความสามารถในการดูดและการเคี้ยว

ท่าที่ 8 การนวดบริเวณใต้คาง : ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางลูบจากคางถึงลิ้นปี่ โดยใช้มือจับศีรษะทารกแหงนไปด้านหลัง ท่านี้ช่วยกระตุ้นการกลืนของทารก

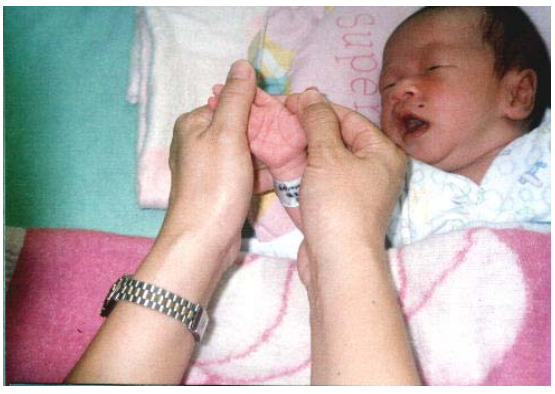


4. 2 ***การนวดบริเวณมือ***

ท่าที่ 9 การนวดบริเวณนิ้วมือ : จับมือทารกให้หงายขึ้น ใช้นิ้วหัวแม่มือถูทุกนิ้วเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกา โดยถูตั้งแต่ปลายนิ้วถึงโคนนิ้ว

ท่าที่ 10 การนวดบริเวณกลางฝ่ามือ : ใช้นิ้วหัวแม่มือนวดฝ่ามือเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกา ถ้าทำจำนวน 50 ครั้ง ช่วยให้ทารกสงบ นอนหลับได้ดีขึ้น

ท่าที่ 11 การนวดฝ่ามือ : หงายฝ่ามือทารกขึ้น ใช้ฝ่ามือถูไปมาบนฝ่ามือและนิ้วของทารก

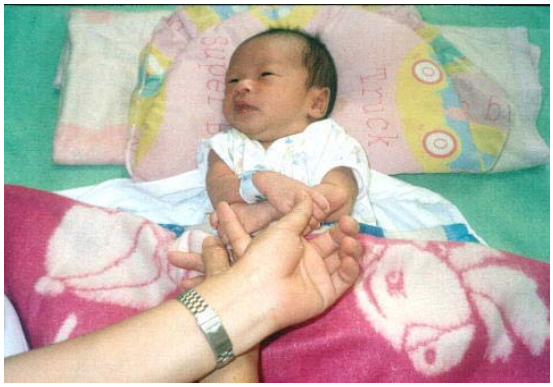


4.3 ***การนวดบริเวณแขน***

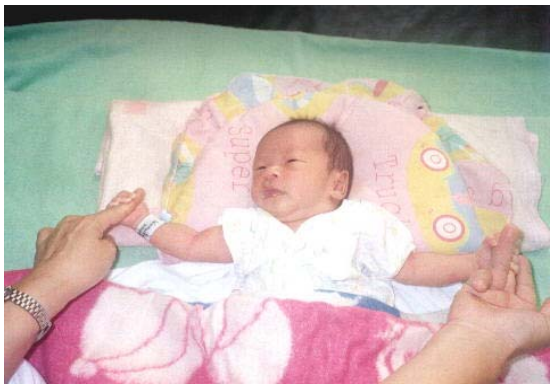
ท่าที่ 12 การนวดแขน : ใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางนวดทุกส่วนของแขน ท่านี้ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มความสะดวกในการเคลื่อนไหว

ท่าที่ 13 การนวดแขนโดยคล้องรอบแขน : ยกแขนทารกขึ้น ใช้มือจับแขนทารกไว้ในลักษณะคล้องรอบแขนเป็นห่วงวงกลม เริ่มจากข้อมือสู่ต้นแขน

ท่าที่ 14 การออกกำลังกายแขนในท่ากางแขนออก : จับแขนทั้งสองข้างของทารกกางออกไปทางด้านข้างอย่างนิ่มนวล จับหุบเข้ามาในท่ากอดอก โดยให้แขนขวาทับแขนซ้าย จากนั้นจับแขนให้กางออกไปทางด้านข้างอีก และจับหุบเข้ามาในท่าเดียวกัน โดยให้แขนซ้ายทับแขนขวา ทำสลับกัน ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่หน้าอก ซึ่งช่วยในการหายใจ



ท่าที่ 15 การออกกำลังกายแขนในท่ายกแขนขึ้นเหนือศีรษะ : จับข้อมือทั้งสองข้างของทารก ค่อย ๆ ยืดแขนออกและยกขึ้นเหนือศีรษะ ยกลงมาแนบกับลำตัว และตามด้วยการยกแขนซ้ายขึ้นและลงสลับกัน ท่านี้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าอกที่ช่วยในการหายใจ

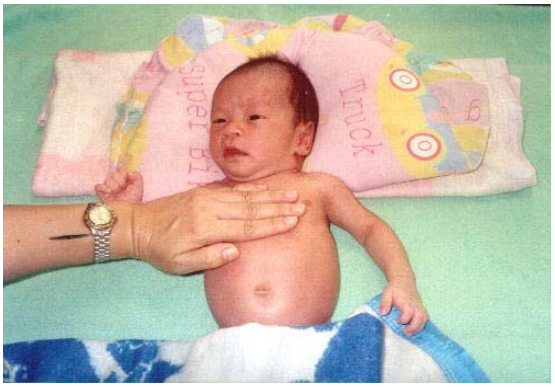


4.4 ***การนวดบริเวณหน้าอกและท้อง***

ท่าที่ 16 การนวดบริเวณหน้าอก : วางฝ่ามือทั้งสองประชิดกันบนหน้าอกทารก แล้วค่อย ๆ ดันฝ่ามือแยกห่างจากกันไปตามแนวซี่โครงด้านข้าง จากนั้นดันมือออกทางข้าง ๆ แนวชายโครง แล้วดึงเข้าหากัน

ท่าที่ 17 การนวดบริเวณหน้าอกด้วยฝ่ามือตามแนวขวาง : ใช้ฝ่ามือถูเบา ๆ จากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่งในแนวขวาง ท่านี้ช่วยในการทำงานของปอดให้ดีขึ้น

ท่าที่ 18 การนวดหน้าท้องด้วยนิ้วมือ : ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางถูเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกาทั่วช่องท้อง ถ้าทำ 30 ครั้งช่วยให้กระบวนการย่อยอาหารดีขึ้น ทำให้ร่างกายสงบ



4.5 ***การนวดบริเวณเท้า***

ท่าที่ 19 การนวดบริเวณนิ้วเท้า : ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้นวดนิ้วเท้าทุกนิ้ว

ท่าที่ 20 การนวดฝ่าเท้า : ใช้นิ้วหัวแม่มือนวดตามเข็มนาฬิกา ทั่วบริเวณฝ่าเท้า เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อฝ่าเท้า

ท่าที่ 21 การนวดฝ่าเท้าด้วยฝ่ามือ : ใช้ฝ่ามือถูส้นเท้าทารกไปยังนิ้วเท้า ซึ่งการนวดบริเวณเท้าทั้งหมดช่วยพัฒนาการเชื่อมโยงของเส้นประสาทบริเวณเท้าและนิ้วเท้า ช่วยให้นิ้วเท้าเคลื่อนไหวได้ดี ช่วยการหมุนเวียนโลหิต

4.6 ***การนวดบริเวณขา***

ท่าที่ 22 การนวดขา : ใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นวดทุกส่วนของขา โดยเน้นกล้ามเนื้อต้นขา น่อง และหลังขา ท่านี้ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อขา

ท่าที่ 23 การนวดต้นขาด้านใน : ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง ลูบกล้ามเนื้อต้นขาด้านในจากหัวเข่าไปสู่ต้นขา ท่านี้ช่วยให้กล้ามเนื้อขาด้านในแข็งแรง ทารกไม่นอนแบะขา

ท่าที่ 24 การนวดขาโดยใช้มือคล้องรอบขา : ใช้มือจับข้อเท้าทารกยกขึ้น ใช้มืออีกข้างจับขาทารกในลักษณะคล้องรอบขาและนวดจากข้อเท้าถึงต้นขา

ท่าที่ 25 การออกกำลังกายขา : จับขาข้างหนึ่งของทารก ส่วนอีกมือหนึ่งจับขาอีกข้างหนึ่ง ดันเบา ๆ ให้เข่าของทารกงอไปทางอก ทำสลับกันทั้งสองข้าง เหมือนกับถีบจักรยาน

4.7 ***การนวดหลัง***

ท่าที่ 26 การถูตามแผ่นหลังในแนวขวาง : ใช้ฝ่ามือถูเบา ๆ อย่างรวดเร็ว ไปมาตามแนวขวางของแผ่นหลัง เริ่มจากหัวไหล่ถึงก้นกบ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต

ท่าที่ 27 การลูบไล้จากบริเวณต้นคอถึงเท้า : ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างลูบไล้จากบริเวณต้นคอ ผ่านหลัง ก้น ขา และฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ใช้ฝ่ามือสัมผัสกับผิวหนัง ให้ได้บริเวณกว้างมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและรู้สึกสบาย

5. ทดสอบพัฒนาการเด็กด้วยแบบทดสอบ Denver II ทุก 1 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ด้านสังคมและการช่วยตนเอง หมายถึง การมีความสัมพันธ์และใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น ๆ กับการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

5.2 ด้านใช้กล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว หมายถึง การทำงานประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อมือและตา การจัดการกับของชิ้นเล็ก ๆ และการแก้ไขปัญหา

5.3 ด้านภาษา หมายถึง การได้ยิน ความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา

5.4 ด้านใช้กล้ามเนื้อใหญ่ หมายถึง การทรงตัว และเคลื่อนร่างกาย เช่น การนั่ง การเดิน การกระโดด และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ทั้งหมด

5.5 บันทึกลักษณะพฤติกรรมของเด็กขณะทดสอบ และความคิดเห็นของผู้ทดสอบเกี่ยวกับพฤติกรรมโดยรวมของเด็ก และระบุว่า เด็กได้ใช้ความสามารถของตนมากน้อยเพียงใด

6. จัดทำแถบวิดีทัศน์ เผยแพร่ความรู้ เรื่องการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ตัวชี้วัด

1. ทารกและเด็กที่ได้รับการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ แล้วมีพัฒนาการดีขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

2. ผู้ปกครองทารกและเด็กสามารถให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แล้วเด็กมีพัฒนาการดีขึ้นร้อยละ 70

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้เรื่องการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็ก และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยแบบทดสอบ Denver II ทุก 1 เดือน

2. สังเกตความสามารถของผู้ปกครองจากการสอนสาธิตย้อนกลับ

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

1. ทารกและเด็กที่ได้รับการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ แล้วมีพัฒนาการดีขึ้นร้อยละ 74.5

2. ผู้ปกครองทารกและเด็กสามารถให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ถูกต้องร้อยละ 75

3. เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้เรื่องการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็ก และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82

ตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการแล้วเด็กมีพัฒนาการดีขึ้น

ทารกแรกเกิด เพศหญิง เกิดวันที่ 8 สิงหาคม 2546 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคถุงน้ำบริเวณไขสันหลัง (lumbar myelomeningocoele) ภายในก้อนมีส่วนของไขสันหลังและเยื่อบุไขสันหลัง ได้รับการผ่าตัดเอาถุงน้ำออกเพื่อปิดช่องที่ไขสันหลังตั้งแต่แรกเกิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังผ่าตัด ทารกไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ มีปัสสาวะไหลซึมตลอดเวลา ขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย นิ้วเท้าไม่ขยับ เท้าทั้งสองข้างเล็ก ข้อเท้าเล็กและกล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก ไม่สามารถเหยียดข้อสะโพก (fixed flexion of both hips) และข้อเท้าได้ ข้อเข่าเหยียดแต่งอไม่ได้ มีภาวะ Chiari ll (Arnold - chiari) malformation

ทารกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ห้องส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ โดยวิธีการนวดทั่วร่างกาย เน้นการนวดบริเวณขา นิ้วเท้า ฝ่าเท้า เพื่อส่งเสริมการสร้างเส้นใยประสาทและการเชื่อมโยงเส้นประสาท มารดาได้นำความรู้ที่พยาบาลสอนไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการก้าวหน้าตามลำดับอย่างต่อเนื่อง นิ้วเท้าเริ่มขยับได้ทุกนิ้ว เมื่ออายุ 6 เดือน นั่งได้เองอายุ 7 เดือน จับยืนลงน้ำหนักขาได้อายุ 8 เดือน เริ่มตั้งคลาน อายุ 9 เดือน ขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา เด็กเดินได้ 3 - 4 ก้าวเมื่ออายุ 14 เดือน ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เป็นครั้ง และไม่มีปัญหาการติดเชื้อของระบบขับถ่ายปัสสาวะ

อายุ 1 ปี 7 เดือน สามารถเดินเองได้ แต่ยังเดินไม่เก่ง ขณะเดินลากขาข้างซ้ายเล็กน้อย สามารถบอกมารดาได้เมื่อต้องการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ

นวัตกรรม

แถบวิดีทัศน์เรื่อง ***การนวดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทารกและเด็ก*** เพื่อให้ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้ ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนวทางพัฒนา

1. จัดทำแถบวิดีทัศน์เรื่อง ***การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการเคลื่อนไหว*** เช่น การชันคอ พลิกคว่ำ นั่ง คลาน เกาะเดิน ยืน หรือเดินตามลำดับ

2. ทำการศึกษาผลของการนวดทารกและเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในลักษณะงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2542). **การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ**. กรุงเทพฯ : กรีน พริ้นท.

พฤทธิพล สุขป้อม. (2545). **คู่มือการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ**. ชมรมรักษ์สมุนไพร สาธารณสุขจังหวัด ลำปาง.

พัศนีย์ รัตนโอภาส. (2531). **ผลของการกระตุ้นโดยการสัมผัสต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Berk, L. E. (2001). **Development Throwgh the Lifespan**. Boston : ALLYN and BACON.

Maria, M. (1999). **Tuina Massage** (เมทินี เชาวกิจเจริญ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ : ส. เอเชียเพรส. (Original work published in London 1999).

ตรวจสุขภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่

ชนัญญา มหาพรหม *

มีคนเป็นจำนวนมากที่ต้องเปลี่ยนวิถีดำรงชีวิตภายหลังจากการตรวจสุขภาพ บ้างพบว่ามีน้ำหนักมากเกินไป บางคนเป็นเบาหวาน บางคนเป็นความดันโลหิตสูง หรือมีระดับไขมันในเส้นเลือดสูง โรคบางอย่างอาจพบได้ตั้งแต่ระยะต้น ก่อนที่จะลุกลามเป็นอันตรายต่อร่างกาย

ปัญหาการตรวจสุขภาพในปัจจุบัน

ความจริงแล้วการตรวจสุขภาพเป็นประจำ (periodic health examination) เป็นเหมือนขั้นตอนการตรวจสอบว่า ปัจจุบันสุขภาพของเรายังดีหรือไม่ มีโรคอะไรที่แอบแฝงที่ต้องรีบกำจัดเพื่อไม่ให้ลุกลามหรือไม่ ดังนั้นการตรวจสุขภาพเป็นประจำจึงยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต้องทำ

แล้วการตรวจสุขภาพแบบใดจึงจะดีและถูกต้อง

การตรวจสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องเป็นการตรวจที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพที่แท้จริงของผู้รับการตรวจ ไม่ใช่มุ่งแต่หาโรค (ไม่ใช่วัวหายแล้วล้อมคอก) การตรวจที่ดีจะต้องมีการชี้แนะให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ต้องไม่สร้างความทุกข์ทางใจ และต้องไม่ทำให้ผู้รับการตรวจมีความประมาทเมื่อตรวจไม่พบโรค

การตรวจสุขภาพตามหลักสากล

ประกอบด้วยหลัก 4 ประการคือ

1. การคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
2. การให้คำแนะนำ
3. การให้วัคซีนป้องกันโรค
4. การให้สารหรือยาเพื่อป้องกันโรค

การคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

การคัดกรอง (screening) แต่เดิมนั้นมีความเชื่อว่าทำเพื่อค้นหาโรค แต่ความจริงแล้วการคัดกรองที่ดี คือการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อจะได้ป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงนั้นก่อนที่จะทำให้เกิดโรค ถ้าจะเปรียบปัญหาสุขภาพเหมือนก้อนน้ำแข็งกลางทะเล (iceberg) โรคที่ตรวจพบเปรียบเหมือนน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน แต่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเปรียบได้เหมือนกับน้ำแข็งที่อยู่ใต้น้ำคอยบั่นทอนสุขภาพ และเมื่อวันใดโผล่พ้นน้ำ ก็จะกลายเป็นโรค ซึ่งเมื่อถึงวันนั้นจะแก้ไข หรือกำจัดก็อาจจะสายเกินไป

การให้คำแนะนำ

เมื่อทำการคัดกรองเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการให้คำแนะนำในการป้องกัน โดยส่วนใหญ่พบว่าคำแนะนำมักจะเป็นการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การแนะนำให้งดดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และในบางครั้งอาจมีคำแนะนำเรื่องการใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ หรือใส่หมวกกันน็อค

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยสุขศึกษา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของศีรษะขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น คำแนะนำอื่น ๆ เช่น การแนะนำให้สตรีรู้จักการตรวจคลำหาก้อนที่เต้านมทุกสัปดาห์เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การสอนให้สังเกตอาการเจ็บหน้าอกในคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ การให้คำแนะนำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับการตรวจสุขภาพควรได้รับ

ประสบการณ์การจัดการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประจำปี 2546

บุคลากรเข้าร่วมโครงการจำนวน 3,941 คน (ร้อยละ 73.1) จาก 58 หน่วยงาน เริ่มการตรวจสุขภาพตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2546 ถึงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2547 จำแนกการรายงานผลการตรวจดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปด้านเพศและอายุของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูล	จำนวนบุคลากร (N) 3,941 คน	
	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,112	28.2
หญิง	2,829	71.8
อายุ		
18 - 29 ปี	889	22.5
30 - 39 ปี	1,141	28.9
40 - 49 ปี	1,315	33.3
50 - 59 ปี	593	15.2
ไม่ระบุ	3	0.1

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ที่เข้ารับการตรวจเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพประจำปี 2546 จำแนกตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล	จำนวน (คน)	จำนวนที่พบความผิดปกติ	
		คน	ร้อยละ
ผลการตรวจความสมบูรณ์เม็ดเลือด (CBC)	3,662	1,024	27.96
ผลการตรวจการทำงานของไต			
BUN	2,365	54	2.28
Cr	2,372	10	0.42
ผลการตรวจกรดยูริคสาเหตุโรคเก๊าท์	2,361	25	1.06
ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	2,374	171	7.20
ผลการตรวจการทำงานของตับ			
ALT	2,369	58	2.45
AST	2,366	34	1.44
ALK.phos	2,350	3	0.13
Cholesterol	2,386	1,673	70.11
Triglyceride	2,371	346	14.59
ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี	720		
ไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี		430	59.64
มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี		242	33.56
เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี		49	6.79

จากตารางที่ 2 พบว่าบุคลากรที่มีผลการตรวจเลือดผิดปกติคือ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐาน ร้อยละ 70.11 รองลงมาคือ ค่าฮีโมโกลบินผิดปกติจากค่ามาตรฐาน ร้อยละ 27.96 ทำให้ทราบภาวะสุขภาพของบุคลากร และนำไปสู่การจัดกิจกรรมแก้ไขตามกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

1. จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพในเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันและดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี

2. จัดโครงการขยับกาย สบายชีวี โดยจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายใน 4 ประเภท ได้แก่ แอโรบิก โยคะ รำไม้พลอง และไทจี้ชี่กง โดยจัดสัปดาห์ละ 3 วัน

3. จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ภาวะโลหิตจาง และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยแพทย์เฉพาะทาง

4. ติดตามกลุ่มที่มีผลการตรวจเลือดที่ ผิดปกติเกี่ยวกับการไปรับการรักษาหรือไม่ได้รับ การรักษา โดยส่งแบบสอบถามไปจำนวน 3,941 ฉบับ และตอบกลับมา 3,078 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 78.1 ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของผลเลือด ใน 3 อันดับแรกที่ยังไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะโลหิตจางจำนวน 427 คน มีภาวะเบาหวาน จำนวน 50 คน และมีผลการตรวจไขมันในเส้นเลือดผิดปกติจำนวน 741 คน รวมทั้งหมด 1,218 คน จึงได้จัดโครงการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหากลุ่มนี้จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการศึกษาและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และโครงการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

5. กลุ่มที่ไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 430 คน คณะแพทยศาสตร์อนุมัติให้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ครั้ง

สรุป

การตรวจสุขภาพเป็นประจำนั้น ควรได้รับการตรวจเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกปี การใช้คำว่าการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้คนทั่วไปเข้าใจผิดว่าต้องมาตรวจทุกปี เราพบว่าในคนที่อายุน้อยสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจทุกปี อาจตรวจเพียงปีเว้นปีก็เพียงพอแล้ว

กล่าวโดยสรุปแล้วการตรวจสุขภาพเป็นประจำยังมีความจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะจะช่วยตรวจสอบค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค การให้วัคซีน ยา หรือสารเคมีบางชนิดเพื่อป้องกันโรค การตรวจสุขภาพที่มีประโยชน์ คุ้มค่า จะต้องเป็นการตรวจที่มีจุดประสงค์มุ่งป้องกัน มากกว่ามุ่งการรักษา เลือกการตรวจเฉพาะที่มีประโยชน์ ไม่ใช่การตรวจแบบเหวี่ยงแหเหมือนในอดีตอีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). **การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับประชาชนไทย.** ISBN : 970-7634-03-1 อ้างอิงในเอกสารเผยแพร่ทางเวปไซต์ 21 มกราคม 2545.

ธีระ ศิริอาชาวัฒนา. (2539). **คู่มือดูแลสุขภาพตนเอง**. กรุงเทพฯ : บริษัทซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด.

ขีดความสามารถทางการพยาบาล : Nursing competencies

ดร. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู *

ขีดความสามารถหรือสมรรถนะของบุคลากรเป็นประเด็นร้อนสำหรับกระบวนการพัฒนาคุณภาพในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่ต้องมีควบคู่กับการบริการที่เป็นเลิศ (excellent care) การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า หน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง ถ้าการดูแลผู้ป่วยไม่มีคุณภาพเพียงพอ สมรรถนะและการศึกษาอาจจำเป็นเพื่อการปรับปรุงการให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น

ดังนั้นสมรรถนะจึงเป็นส่วนสำคัญในโลกของการทำงาน และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อช่วยทำให้ผู้บริหารการพยาบาลเกิดความมั่นใจว่าองค์กรได้ให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการ เนื่องจากการมีสมรรถนะของบุคลากรช่วยลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (Taylor, 2000) โดยการประเมิน (assessing), การธำรงรักษา (maintaining) และการปรับปรุง (improving) สมรรถนะของบุคลากรพยาบาล เป็นหน้าที่สำคัญส่วนหนึ่งของหน่วยพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน

ในบทความต่าง ๆ มีการให้คำนิยามของสมรรถนะที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่ให้คำนิยามสมรรถนะว่าเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติงานของตนเอง ในองค์กรที่ปฏิบัติงานสมรรถนะเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องที่ต้องการให้บุคลากรแสดงความสามารถและทักษะที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และประยุกต์ใช้ความรู้อย่างเหมาะสม แมคคอนเนล (McConnell, 2001) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะเป็นการพิสูจน์ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติประยุกต์ความรู้ การบูรณาการความรู้และทักษะ และการใช้มาตรฐานการดูแล นโยบายและแนวปฏิบัติในสถานการณ์หนึ่งอย่างเหมาะสม ดังนั้นการประเมินสมรรถนะ จึงเป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

การประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance appraisal) และ *การประเมินสมรรถนะ* (competency assessment) มีความแตกต่างกัน การประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นการประเมินเชิงปริมาณ ว่าทำงานอะไรเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายของหน่วยงาน เป็นกรอบระยะสั้นใน 1 ปีวัดการปฏิบัติงานในอดีต และเน้นการให้รางวัลหรือการให้ค่าตอบแทน ส่วนการประเมินสมรรถนะเป็นการประเมินว่าบุคลากรทำงานอย่างไร เป็นการประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีกรอบระยะเวลานาน เป็นการปฏิบัติงานปัจจุบันและอนาคต เน้นการพัฒนา (การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม) (Lillyman, 1998)

เป้าหมายของการพัฒนาและประเมินสมรรถนะบุคลากร ได้แก่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล

* หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ป่วย เพื่อยืนยันว่าบุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ๆ เพียงพอ ตามความคาดหวังของการรับรองคุณภาพหน่วยงาน (accreditation) ดังนั้นการประเมินสมรรถนะจึงถือเป็นเครื่องมือในการจัดการเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ที่ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ

การใช้ประโยชน์ข้อมูลสมรรถนะ (competency data base) ในการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้ในเรื่องการประเมินการทำงาน การปรับเลื่อนขั้นตำแหน่ง การฝึกอบรม การวางแผนทดแทนกำลังคน การสรรหาและการเลือกสรร และการตอบแทนตามสมรรถนะ (competency - base payment)

รูปแบบของสมรรถนะทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบ สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของหน่วยงาน โดยรูปแบบของ McClelland แบ่งสมรรถนะออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ สมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะวิชาชีพ (professional competency) และสมรรถนะเชิงเทคนิค (technical competency) หรืออีกรูปแบบหนึ่งแบ่งสมรรถนะออกเป็นสมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะเชิงเทคนิค (technical competency) และสมรรถนะเฉพาะทาง (specialty competency) (Robinson & Barberis - Ryan, 1995)

ในการประเมินสมรรถนะดังกล่าวข้างต้น ข้อความที่ใช้ประเมินต้องประกอบด้วยมิติ 3 ด้าน ที่มีการผสมผสานกัน โดยทักษะทั้ง 3 มีการเหลื่อมทับซ้อนกันอยู่ในบริบทของการทำงาน ได้แก่ (Robinson & Barberis - Ryan, 1995)

1. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารญาณ (critical thinking skill) หรือความรู้ (cognitive)

2. ทักษะทางเทคนิค (technical skill) หรือการปฏิบัติ (psychomotor)

3. ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal skill) หรือทัศนคติ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ จิตสำนึก (affective)

กระบวนการประเมินสมรรถนะ

หน่วยงานควรมีการประเมินสมรรถนะ ใน 3 รูปแบบ ได้แก่

1. การประเมินสมรรถนะเมื่อรับบุคลากรเข้ามาทำงานใหม่ (initial assessment) เป็นการประเมินสมรรถนะเมื่อรับบุคลากรเข้ามาทำงานใหม่ หรือการประเมินหลังได้รับการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมเข้าปฏิบัติงาน การปฐมนิเทศตามสมรรถนะ (competency - based orientaton : CBO) เป็นกระบวนการที่ใช้สมรรถนะที่ต้องการของหน่วยงานมาให้ความรู้ และประสบการณ์แก่บุคลากร ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรใหม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะเฉพาะที่หน่วยงานต้องการ ส่งผลให้บุคลากรเข้าใจงานได้อย่างรวดเร็ว และการประเมินสมรรถนะจะกระทำอีกเมื่อบุคคลเปลี่ยนหน้าที่หรือย้ายไปทำงานแผนกอื่น

2. การประเมินสมรรถนะที่ทำอย่างต่อเนื่อง (ongoing assessment) ปฏิบัติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การประเมินสมรรถนะชนิดนี้ สามารถทำเวลาใดก็ได้ระหว่างปี ตามกำหนดการอย่างชัดเจนของหอผู้ป่วยบางแห่ง โดยเป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) เกิดได้น้อย (low volume) และมีโอกาสเกิดปัญหาได้ง่าย (problem prone)

3. การประเมินสมรรถนะเน้นเฉพาะเรื่อง (focuses assessment) สมรรถนะจำเป็นต้องมีการตรวจสอบซ้ำในบุคลากรที่มีการปฏิบัติงานที่ต้องการการปรับปรุง หรือบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ที่สำคัญ

สมรรถนะกับทักษะทางวิชาชีพที่มากขึ้น

การประเมินและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรพยาบาล ควรมีความเข้าใจการเติบโตและการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาล โดยพิจารณาจาก Dryfus Skill Acquisition model ซึ่งมีการนำมาใช้ในการอธิบายการเตรียมทักษะทางวิชาชีพพยาบาล ดังนี้ (Robinson & Barberis - Ryan, 1995)

ระดับเริ่มต้นใหม่ (Novice : 0 – 18 เดือน) เป็นพยาบาลจบใหม่ ไม่มีประสบการณ์ ต้องการการนิเทศ การช่วยเหลือ และมีความจำเป็นให้ความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ (เช่น นโยบาย / แนวปฏิบัติ)

ระดับเริ่มก้าวหน้า (Advanced Beginner : 18 เดือน – 3 ปี) มีความเป็นอิสระในบางด้านของการปฏิบัติ แต่ไม่มีความเข้าใจความจำเพาะของสถานการณ์ ต้องการความช่วยเหลือในการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ต้องการติดตามให้ความรู้บ่อยครั้ง

ระดับมีความสามารถ (Competent : 3 - 5 ปี) สามารถประยุกต์ใช้ประสบการณ์ และตัดสินใจในสถานการณ์ของผู้ป่วยได้ ลำดับความสำคัญก่อนหลังเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน ตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและรอบคอบสุขุม ต้องการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเรียนรู้สถานการณ์ต่าง ๆ

ระดับชำนาญการ (Proficient : 5 - 10 ปี) ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและยืดหยุ่น ต้องใช้ความคิดและตัดสินใจบ่อยครั้ง เป็นที่ปรึกษาของพยาบาลอื่น ๆ จัดการสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเรียนรู้สถานการณ์ปัจจุบัน

ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert : 10 ปีขึ้นไป) มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ตามสัญชาตญาณ สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แก้ปัญหาได้ คาดการได้ถึงภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือให้พยาบาลอื่น ๆ เป็นที่ปรึกษา ต้องการศึกษาต่อเนื่องเพื่อดำรงรักษาและเรียนรู้สถานการณ์ปัจจุบัน

แนวคิดของ Benner ดังกล่าว สามารถใช้กำหนดโปรแกรมการพัฒนาและประเมินสมรรถนะ ซึ่งช่วยให้การพัฒนาความรู้และทักษะ ตลอดจนการประเมินสมรรถนะ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

การประเมินสมรรถนะมักมีคำถามในหัวข้อดังนี้

ระบุสมรรถนะของหน่วยงานหรือของแผนกอย่างไร

สมรรถนะของหน่วยงานหนึ่งอาจไม่ใช่สมรรถนะสำหรับอีกหน่วยงานหนึ่ง เลือกสมรรถนะที่เหมาะสมสำหรับหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงาน โดยใช้แนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

- เริ่มด้วยกลุ่มเล็ก ๆ ในหน่วยงานซึ่งมีระดับ clinical ladder ที่แตกต่างกัน หรือมีระดับประสบการณ์ในแผนกที่แตกต่างกัน
- Brainstorming เพื่อสร้างคำตอบจากคำถามต่อไปนี้ อะไรคือความคาดหวังว่าบุคลากรใหม่จะแสดงออกเมื่อสิ้นสุดการปฐมนิเทศ
- เขียนข้อความเหล่านี้ลงไป
- ตรวจดูรายการข้อความเหล่านี้ และระบุข้อที่เป็น high risk, problem prone และ low volume
- หามติเอกฉันท์จากกลุ่มว่าข้อความไหนที่สำคัญที่สุดที่ทุกคนต้องแสดงให้เห็น สิ่งนี้จะเป็นสมรรถนะสำหรับการปฐมนิเทศ
- ทำกระบวนการนี้ซ้ำสำหรับการประเมินสมรรถนะประจำปี ด้วยการที่กลุ่มทีมงานตอบคำถามว่าสมรรถนะที่เป็น high risk, problem prone และ low volume ที่ทุกคนจำเป็นต้องแสดงในปีนี้
- หามติเอกฉันท์ของกลุ่มว่า ข้อความอะไรที่เป็น highest priority สิ่งเหล่านี้จะเป็น annual competencies

- ติดประกาศรายการสมรรถนะทั้ง 2 อย่าง เพื่อว่าทุกคนจะได้มีโอกาสวิพากษ์วิจารณ์รายการสมรรถนะนั้น ๆ เป็นความสำคัญที่ทุกคนต้องรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และสนับสนุนกระบวนการเหล่านี้ โดยบุคลากรอื่น ๆ อาจช่วยระบุข้อความสมรรถนะที่พลาดไป
- เมื่อเสร็จแล้ว จัดการพบกันระหว่างกลุ่มอีกครั้ง เพื่อกำหนดรูปแบบฟอร์มที่เหมาะสม และเลือกรูปแบบการประเมินสมรรถนะ (เช่น การจำลองสถานการณ์ การสัมภาษณ์ หรือการสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน)

ทักษะการปฏิบัติ (technical skill) เป็นทักษะที่เสื่อมได้เร็วกว่า ความรู้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้ทบทวน CPR ทุก 6 - 12 เดือน สำหรับการประเมินหลังการปฐมนิเทศ ควรมีการทบทวนทักษะการปฏิบัติเร็วที่สุดหลังการสอน 2 - 4 สัปดาห์ และทบทวนเป็นระยะทุก ๆ 3 - 6 เดือน และฝึกซ้ำทุก 1 ปี แม้การ refresher courses ช่วยด้านความรู้ แต่ไม่มีสิ่งใดมาแทนประสบการณ์การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการบรรลุและธำรงทักษะการปฏิบัติได้ (McConnell, 2001)

สมรรถนะจะเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปทุกปีหรือไม่

บาง competency อาจเหมือนเดิม หรืออาจเปลี่ยนทุกปี การปฐมนิเทศ competency อาจยังคงเหมือนเดิมทุกปี เพราะเป็นการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ส่วน annual competency เปลี่ยนบ่อย เพราะกิจกรรมที่เกิดปัญหาได้ง่ายต้องมีการปรับปรุง ปัญหาของข้อมูลการประกันคุณภาพหรือค้นพบปัญหา การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีในการทำงานใหม่ที่ต้องการทบทวน เมื่อเพิ่ม new annual competency ต่อไปอาจกลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศสมรรถนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีเครื่องมือใหม่ หรือมีกระบวนการทำงานใหม่

เขียน competency อย่างไรและมี format อย่างไร

Competency ทั้งหมดประกอบด้วยการประเมินที่อาจคล้ายกัน แต่ format มีหลากหลาย เลือก format ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน จำ KISS rule (keep it short and simple) ไว้ อย่าพยายามให้ competency ยาวและยาก อย่าเขียน competency ซ้ำ

ใช้ action verb (เช่น แสดง อธิบาย เปรียบเทียบ ฯลฯ) เมื่อเขียนข้อความระบุสมรรถนะ (competency statement) และเกณฑ์พฤติกรรม (criteria behavior)

ควรประเมิน competency ซ้ำอย่างไรและบ่อยแค่ไหน

Competencies ของพยาบาลควรมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำของ JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations) การประเมินพื้นฐานอย่างสม่ำเสมอปกติโรงพยาบาลจะกำหนดหลัง 6 เดือนสำหรับพยาบาลใหม่และทุกปี (วันครบรอบปี) การประเมิน competencies สามารถซ้ำได้เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น และควรจัด inservice ให้พยาบาลเข้าฟังหรือพยาบาลทั้งหมดที่ใช้ทักษะนั้น ๆ

วิธีการอะไรที่ใช้ประเมิน competencies

ใช้วิธีการหลายอย่างในการประเมิน competency ได้แก่ skill station, demonstration, สถานการณ์จำลอง, การสังเกตโดยตรง, การทบทวนนโยบาย / ทบทวน procedure, post - test, inservice, case studies, vediotape และ game

ควรทำอะไรถ้าพยาบาลไม่มี competent

การที่พยาบาลไม่สามารถผ่านการประเมินสมรรถนะอย่างสมบูรณ์ ไม่ได้หมายความว่า เขาไม่มีสมรรถนะ พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน (competences) แต่อาจไม่สามารถแสดงสมรรถนะเฉพาะ (competency) พยาบาลบางคนต้องการ coach-

ing เพิ่มเติม หัวหน้าหน่วยงานต้องสร้าง outline เป็นขั้นตอนให้พยาบาลสามารถปรับปรุงตนเองได้ แผนงานอาจมี lists ของสถานที่ที่พยาบาลสามารถไปหาข้อมูลที่จำเป็นได้ หรือมีการฝึกเพิ่มเติม ปกติแล้ว senior staff nurse (validator) สามารถให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคคลนั้นได้ เพื่อให้บุคลากรนั้น ๆ สามารถแสดงสมรรถนะที่ต้องการปรับปรุงนั้นได้ เช่น การแนะนำ class, การทบทวนนโยบาย เป็นการเพิ่มเติมประสบการณ์ที่จำเป็น กลยุทธ์นี้เรียกว่า "coaching for competence" การสอบข้อเขียนไม่ได้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการประเมินความรู้เสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใหญ่ เพราะบุคคลสามารถแสดงสมรรถนะในลักษณะอื่นได้

การรักษาความลับคืออะไร

มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ประเมินสมรรถนะต้องเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานเป็นความลับ มีเพียงบุคคล 2 คนที่รู้ คือหัวหน้าหน่วยงานกับพยาบาลผู้ถูกประเมิน และบางครั้งอาจรวมทั้งหน่วยพัฒนาบุคลากร

ความรับผิดชอบของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างไร

พยาบาลต้องสามารถรับผิดชอบต่อการปฏิบัติของตนเอง และเนื่องจากการปฏิบัติได้รับการคาดหวังสูงถึงมาตรฐาน ถ้าปฏิบัติได้ไม่ถึงมาตรฐาน พยาบาลต้องทราบว่าปัญหาของตนเองคืออะไร สาเหตุจากไม่เห็นด้วย ไม่ยอมทำตาม หรือไม่มีความรู้เรื่องนั้น

ผลกระทบที่ตามมาทางกฎหมายของการเป็นผู้ตรวจสอบสมรรถนะ

เมื่อผู้ตรวจสอบสมรรถนะ เซ็นใน competency form สามารถบอกได้ว่าทักษะเฉพาะเป็นไปตามที่คาดหวัง แต่ไม่ได้ประกันว่าพยาบาลผู้นั้นจะมีสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง หรือการปฏิบัติเรื่องนั้น ๆ จะเป็นที่ยอมรับตลอดไป ในอนาคตถ้าความสามารถในทักษะนั้น ๆ มีปัญหา จะต้องมีการทบทวนใหม่ว่า พยาบาลมีสมรรถนะในขณะนั้นอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

Cooper, D. C. (2002). The "C" word : Competency. In K.L.O'Shea (Ed.). **Staff development nursing secrets**, pp.175 - 184. Philadelphia : Hanley & Belfus.

Lillyman, S. (1998). Assessing competence. In G. Castledine & P. McGee (Eds.). **Avanced specialist : Nursing practice**. pp. 119 - 129, BlackwellScience : Edinburge.

McConnell, E. A. (2001). Competence VS. competency. **Nursing Management**, **32**(5), 14

Nolan, P. (1998). Competencies drive decision making. **Nursing Management**, **29**(3), 27 - 29

Robinson, S. M. & Barberis-Ryan, C.(1995). Competency assessment : A systematic approach. **Nursing Management**, **26**(2), 40 - 42

Stanger, L. C. (1998). Competency : Not just a video and skills checklist anymore. **Orthopedic Nursing**. **17**(3), 81

Taylor, K. (2000). Tackling the issue of nurse competency. **Nursing Management**, September, 35 - 37.

ประสบการณ์จากการสอบ APN

แววดาว ทวีชัย *

ในปัจจุบันกระแสของ APN (advanced practice nurse : พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) ได้เข้ามามีบทบาทในวงการพยาบาลไทย (สวนดอก) มากขึ้น เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเมือง หรือสิ่งแวดล้อม ล้วนส่งผลกระทบถึงระบบบริการสุขภาพอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการค้นพบโรคใหม่ ๆ มากขึ้น อีกทั้งได้มีการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีอายุยืนยาวขึ้น พร้อมกับความต้องการการดูแลที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้นด้วย นี่คืออีกประเด็นหนึ่งที่จำเป็นต้องมี APN

ผู้เขียนทำงานอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องการจะพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถให้การพยาบาลขั้นสูงได้ และเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ซึ่งขณะนั้น (ปี พ.ศ. 2545) เป็นช่วงที่สภาการพยาบาลเปิดรับสมัครสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง (APN) รุ่นที่ 1 ผู้เขียนจึงตัดสินใจสมัครสอบประมาณต้นเดือนตุลาคม 2545 โดยสมัครผ่านธนาคารกรุงเทพ ค่าสมัคร 2,000 บาท การสอบครั้งนี้ผู้เขียนได้ชวน (เคี่ยวเข็ญ / เว้าวอน) รุ่นพี่ที่อยู่หอผู้ป่วย-พิเศษไปด้วย แต่ก็ได้ข่าวว่าทั้งโรงพยาบาลมีไปสมัครสอบทั้งหมด 5 คน

วิธีการสอบ

1. สอบข้อเขียน ผลการสอบสามารถเก็บสะสมได้ 5 ปี
2. สอบปากเปล่า (ผู้สอบผ่านข้อเขียนแล้ว จึงจะสามารถสอบปากเปล่าได้)

วิชาที่สอบและคะแนนสอบข้อเขียน

1. สอบความรู้ในหมวดวิชาแกน ประกอบด้วยเนื้อหาวิชา 5 ด้าน ได้แก่
   - 1.1 นโยบายสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข 20 คะแนน
   - 1.2 บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 20 คะแนน
   - 1.3 ทฤษฎีพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 25 คะแนน
   - 1.4 สารสนเทศและการใช้ผลงานวิจัยในการพยาบาล 25 คะแนน
   - 1.5 จริยธรรมและกฎหมาย 10 คะแนน

   คะแนนรวม 100 คะแนน

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยประกันคุณภาพทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. ความรู้ในหมวดวิชาการพยาบาลเฉพาะสาขา
   2.1 การพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ 150 คะแนน
   2.2 การพยาบาลศัลยศาสตร์ 50 คะแนน

สอบความรู้โดยวิธีปากเปล่า

เน้นเนื้อหาเฉพาะสาขา / แขนงที่ปฏิบัติงานอยู่ 100 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินผลการสอบ

ผู้สอบได้ คือ ผู้ที่สอบผ่านทั้งการสอบข้อเขียน การสอบปากเปล่า และการสอบอื่น ๆ ตามเกณฑ์ที่คณะอนุกรรมการ ฯ กำหนด และคณะกรรมการสภาการพยาบาลอนุมัติผลการสอบ

การเตรียมก่อนสอบ

เมื่อผู้เขียนตัดสินใจสมัครสอบ ผู้เขียนก็เริ่มต้นอ่านหนังสือ ซึ่งเมื่อรวบรวมหนังสือทั้งหมดที่ต้องอ่านเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาวิชาที่จะสอบ มีทั้งหมด 12 เล่ม (เอาหนังสือมาวางซ้อนกันสูงประมาณ 1 $\frac{1}{2}$ ฟุต) แต่ผู้เขียนก็ไม่ละความพยายาม ขณะนั้นผู้เขียนทำงานอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีทั้งเวรเช้า – บ่าย – ดึก ถ้าอยู่เวรเช้า ตอนเย็นจะดูแลลูกชาย (อายุ 2 ขวบ) ตอนกลางคืนพอลูกหลับจะอ่านหนังสือ ถ้าอยู่เวรบ่าย – ดึก ตอนกลางวันลูกไปโรงเรียนจะอ่านหนังสือ อ่านหนังสือประมาณ 2 เดือนกว่า และได้ทำ short note ไว้ด้วย ก่อนสอบ 10 วันผู้เขียนลาพักร้อน เพื่อทบทวนเนื้อหา

วันสอบข้อเขียน

ผู้เขียนเดินทางไปสนามสอบ (วิทยาลัยพยาบาล-กองทัพบก) ด้วยรถไฟก่อนวันสอบ 1 วัน เพื่อจะได้ไม่เหนื่อยจนเกินไป และไปสำรวจสถานที่สอบด้วย ผู้เขียนพักอยู่ที่หอพักของสภาการพยาบาล เมื่อผู้เขียนนำสัมภาระเข้าหอพักเรียบร้อยแล้ว ก็ไปสำรวจสถานที่สอบด้วยเพื่อในวันรุ่งขึ้น (วันสอบ) จะได้ไปสนามสอบได้อย่างรวดเร็วไม่ขลุกขลัก

วันแรกของการสอบ (วันที่ 18 มกราคม 2546) เป็นการสอบความรู้ในหมวดวิชาแกน ตั้งแต่ 9.00 – 11.00 น. ข้อเขียนมีทั้งปรนัยและอัตนัย ข้อสอบค่อนข้างยากอีกทั้งต้องทำด้วยความรวดเร็ว เนื่องจากมีเวลาสอบแค่สองชั่วโมง แต่ผู้เขียนคิดว่าตนเองทำข้อสอบได้มากกว่าครึ่ง หรือไม่อย่างน้อยก็ได้ประมาณครึ่ง (คะแนนเต็ม 100) ผู้เขียนรู้สึกเครียดน้อยลง เพราะคิดว่าตนเองพอทำข้อสอบได้บ้าง แต่ก็ไม่ประมาท พอสอบเสร็จ ก็กลับหอพักเพื่อทบทวนเนื้อหาที่จะสอบวันถัดไป

วันที่สองของการสอบ (วันที่ 19 มกราคม 2546) เป็นการสอบความรู้ในหมวดวิชาการพยาบาลเฉพาะสาขา ผู้เขียนสอบการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ในช่วงเช้า คือ 9.00 – 11.00 น. ข้อสอบเป็นปรนัย *ยากมาก ๆ ๆ* เนื้อหาคำถามในแต่ละข้อยาวประมาณ 3 - 4 บรรทัด มีคำตอบดังนี้

ก. .....
ข. .....
ค. .....
ง. .....
จ. .....

แล้วถามว่าข้อใดถูก

1. ข้อ ก. ถูก
2. ข้อ ก, ข. ถูก
3. ข้อ ก., ข., ค. ถูก
4. ข้อ ก., ข., ค. , ง. ถูก
5. ถูกทุกข้อ

ข้อสอบเป็นลักษณะนี้ทั้งหมด (100 ข้อ) เวลาผ่านไป 1 ชั่วโมง ผู้เขียนทำข้อสอบได้เพียง 30 ข้อ เพราะแต่ละข้อต้องอ่านคำถามหลายครั้ง คือข้อ

1. ต้องอ่านข้อ ก พอข้อ 2. ต้องอ่านข้อ ก และ ข ข้อ 3. ต้องอ่านข้อ ก + ข + ค ข้อ 4. ต้องอ่านข้อ ก+ ข + ค + ง และข้อ 5. ต้องอ่าน ก + ข + ค + ง + จ

ผู้เขียนเริ่มเครียด กระวนกระวาย กลัวทำไม่ทัน ผู้เขียนปวดศีรษะมาก ยกมือขอยาแก้ปวดศีรษะจากกรรมการคุมสอบ จากนั้นผู้เขียนก็ตั้งสติเริ่มทำข้อสอบโดยอ่านรอบเดียวไม่อ่านทวนคำถามไม่ย้อนกลับไปทำข้อที่ทำไม่ได้ จนถึง 5 นาทีสุดท้าย ทำไปได้ 80 ข้อ อีก 20 ข้อจึงตัดสินใจกากบาทข้อ 4. ทั้งหมด เพราะคิดว่าอย่างน้อยน่าจะถูกซัก 5 ข้อ ผู้เขียนเครียดมาก ความกระตือรือร้น ความมุ่งมั่นในการสอบเริ่มลดลง มีแต่ความเหนื่อยล้า แต่เมื่อมองไปที่ผู้เข้าสอบคนอื่น ๆ ทุกคนก็บอกว่ายาก ทำข้อสอบไม่ค่อยได้ แต่ทุกคนก็ยังมีความมุ่งมั่น จึงทำให้ผู้เขียนฮึดสู้อีกครั้ง

ในภาคบ่าย (ของวันที่สอง) เวลา 13.00 – 15.00 น. ผู้เขียนสอบวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ข้อสอบมี 100 ข้อ และมีลักษณะเหมือนกับในภาคเช้าแต่เน้นไปที่การพยาบาลศัลยศาสตร์ แต่ในภาคบ่ายนี้เครียดน้อยกว่าในภาคเช้า เพราะได้เตรียมตัวเตรียมใจมาแล้วว่าจะต้องเจอข้อสอบในลักษณะนี้ มีผู้เข้าสอบบางคนทำข้อสอบ แค่ชั่วโมงครึ่งก็เสร็จ แต่ผู้เขียนใช้เวลาเต็มสองชั่วโมง

ตอนเย็นของวันที่ 19 มกราคม ผู้เขียนและเพื่อนที่ไปด้วยกัน (รวม 4 คน) ก็ได้เดินทางกลับโดยรถไฟ ขณะอยู่บนรถไฟ ได้ discuss เรื่องข้อสอบไปตลอดการเดินทาง

เมื่อกลับมาถึงเชียงใหม่ผู้เขียนก็มาทำงานตามปกติ แต่ใจก็ยังหวังอยู่บ้างว่าจะสอบได้ ประมาณต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2546 (จำไม่ได้ว่าวันที่เท่าไหร่) สภาการพยาบาลได้ประกาศผลสอบ ผลปรากฏว่า ผู้เขียนและเพื่อนที่ไปด้วยกัน สอบข้อเขียนผ่านทุกคน ผู้เขียนดีใจมาก แต่ก็เป็นทุกขลาภ เพราะต้องเตรียมตัวสอบปากเปล่าในเดือนมีนาคม ผู้เขียนเตรียมตัวสอบโดยการทำความเข้าใจกับ core competency ของ APN และพยายามเชื่อมโยงเข้าหาตัวผู้เขียนเองว่า ผู้เขียนได้มีบทบาทใดบ้างที่เป็น core competency แต่ได้ข่าวมาว่า ควรจะเตรียมโครงการไปนำเสนอในวันสอบด้วย เพื่อจะได้เห็นบทบาทที่เป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากผู้เขียนเป็นพยาบาลประจำการ (ตัวน้อย ๆ) จึงไม่สามารถทำโครงการใหม่ ๆ ขึ้นมาในหอผู้ป่วยได้ เนื่องจากการจะ implement อะไรก็ตาม ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วย ซึ่งมีงานประจำที่ล้นมืออยู่แล้ว ผู้เขียนจึงไม่มีโครงการเตรียมไว้เพื่อจะไปสอบ แต่ก็ได้เตรียมข้อมูลในหอผู้ป่วยที่ผู้เขียนได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพหอผู้ป่วยไว้เพื่อนำเสนอ

วันสอบปากเปล่า (วันที่ 10 มีนาคม 2546)

วันที่ 9 มีนาคม 2546 ผู้เขียนเดินทางไปสอบสัมภาษณ์โดยรถไฟเช่นเดียวกับครั้งแรก ผู้เขียนและเพื่อน ๆ ไปถึงสนามสอบก่อนคนอื่น ๆ จึงได้เข้าสอบก่อน

การสอบปากเปล่าแบ่งเป็นห้อง ๆ แยกตามสาขาการพยาบาล การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์มีสองห้อง ห้องแรกมี รศ. ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์ และคณะ ห้องที่สองมี ศ. ดร. สมจิตร หนุเจริญกุล และคณะเป็นกรรมการสอบ ผู้เขียนได้เข้าสอบห้อง ศ. ดร. สมจิตร และได้สอบเป็นคนที่สาม ผู้เขียนตื่นเต้นมาก จำได้ว่าผู้เขียนใส่ชุดสีแดง เพราะคิดว่าสีแดงเป็นสีนำโชค (จะถูกจะแพงแดงไว้ก่อน) พอถูกเรียกเข้าไปในห้องจำได้ว่าผู้เขียนสั่นมาก เนื่องจาก 1. ตัวผู้เขียนเองไม่พร้อมไม่มีโครงการในมือ 2. ศ. ดร. สมจิตร หนุเจริญกุล เป็นกรรมการสอบ 3. ฯลฯ ในห้องมีกรรมการสอบทั้งหมด 5 คน แต่ละคนก็ยิ้มแย้มแจ่มใสดี ทำให้ผู้เขียนค่อยรู้สึกดีขึ้นบ้าง เมื่อผู้เขียนนั่งเรียบร้อยแล้ว

บนโต๊ะจะมีกระดาษคำถามติดอยู่ และมีคำถาม 5 ข้อ ศ. ดร. สมจิตร หนุเจริญกุล บอกว่าให้อ่านคำถามและตอบทีละข้อ ไม่ต้องเรียงข้อ ข้อไหนตอบไม่ได้ให้ข้ามไปก่อน คำถามถามว่า

1. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใด และท่านได้ใช้ evidence based practice ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรบ้าง

2. ผู้ป่วยในกลุ่มที่ท่านรับผิดชอบดูแลนั้น ท่านได้พัฒนาอะไร และมีส่วนในปรับปรุงการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลอย่างไร

3. ท่านมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลอย่างไร

4. ในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ท่านให้การดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบอย่างไร

5. ท่านมีวิธีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล หรือควบคุมดูแลคุณภาพการพยาบาลของท่านอย่างไร

ผู้เขียนอ่านคำถามแล้วก็ตอบทุกข้อ แต่อาจไม่ตรงประเด็น (ไม่ตรงใจกรรมการ) ซักเท่าไหร่ (จำไม่ได้แล้วว่าตอบอะไรไปบ้าง) ใช้เวลาในการสอบปากเปล่านานประมาณ 20 นาที พอตอบคำถามครบทุกข้อ ศ. ดร. สมจิตร หนุเจริญกุล ก็บอกว่า “หนูถ้าปีนี้สอบไม่ได้ก็ไม่เป็นไรนะ เพราะผลสอบข้อเขียนสามารถเก็บไว้ได้นาน 5 ปี” ผู้เขียนตอบว่า “ค่ะ” แล้วก็ยกมือไหว้กล่าวคำว่า “สวัสดีค่ะ” และเดินออกมาจากห้องพร้อมกับเริ่มทำใจว่าเราคงสอบปากเปล่าไม่ผ่านหรอก

เมื่อถึงวันประกาศผลสอบก็เป็นไปอย่างที่คิด คือ สอบปากเปล่าไม่ผ่าน

ผู้เขียนไม่เสียใจมาก เนื่องจากได้ทำใจไว้แล้ว และคิดว่าตัวเองก็ได้พยายามทำดีที่สุดแล้ว ผู้เขียนก็ดีใจที่ได้มีโอกาสได้เข้าไปทดสอบ ณ จุดนั้น ถึงแม้จะไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็ตาม อยากบอกรุ่นน้อง / พี่พยาบาลที่จะไปสอบว่า *ขอให้มีความพยายามให้มากและควรมีโครงการที่ชัดเจนว่า ได้แสดงบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เมื่อพร้อมแล้วก็สมัครสอบได้เลยค่ะ ขอเป็นกำลังใจให้ทุกคนน่ะค่ะ สู้ ๆ ๆ ๆ*

การแยกประเภทผู้ป่วย และ ความสามารถในการผลิต (productivity) ทางการพยาบาล

นิดดา โชคบุณยสิทธิ์ *

จากภาวะเศรษฐกิจถดถอยที่เกิดขึ้นกับประเทศไทยเมื่อปี 2540 รัฐบาลมีนโยบายปรับขนาดกำลังคนในภาครัฐให้มีความกะทัดรัด บุคลากรมีจำนวนและคุณภาพที่เหมาะสมกับงาน เพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการดูแลด้านความปลอดภัย และมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการต้องมีความพึงพอใจ

การจัดอัตรากำลังที่น้อยเกินไป จะทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานที่หนักเกินกำลัง ทำให้เกิดความเมื่อยล้า มีโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ หรือเกิดภาวะเสี่ยง และขาดขวัญและกำลังใจได้ ดังนั้นการบริหารอัตรากำลังเพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าจึงเป็นความท้าทายของผู้บริหารทางการพยาบาล

เครื่องมือในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการคาดประมาณอัตรากำลังที่สอดคล้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือการมีระบบจำแนกประเภทผู้ป่วย (patient classification system = PCS) ซึ่งจะทำให้ได้ปริมาณเวลาซึ่งเป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ทั้งนี้จากแนวคิดที่ว่า ปริมาณงานที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน และแต่ละช่วงเวลาไม่ได้ขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่จะขึ้นกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน หรือแม้แต่ในผู้ป่วยคนเดียวกัน ก็มีความต้องการการพยาบาลมากหรือน้อยในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

ความหมายของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

จอห์นสัน (Johnson, 1984) ให้ความหมายของระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยว่า เป็นระบบการจัดผู้ป่วยให้เป็นระดับชั้นและกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะการเจ็บป่วย ความต้องการสนองตอบด้านต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ ส่วนบิกบี คอลลินส์ และดูส (Bigbee, Collins & Deuds, 1992) กล่าวถึง PCS ว่า เป็นระบบการจัดผู้ป่วยให้เป็นชั้น ระดับ และกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย ความต้องการตอบสนองด้านต่าง ๆ ตลอดจนการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า PCS เป็นระบบการจัดผู้ป่วยให้เป็นชั้น ระดับ และกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วยและความต้องการการพยาบาล มีการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยวิจัยทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พัฒนาการและวิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วย

การจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยทั่วไปมีหลายลักษณะตามลักษณะการนำไปใช้ประโยชน์ หรือวัตถุประสงค์ เช่น การจำแนกตามอาการ / อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ICD (international classification of disease) APACHE (acute physiology and chronic health evaluation system) เป็นต้น

สำหรับการจำแนกประเภทผู้ป่วยทางการพยาบาลเริ่มพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศในคาบสมุทรนอร์เวย์ ตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1960 สำหรับประเทศไทย กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยของ Warstler จำแนกประเภทผู้ป่วยในเป็น 5 ประเภท และใช้ค่า nursing need จากการวิจัยของ Thomas F. Kelly และ Andrew McKenna เมื่อปี 1976 ในการคำนวณอัตรากำลัง ใช้แพร่หลายในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อัมภา ศรารัตน์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์, 2547)

ส่วนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้เริ่มมีการศึกษาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยเมื่อปี 2542 และมีการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อครอบคลุมทุกงานการพยาบาล และสิ้นสุดเมื่อปี 2546

วิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยทางการพยาบาลที่นิยมใช้มี 2 แบบ คือ

1. การประเมินตามแบบอย่าง (prototype evaluation)
2. การประเมินตามปัจจัย (factor evaluation)

การประเมินตามแบบอย่าง

การจัดประเภทผู้ป่วยวิธีนี้ จะเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยกับข้อความที่อธิบายลักษณะความต้องการการพยาบาลตามเกณฑ์บ่งชี้สำคัญทางการพยาบาล (critical indicator of care) ที่ควรได้รับตามที่ระบุไว้ในเครื่องมือ แล้วจัดผู้ป่วยเข้าประเภทที่มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยมากที่สุด วิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยแบบนี้เป็นระบบที่มองจากผู้ประเมิน มีความเป็นอัตนัย เนื่องจากคำบรรยายลักษณะแต่ละประเภทของเกณฑ์บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลอย่างกว้าง ๆ

การประเมินตามปัจจัย

การจำแนกประเภทผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ จะมีการกำหนดตัวบ่งชี้สำคัญของความต้องการการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาลที่คาดว่า มีผลต่อเวลาการพยาบาลขึ้นมาก่อน กิจกรรมการพยาบาลจะถูกแบ่งหรือกระจายออกเป็นหัวข้อย่อย ซึ่งบอกถึงความแตกต่างของระดับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมนั้น ๆ จากความง่ายถึงความยาก โดยกำหนดคะแนนในแต่ละระดับ การจำแนกประเภทกระทำโดยประเมิน และให้ค่าคะแนนทุกกิจกรรมที่กำหนด แล้วนำคะแนนทุกกิจกรรมของผู้ป่วยนั้นมารวมค่า นำไปเทียบค่ากับช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ การประเมินตามปัจจัยนี้มีความชัดเจนมากกว่า แต่มีข้อเสียคือใช้เวลามากกว่าการประเมินตามแบบอย่าง

ลักษณะของเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ดีควรสามารถนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี interrater reliability หรือ internal consistency สูง เครื่องมือควรง่ายต่อการใช้งาน ใช้เวลาในการจำแนกน้อย รวมทั้งใช้งบประมาณน้อย (Simms, Princ & Errin, 1998 อ้างใน อัมภา ศรารัตน์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์, 2547)

ปัญหาในการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย

ปัญหาที่มักพบในการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย คือการจำแนกไม่ตรงตามเป็นจริง หรือประเมินได้แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาในการคิดภาระงาน

และจัดสรรบุคลากร ตลอดจนค่าของความสามารถในการผลิต (productivity) ที่อาจผิดเพี้ยนไป สาเหตุที่พบ ได้แก่

1. เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นคำอธิบายอย่างกว้างขวาง ไม่ชี้เฉพาะ ต้องอาศัยการตีความจากคำอธิบายให้เข้ากับผู้ป่วยที่มีการดูแล

2. พยาบาลผู้ประเมินขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งมักพบในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ทั้งนี้เพราะผู้ประเมินต้องมีความรู้ในวิชาชีพและมาตรฐานการพยาบาลเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม แม้ในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก แต่รู้จักผู้ป่วยน้อย ก็อาจมีการจำแนกผู้ป่วยไม่ถูกต้องได้

3. ผู้ประเมินใช้ความรู้สึกตัดสินประเภทผู้ป่วยแทนการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย

4. ผู้ประเมิน ประเมินผู้ป่วยประเภทสูงกว่าความเป็นจริง เพื่อต้องการให้ได้อัตรากำลังที่มาก

5. ภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาในการประเมิน

จากปัญหาในการจำแนกประเภทผู้ป่วยดังกล่าว จึงควรมีการประเมินค่าน่าเชื่อถือของระบบการจำแนกประเภทโดยการหาความเที่ยงตรง (interrater reliability) ของผู้ประเมินอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ เพื่อทำให้เกิดความเที่ยงตรงในการจำแนกประเภทผู้ป่วย และได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย โดยค่าของความเที่ยงตรงที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่างร้อยละ 90 - 95 (Bigbee et al, 1992) และเมื่อค่าความเที่ยงตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ควรมีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบระบบ การนิเทศติดตามสนับสนุน การบันทึกและจัดเก็บข้อมูล การสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคการใช้เกณฑ์การจำแนกเป็นระยะ ๆ

วิธีการหาความเที่ยงของเครื่องมือนั้น ทำโดยผู้ประเมินจากภายนอก และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่จำแนกทำการสังเกตผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน แล้วนำผลไปคำนวณหาความคลาดเคลื่อนของการจำแนก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการหาความเที่ยงควรประมาณร้อยละ 15 - 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Swanaburg, 1996) การตรวจสอบความเที่ยงควรกำหนดเป็นระยะ ๆ ทุกปี และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระบบงาน ลักษณะผู้ใช้บริการหรือผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยยังคงใช้ได้อย่างเหมาะสมและเที่ยงตรง (อัมภา ศรารัตน์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์, 2547)

การใช้ข้อมูลประเภทผู้ป่วยในการหาความสามารถในการผลิต (productivity) ทางการพยาบาล

การพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องเน้นคุณภาพ มีการให้บริการระดับมาตรฐานสากล และสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ นอกจากต้องรับผิดชอบในการให้บริการที่มีคุณภาพต่อสังคมแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความสำคัญของต้นทุนค่าใช้จ่ายให้มาก ดังนั้นจึงต้องมีการเพิ่มผลผลิตเพื่อควบคุมต้นทุน และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

คำว่า *productivity* หรือ *การเพิ่มผลผลิต* (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2004) นั้น ทางการพยาบาลมักใช้คำว่า *ความสามารถในการผลิต ผลผลิต* หรือ *ผลิตภาพ* (มาริษา สมบัติบูรณ์, 2546; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548)

มีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการผลิต (productivity) ออกเป็นหลายอย่าง อาทิ Williamson & Johnstone (1988) ให้ความหมายว่า เป็นสัดส่วนของผลผลิตขององค์กรกับทรัพยากรที่ใช้ไป Finkler & Kovner (2000) ให้ความหมายว่า เป็นสัดส่วนของผลงานที่ได้หรือผลลัพธ์ (out put) กับปัจจัยนำเข้า (input)

สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2004) ให้ความหมายของ productivity ว่า เป็นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าอันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development) หรือการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) ด้วยจิตสำนึกเป็นแรงผลักดัน และใช้เทคนิคและเครื่องมือในการเพิ่มผลผลิต (product techniques and tools) เป็นตัวช่วยให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งความสามารถผลิตสินค้าที่มีคุณภาพภายใต้ทุนที่เหมาะสม และอยู่บนพื้นฐานความพอใจของลูกค้าควรมี 7 องค์ประกอบ (QCD - SMEE) ได้แก่ Q = quality (คุณภาพ) C = cost (การลดต้นทุน) D = delivery (การส่งมอบ) S = safety (ความปลอดภัย) M = morale (ขวัญและกำลังใจในการทำงาน) E = environment (สิ่งแวดล้อม) E = ethics (จรรยาบรรณในการดำเนินการ) โดยสามารถจำแนกรายละเอียดได้ คือ

- คุณภาพ การลดต้นทุน และการส่งมอบ (QCD) เป็นการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความพอใจ ของลูกค้า
- ความปลอดภัยและขวัญกำลังใจ (SM) เป็นการปรับปรุงเพื่อพนักงาน
- ส่วนสิ่งแวดล้อมและจรรยาบรรณ (EE) เป็นการปรับปรุงสังคม

โดยทั่วไปแนวคิดเรื่องความสามารถในการผลิตแบ่งเป็น 2 แนวคิด คือ

1. แนวคิดทางวิทยาศาสตร์ หมายถึง อัตราส่วนระหว่างผลผลิตกับปัจจัยการผลิตที่ใช้ เช่น แรงงาน วัตถุดิบ เวลา ซึ่งวัดขนาดของผลที่ได้เป็นครั้งของการให้บริการ เวลา เงิน ฯลฯ

2. แนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์ หมายถึง ความสำนึกในจิตใจที่จะแสวงหาทางปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อว่า เราสามารถทำวันนี้ได้ดีกว่าเมื่อวาน เป็นความพยายามอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ที่จะปรับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ให้ทันการเปลี่ยนแปลง ด้วยการใช้วิธีการและเทคนิคใหม่ ๆ เป็นความเชื่อมั่นในความก้าวหน้าของมนุษย์

จากแนวคิดที่กล่าวมา การหาค่าความสามารถในการผลิต อาจวัดได้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ คุณภาพของผู้ป่วย และการบริการที่จัดให้ ในที่นี้จะกล่าวถึงด้านทรัพยากรบุคคลในส่วนของการโยงระดับความหนักเบาของผู้ป่วยไปสู่การติดตามความสามารถในการผลิตที่เกิดจากระบบอัตรากำลังและระบบจำแนกประเภทผู้ป่วยว่ามีความสมดุลหรือไม่

Hanson (อ้างใน Swanaburg, 1996) ได้แปลความสามารถในการผลิตทางการพยาบาลในรูปของสมการได้ดังนี้

$$\text{ความสามารถในการผลิตทางการการพยาบาล} = \frac{\text{ชั่วโมงพยาบาลที่ต้องการ (required staff hours) x 100}}{\text{ชั่วโมงการพยาบาลที่จัดให้ (provided staff hours)}}$$

ชั่วโมงพยาบาลที่ต้องการ = ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย x ชั่วโมงการพยาบาลต่อวันของผู้ป่วยประเภทนั้น ๆ

ชั่วโมงการพยาบาลที่จัดให้ = จำนวนบุคลากรทั้งหมด x จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน / คน

Indian health service (2005) ได้ให้ค่าความสามารถในการผลิตที่ควรจะเป็น ดังนี้

รายวัน	อยู่ระหว่าง 85 - 115 %
รายสัปดาห์	อยู่ระหว่าง 90 - 105 %
รายเดือน	อยู่ระหว่าง 90 - 105 %
รายปี	อยู่ระหว่าง 99 - 101 %

ค่าความสามารถในการผลิตที่ได้มีความหมายเป็น 2 ลักษณะ (ชูชวัญ ปิ่นสากล, 2547) กล่าวคือ

1. ค่าความสามารถสูง หมายถึง ค่าที่คำนวณได้สูงกว่า 105 % แปลความหมายได้ ดังนี้
   - 1.1 หน่วยงานมีอัตรากำลังน้อยเกินไป
   - 1.2 หน่วยงานประหยัดค่าจ้างแรงงาน
   - 1.3 หน่วยงานมีความเสี่ยงสูง
   - 1.4 บุคลากรในหน่วยงานอาจขาดขวัญและกำลังใจ
2. ค่าความสามารถต่ำ หมายถึง ค่าที่คำนวณได้ต่ำกว่า 95 % แปลความหมายได้ดังนี้
   - 2.1 หน่วยงานมีอัตรากำลังมากเกินไป
   - 2.2 ค่าจ้างแรงงานของหน่วยงานสูงเกินไป
   - 2.3 หน่วยงานขาดความคิดริเริ่มสร้างสรร

ค่าความสามารถในการผลิตที่เหมาะสมนั้นอาจแตกต่างออกไป เช่น จากการศึกษาของ Brien – Pallas และคณะ (2004) ที่ทำการศึกษาในหน่วยหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ค่าความสามารถในการผลิตที่เหมาะสม ควรอยู่ระหว่าง 85 ± 5 % และค่าความสามารถในการผลิตสูงสุดไม่เกิน 93 %

ปัจจัยที่มีต่อการเพิ่มความสามารถในการผลิตทางการพยาบาล (Huber, 2000) ได้แก่

1. การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อใช้ทดแทนการทำงานของบุคลากร เช่น การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการรับลงทะเบียนในการมาตรวจของผู้ป่วย เป็นต้น
2. การปรับปรุงวิธีทำงาน มีแนวปฏิบัติงานในการทำงานที่ชัดเจน การปรับรูปแบบการให้บริการทางการพยาบาล
3. การลดงานที่ไม่ให้ผลงานที่ตอบสนองเป้าหมายและพันธกิจทางด้านการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อสงวนเวลาให้มีชั่วโมงการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การคิดเงิน การล้างเครื่องมือ การตรวจสอบสิทธิบัตรค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น
4. การปรับปรุงการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น การปรับปรุงสัดส่วนของบุคลากร (staff mix) ให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของงาน การกระจายปริมาณงานในแต่ละเวรของหอผู้ป่วย

ความสามารถในการผลิตทางการพยาบาลนอกจากจะคำนึงถึงการควบคุมต้นทุน และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแล้ว สิ่งที่ไม่ควรมองข้าม คือ ความสามารถในการผลิตนั้น จะต้องให้มีคุณภาพการพยาบาลที่ดี เป็นที่พอใจและยอมรับของผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และตัวบุคลากรพยาบาลเอง

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผาณิต สกุลวัฒนะ *

สารสนเทศทางการพยาบาลคืออะไร

คำว่า *"สารสนเทศ"* ความหมายตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ข่าวสาร การแสดง หรือชี้แจงข่าวสารข้อมูล

แต่ในความเข้าใจของคนทั่วไป คำว่า *"สารสนเทศ"* หมายรวมถึงศาสตร์ทางคอมพิวเตอร์บวกกับศาสตร์ทางสารสนเทศ เมื่อนำคำว่า *สารสนเทศ* ไปบวกกับสาขาวิชาใด ย่อมหมายถึงการนำความรู้ทั้งจากคอมพิวเตอร์ศาสตร์และการจัดการข้อมูลมาใช้เพื่อการจัดการเก็บข้อมูล และความรู้สาขานั้น ๆ บางครั้ง มีผู้ใช้คำว่า ***"สารสนเทศทางการพยาบาล"*** แทนคำว่า *"พยาบาลสารสนเทศ"* (Graves and Corcoran-Perry, 1996 อ้างใน รุจา ภู่ไพบูลย์ และเกียรติศรี สำราญเวชพร, 2542)

ดังนั้น *"สารสนเทศทางการพยาบาล"* จึงหมายถึงองค์ประกอบของการใช้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ ความรู้ทางด้านสารสนเทศและความรู้ทางการพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลและการให้บริการสุขภาพ (รุจา ภู่ไพบูลย์ และเกียรติศรี สำราญเวชพร, 2542)

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เริ่มต้นอย่างไร

ระบบงานสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล เริ่มจากการที่คณะแพทยศาสตร์ได้นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ เพื่อปรับปรุงองค์กรเข้าสู่การประกันคุณภาพ จึงมีการจัดทำระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลขึ้น ฝ่ายการพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษา รูปแบบของการดำเนินงานในด้านข้อมูลสารสนเทศ และดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ รวมทั้งประสานความร่วมมือในการใช้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และต่อมาได้จัดตั้ง ***หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล (NIS)*** เพื่อเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาข้อมูลในระบบทางการพยาบาลขึ้น

หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาลประกอบไปด้วยบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถใช้คอมพิวเตอร์ และพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางการพยาบาล ในด้านการบริหารจัดการ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการพัฒนาบุคลากร

ลักษณะข้อมูลที่จัดเก็บในระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

ข้อมูลใน Nursing Midwifery Medical Information System (NMMIS) ประกอบไปด้วยข้อมูลบุคลากร ข้อมูลทางด้านการบริการ และโปรแกรมด้านการบริหาร

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ข้อมูลของบุคลากร ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการทำงาน การอบรม การเป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ และโปรแกรมด้านการพัฒนาบุคลากรซึ่งบันทึกจำนวนหน่วยกิตของพยาบาลวิชาชีพตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล / จำนวนชั่วโมงการอบรมของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกคน รวมทั้งหัวข้อที่เข้าอบรม

ข้อมูลทางด้านการบริการ ได้แก่ โปรแกรมการบันทึกข้อมูลการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice : ICNP)

ส่วนข้อมูลทางด้านการบริหาร ได้แก่ โปรแกรมการจัดตารางการปฏิบัติงาน การลงเวลาทำงาน การคำนวณค่าตอบแทนเวรบ่าย - ดึก และค่าตอบแทนล่วงเวลา การบันทึกระดับผู้ป่วย การบันทึกสถิติหอผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วยในประจำวัน) การจัดการห้องพิเศษ เป็นต้น

โปรแกรมเหล่านี้ หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาลได้ทยอยจัดทำขึ้น แล้วนำไปใช้ในทุกหอผู้ป่วย และมีบางโปรแกรมที่อยู่ในช่วงของการทดลองใช้ เมื่อมีโปรแกรมเกิดขึ้นทุกหอผู้ป่วยดำเนินการใส่ข้อมูลตามโปรแกรมที่จัดทำขึ้น ต่อจากนั้นก็มีการบริหารจัดการระบบ หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาลจะประมวลผล และนำเสนอต่อผู้บริหารข้อมูลจะถูกนำมาใช้ในการกำหนดอัตรากำลัง การเบิกเงินค่าตอบแทนค่าล่วงเวลาสำหรับเจ้าหน้าที่ รวมทั้งนำมากำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรมนุษย์

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ประกอบด้วย

ด้านบริหาร

1. โปรแกรมบริหารจัดการหอผู้ป่วย (ward information system : WIS)
2. โปรแกรมบันทึกสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำวันของหอผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาล (sup electronic)
3. โปรแกรมการบริหารจัดการห้องพิเศษ

ด้านบริการ

1. โปรแกรม ICNP ทั้งการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อการปฏิบัติการทางคลินิก (จัดทำฐานข้อมูล ICNP) และโปรแกรมบันทึกข้อมูลการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล
2. โปรแกรมห้องสมุด

ด้านการพัฒนาบุคลากร

1. โปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพบุคลากร (อยู่ในระหว่างการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพบุคลากร ประสานกับงานการเจ้าหน้าที่ของคณะแพทยศาสตร์)

โปรแกรมบริหารจัดการหอผู้ป่วย (ward information system : WIS)

คณะแพทยศาสตร์ได้นำโปรแกรม SIS (suandok information system) มาใช้ในงานสารสนเทศของโรงพยาบาล ซึ่งในโปรแกรมดังกล่าวมีข้อมูลบางส่วนที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการพยาบาลได้ อันก่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนั้นหน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจึงได้จัดทำโปรแกรมการบริหารจัดการด้านบุคลากรพยาบาลและข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1. โปรแกรมลงเวลาปฏิบัติงาน
2. โปรแกรมคำนวณค่าบ่ายดึก และค่าล่วงเวลา
3. โปรแกรมการบันทึกตารางปฏิบัติงาน
4. โปรแกรมการจำแนกระดับผู้ป่วย และการคำนวณอัตรากำลัง

โดยโปรแกรมเหล่านี้

- สามารถรายงานสถิติจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่ขาดงานของแต่ละหอผู้ป่วย

ในแต่ละงานการพยาบาล รวมทั้งการบริหารจัดการเกี่ยวกับข้อมูลจำนวนเจ้าหน้าที่ และเวลาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

- สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยตามการจำแนกระดับของผู้ป่วยในแต่ละเวร ในแต่ละหอผู้ป่วย
- สามารถรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สถิติผู้ป่วยของแต่ละงานการพยาบาล และสถิติผู้ป่วยทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล
- ใช้เป็นข้อมูลในการบริหารอัตรากำลัง ทั้งในขณะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและความต้องการการพยาบาล ตลอดจนการบริหารอัตรากำลังในระดับหอผู้ป่วย ระดับงานการพยาบาล และระดับฝ่ายการพยาบาล
- ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบริหารจัดการในด้านการคำนวณค่าตอบแทนบ่ายดึกและค่าล่วงเวลา
- ทำให้ลดภาระงาน ลดความซ้ำซ้อน และลดการใช้ทรัพยากร ในการจัดทำตารางปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย / หน่วยงาน ในแต่ละเดือน

โปรแกรมบันทึกสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำวัน (sup electronic)

การทำงานในหอผู้ป่วย / หน่วยงาน มักมีข้อมูลต่าง ๆ ที่ต้องการการบันทึก เช่น ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่รับใหม่ ย้ายไป ถึงแก่กรรม ผู้ป่วยเด็ก ทารก เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้เดิมมีการบันทึกลงในกระดาษ นำมาเสนอผู้บริหารให้ทราบถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาระงานที่เกิดขึ้นในหน่วยงานแต่ละเวรแต่ละวัน เพื่อให้การนำเสนอถูกต้องมีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาดในการคำนวณ ลดภาระงานด้านเอกสาร หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล จึงได้จัดทำโปรแกรมบันทึกสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำวันตามลักษณะงานในแต่ละหน่วยงาน พร้อมทั้งจัดอบรมวิธีการทำงานโปรแกรมดังกล่าว หลังจากใช้โปรแกรมพบว่า

1. ทุกงานการพยาบาลฯ / หอผู้ป่วย มีบันทึกข้อมูลสถิติผู้ป่วยประจำวัน เพื่อการบริหารจัดการที่เหมาะสม
2. การรายงานสถิติผู้ป่วยถูกต้องและรวดเร็วทุกวัน ฝ่ายการพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลบริหารจัดการทันเหตุการณ์
3. ลดการใช้ทรัพยากรบุคคลและวัสดุอุปกรณ์ คือลดการใช้กระดาษและลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกประหยัดเวลา
4. การประมวลผลสะดวก รวดเร็วและลดความผิดพลาด

โปรแกรมการบริหารจัดการห้องพิเศษ (private room reservation management system)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้บริการผู้ป่วยในมากกว่า 1,000 คนต่อวัน ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยต้องการใช้บริการห้องพิเศษ ซึ่งมีจำนวนเตียงจำกัดเพียง 175 เตียง เพื่อให้ใช้ทรัพยากรเตียงได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ คุ้มค่า เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติในระดับหนึ่ง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการจองห้องและการจัดสรรห้องผู้ป่วยที่เป็นระบบ หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาล ได้จัดทำโปรแกรมการบริหารจัดการห้องพิเศษ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อจะได้ทราบความต้องการห้องพิเศษของผู้รับบริการ การใช้ห้องพิเศษ ข้อมูลการจองห้อง ใช้ข้อมูลบริหารจัดสรรห้องพิเศษ / เตียงอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การจัดการห้องพิเศษอย่างเป็นระบบ

โปรแกรม ICNP

โปรแกรม ICNP หรือที่เรียกเต็ม ๆ ว่า ***ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการทางคลินิก (international classification for nursing practice : ICNP)*** เป็นระบบของการใช้กระบวนการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และมีการบันทึกข้อมูลปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นภาวะสุขภาพและความต้องการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ข้อมูลการบำบัดทางการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลให้กับผู้ป่วย และข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่บ่งถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหรือเลวลง ซึ่งข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการทางคลินิกที่บันทึกในคอมพิวเตอร์นั้น บุคลากรพยาบาลสามารถประมวลผลและเรียกใช้ประโยชน์ในงานต่าง ๆ ของพยาบาลได้ เช่น การศึกษาวิจัย เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทราบปริมาณหรือภาระงานทางการพยาบาล ทั้งนี้สารสนเทศทางการพยาบาลควรจะเป็นข้อมูลที่มีความเป็นสากล สามารถใช้สื่อสารระหว่างพยาบาลรวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพให้เข้าใจความหมายได้ตรงกัน

สมาชิกสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (international council of nursing: ICN) ได้ตระหนักถึงความจำเป็นดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสากล (international classification for nursing practice : ICNP) ขึ้น และได้ตีพิมพ์ระบบจำแนกฉบับที่ 1 เรียกว่า ICNP - alpha version ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งสมาคมพยาบาลในประเทศต่าง ๆ 19 ประเทศ ได้แปลและนำไปทดลองใช้

ต่อมาใน ค.ศ. 1998 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมและตีพิมพ์เป็นครั้งที่ 2 เรียกว่า ICNP - beta 1 version สำหรับประเทศไทย โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นหนึ่งชุด เพื่อแปลเป็นภาษาไทย ทำการทดสอบ ขณะนี้กำลังดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบ ICNP เพื่อใช้ในประเทศต่อไป

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้สนองนโยบายการปรับปรุงองค์กรเพื่อเข้าสู่การประกันคุณภาพ โดยในด้านสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการทางคลินิก ได้พบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้อที่เหมือนกันนั้น บางหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาลมีลักษณะการเขียนที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้การสื่อสารการบำบัดทางการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ข้อมูลกระจัดกระจาย ไม่สะดวกในการจัดเก็บและการสืบค้น ทั้งใช้เวลาในการดำเนินการรวบรวมมาก ไม่สามารถเปรียบเทียบหรือนำไปอ้างอิงใช้ประโยชน์ได้

ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาลจึงจัดทำ *โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อการปฏิบัติการทางคลินิก* โดยใช้กรอบแนวคิดของ ICNP ขึ้น โดยการจัดทำข้อมูลปรากฏการณ์ทางการพยาบาลและชุดข้อมูลมาตรฐานในการบำบัด ซึ่งในระยะแรกของโครงการจะจัดทำข้อมูลปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่พบบ่อยในทุกหอผู้ป่วย และชุดข้อมูลมาตรฐานในการบำบัดสำหรับปรากฏการณ์ โดยมีความเชื่อว่าหากมีข้อมูลปรากฏการณ์ทางการพยาบาล และชุดข้อมูลมาตรฐานการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งสามารถบรรจุข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลแล้ว จะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เป็นการสนองนโยบายการประกันคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีกทางหนึ่งด้วย

โปรแกรมบริหารห้องสมุดฝ่ายการพยาบาล

หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมบริหารห้องสมุด สำหรับการค้นคว้าหาความรู้ประกอบการทำวิจัย หรือวิเคราะห์งานขึ้น เพื่อส่งเสริมการศึกษาความรู้ใหม่ ๆ และสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง การทำวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์งานของบุคลากร โดยจัดให้มีบริการในการสืบค้น และการยืม – คืนหนังสือ ตำรา วิทยานิพนธ์ รายงานวิจัย ผ่านระบบ Intra net โดยสามารถสืบค้นได้ทางคอมพิวเตอร์

จากหน่วยงาน ช่วยอำนวยความสะดวกให้บุคลากรพยาบาล ประหยัดเวลาในการค้นคว้าหาเอกสารความรู้ประกอบการศึกษาต่อเนื่อง การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการทำวิจัยหรือวิเคราะห์งาน

โปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร

หน่วยสารสนเทศทางการพยาบาลได้จัดทำโปรแกรมระบบงานพัฒนาบุคลากร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรสามารถวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย ครอบคลุม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งการออกรายงานได้ถูกต้องและรวดเร็ว นำไปประกอบการพิจารณาต่ออายุใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทำให้บุคลากรพยาบาลในฝ่ายการพยาบาลมีความสะดวกในการสืบค้นข้อมูลของตนเอง มีข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่างเหมาะสม ทราบจำนวน CNEU (continuing nursing education unit) ของบุคลากรพยาบาลรายบุคคล และทราบจำนวนชั่วโมงการอบรมของผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล

โปรแกรมฐานข้อมูลด้านสุขภาพบุคลากร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นองค์กรที่มีบุคลากรจำนวนมาก การที่จะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นไปได้ยาก เมื่อมีการตรวจสุขภาพพื้นฐานให้กับบุคลากร จึงพบว่า มีปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ส่งผลให้การรายงานผลช้า การติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องเป็นไปได้ยากลำบาก อีกทั้งข้อมูลที่ผู้บริหารต้องการนำไปสู่การวางแผนและตัดสินใจ ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การเฝ้าระวังโรคที่อาจเกิดจากการทำงาน ทำได้ยาก ไม่ทันเหตุการณ์ ดังนั้นความจำเป็นในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระเบียบ ลดการซ้ำซ้อนในการทำงาน และจะทำให้สามารถสืบค้นหาข้อมูลได้รวดเร็ว ประหยัดเวลายิ่งขึ้น

การจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในด้านสุขภาพของบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์ ให้ได้ข้อมูลสุขภาพบุคลากรที่เป็นระบบนำไปสู่การบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อดีและข้อจำกัดของระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ข้อดีของระบบสารสนเทศทางการพยาบาลมีมากมายดังจะเห็นได้จากประโยชน์จากแต่ละโปรแกรมที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น และหากมีการพัฒนาต่อไปเชื่อว่าจะสามารถใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศทางการพยาบาลได้อีกมหาศาล

แต่ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นก็คือ การที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้การรวบรวมข้อมูลทำไม่ทันบางครั้งข้อมูลบางส่วนจึงยังไม่เป็นปัจจุบัน และระบบฐานข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาล / คณะแพทยศาสตร์ฯ ทำให้การใช้งานยังทำได้ไม่เต็มที่ ข้อจำกัดอีกด้านหนึ่งเป็นปัญหาเกี่ยวเนื่องจากคณะแพทยศาสตร์ฯ มีการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามเมื่อมีการแก้ไขข้อจำกัดต่าง ๆ แล้ว ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คงจะมีการพัฒนาไปในทางที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

รุจา ภู่ไพบูลย์ และเกียรติศรี สำราญเวชพร. (2542). **พยาบาลสารสนเทศ**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์นิติบรรณการ.

ผลการกดแผลห้ามเลือด โดยการใช้มือกดและการใช้เครื่องกดแผล ในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจและหลอดเลือด *

นิยม สุวรรณวงศ์ **

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถทำได้โดยการใส่สายสวนหัวใจ (catheter) ผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (femoral artery) หรือที่ข้อมือ (radial artery) การใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบเป็นวิธีที่นิยมมาก เพราะหาหลอดเลือดได้ง่าย สามารถใช้สายสวนขนาดใหญ่ได้ หลังจากตรวจเสร็จจะดึงสายสวนและท่อนำสายสวนออกจากหลอดเลือดและกดแผลห้ามเลือดประมาณ 15 นาที

การใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงได้ ซึ่งประกอบด้วยภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) ภาวะเลือดออกจากแผล (bleeding) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดง (arterial occlusion) เกิดเลือดลัดวงจรระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (arterio-venous fistula) ภาวะ pseudoaneurysm ภาวะเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มท้อง (retroperitoneal hemorrhage) และ neuropathy เป็นต้น (Davis,Vanriper, Longstreet, Moscucci & Arbor, 1997; Baim & Grossman, 2000) จากสถิติของหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่าง 1 มกราคม 2546 – 31 ธันวาคม 2546 ในผู้ป่วยจำนวน 1,172 ราย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงที่ใส่สายสวน ร้อยละ 1.9

เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือด เกิดภาวะช็อก หรืออาจเสียชีวิตได้ มีผลทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Davis, Vanriper, Longstreet, Moscucci & Arbor, 1997) ดังนั้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ รวมถึงวิธีการห้ามเลือดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพก็มีส่วนสำคัญในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนด้วย (Beaver, 2002)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่ใส่สายสวน ได้แก่ อ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) เพศหญิง ลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่ว (aortic insufficiency) ผู้ป่วยที่เคยตรวจสวนหัวใจมาก่อน ผู้ป่วยที่มีปัญหา

---

* วิเคราะห์งาน

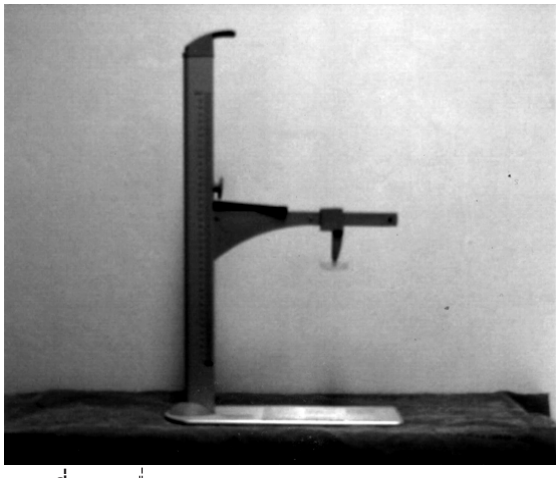
** พยาบาล ระดับ 6 หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด รวมถึงขนาดของสายสวนที่ใช้และเทคนิคที่ใช้ในการห้ามเลือดหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (Deligonul, Roth & Flynn, 1999; Beaver, 2002)

วิธีการห้ามเลือดหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบที่ใช้ในหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มี 2 วิธี คือ การใช้มือกดแผลและการใช้เครื่องกดแผลรุ่น C-clamp วิธีการใช้มือกดแผล เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด เพราะทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (Deligonul, Roth & Flynn, 1999) แต่เป็นวิธีที่แพทย์หรือพยาบาลจะต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะกดแผลวิธีนี้อาจจะทำให้แรงกดแผลไม่คงที่ เนื่องจากการเมื่อยล้าบริเวณนิ้วมือของผู้กดแผล ทำให้เลือดไหลออกมาอีก นอกจากนั้นผู้ที่กดแผลไม่สามารถไปทำกิจกรรม อื่น ๆ ได้

สำหรับวิธีการใช้เครื่องกดแผลเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ใช้ต้องมีความชำนาญในการใช้เครื่องและต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของแป้นกด (disc) จากตำแหน่งที่กดแผล รวมทั้งต้องหมั่นคอยสังเกตภาวะเลือดออกจากแผลและอาการเขียวบริเวณปลายเท้าจากแรงกดที่มากเกินไป

ภาพที่ 1 การใช้มือกดแผล



ภาพที่ 2 เครื่องกดแผล

ภาพที่ 3 การกดแผลด้วยเครื่อง

(Deligonul, Roth, & Flynn, 1999) แต่มีข้อดีคือแพทย์หรือพยาบาลผู้กดแผลไม่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีเวลาสำหรับประเมินอาการอื่น ๆ ของผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้

นอกจากนี้การกดแผลห้ามเลือดจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดบริเวณแผลได้ ความเจ็บปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic) ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว มีผลทำให้มีชีพจร ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย (Bally, Campbell, Chesnick & Tranmer, 2003)

จากความสำคัญของการกดแผลห้ามเลือดในผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดดังที่กล่าวมา ผู้ศึกษามีความสนใจต้องการศึกษาผลของการกดแผลห้ามเลือดทั้งสองวิธีในด้านภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่ใส่สายสวน ระยะเวลาในการกดแผล และระดับความเจ็บปวดแผลของผู้ป่วย ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และเลือกใช้วิธีกดแผลห้ามเลือดที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์

เพื่อเปรียบเทียบผลการกดแผลห้ามเลือดโดยการใช้มือกดและการใช้เครื่องกดในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ในด้านภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงที่ใส่สายสวน ระยะเวลาในการกดแผล และระดับความเจ็บปวดบริเวณแผลของผู้ป่วย

วิธีการวิเคราะห์

เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ อายุ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และขนาดของท่อนำสายสวน ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ที่หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2547 ถึงเดือนพฤษภาคม 2547 เป็นเวลา 4 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการกดแผล ภาวะแทรกซ้อนหลังตรวจ มาตรวัดระดับความเจ็บปวดแผลแบบตัวเลข (numerical rating scale) และเครื่องกดแผลห้ามเลือดสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดรุ่น compressor universal system (C-clamp) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความพร้อมใช้ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง โดยรวบรวมข้อมูลขณะกดแผลและหลังกดแผล 16 - 24 ชั่วโมง

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดโดยนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติทดสอบฟิสเชอร์ (Fisher exact probability test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาในการกดแผล และระดับความเจ็บปวดแผล โดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

1. ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างหลังตรวจขณะรอกลับหอผู้ป่วย พบว่า มีภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังเฉพาะในกลุ่มที่ใช้เครื่องกดจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ใช้มือกด ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเส้นผ่าศูนย์กลางของเลือดออกใต้ผิวหนัง ที่เกิดมีขนาดน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ($\overline{X}$ = 3.75, S.D. = 0.50) ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังที่เกิดขึ้น เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง

2. ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างหลังตรวจ 16 – 24 ชั่วโมง พบว่า มีภาวะเลือดออกเล็กน้อย (minor bleeding) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และมีรอยจ้ำเลือดบริเวณแผล (ecchymosis) 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ในกลุ่มที่ใช้มือกด และ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 ในกลุ่มที่ใช้เครื่องกด

ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในการศึกษานี้ มีเลือดออกปริมาณเล็กน้อย และสามารถกดแผลให้เลือดหยุดไหลได้ โดยไม่ต้องได้รับเลือดทดแทน หรือต้องปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการกดแผลห้ามเลือด พบว่า ในกลุ่มที่ใช้มือกด ค่าเฉลี่ย 11.0 นาที (S.D. = 2.5) และในกลุ่มที่ใช้เครื่องกด ค่าเฉลี่ย 11.6 นาที (S.D. = 3.45) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับยา heparin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและใช้ท่อนำสายสวนขนาดเล็ก ซึ่งการใช้ขนาดของสายสวนที่เล็กจะทำให้การกดแผลให้เลือดหยุดไหลได้ง่ายกว่าขนาดใหญ่ (Ammann, Brunner-La Rocca, Angehm, Roelli, Sagmeister & Rickli, 2003) จากสาเหตุที่กล่าวมาทำให้เลือดหยุดไหลง่ายอยู่แล้ว อาจมีผลทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการกดแผลห้ามเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในการศึกษาครั้งนี้

4. ระดับความเจ็บปวดแผลขณะกดแผล พบว่า ในกลุ่มที่ใช้มือกด ค่าเฉลี่ย 2.24 (S.D. = 1.85) และในกลุ่มที่ใช้เครื่องกด ค่าเฉลี่ย 1.84 (S.D. = 2.03) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับคะแนนความเจ็บปวดที่พบทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับน้อย อาจจะเป็นไปได้ว่า ขณะที่กดแผลห้ามเลือดยังมีฤทธิ์ของยาชาอยู่ เนื่องจากระยะเวลาตั้งแต่ฉีดยาชาจนเริ่มกดแผลเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยเฉลี่ย 24.96 นาที ในกลุ่มที่ใช้มือกด และ 24.40 นาที ในกลุ่มที่ใช้เครื่องกด ยาชาที่ใช้ในการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ใช้ 2 % Lidocaine ซึ่งเป็นยาชาเฉพาะที่ที่มีระยะเวลาออกฤทธิ์ปานกลาง ดูดซึมเข้ากระแสเลือดในปริมาณที่ต่ำมาก และมีค่าครึ่งชีวิต 7 – 30 นาที (สุเพ็ญ ภัทรกิจวาณิช, 2542) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการกดแผลห้ามเลือดในช่วงที่ยังมีฤทธิ์ของยาอยู่พอดี อาจมีผลทำให้คะแนนระดับความเจ็บปวดแผล ขณะกดแผลต่ำกว่าความเป็นจริงได้ และทำให้ไม่พบความแตกต่างของการกดแผลทั้งสองวิธี

5. ระดับความเจ็บปวดแผล 16 – 24 ชั่วโมงหลังตรวจ พบว่า ในกลุ่มที่ใช้มือกด ค่าเฉลี่ย 0.20 (S.D. = 0.58) และในกลุ่มที่ใช้เครื่องกด ค่าเฉลี่ย 0.76 (S.D. = 0.58) โดยในกลุ่มที่ใช้มือกดมีระดับคะแนนความเจ็บปวดแผลต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้เครื่องกดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = 0.004) ระยะนี้ไม่มีฤทธิ์ของยาชาอยู่ และผู้ป่วยทุกรายสามารถลุกจากเตียงได้แล้ว ดังนั้นความเจ็บปวดแผลน่าจะเป็นผลมาจากการกดแผลโดยตรง สาเหตุที่การกดแผลด้วยเครื่องมีระดับคะแนนความเจ็บปวดแผลมากกว่าอาจเนื่องมาจากพื้นผิวสัมผัสของแป้นกดซึ่งเป็นพลาสติกมีลักษณะแข็งและกว้างกว่า ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่า การใช้มือกดที่นิ้วมือจะมีความนุ่มมากกว่า แต่ระดับความเจ็บปวดแผลของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับน้อยมาก

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิเคราะห์

1. เป็นแนวทางในการเลือกใช้วิธีกดแผลห้ามเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด

2. ได้แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการกดแผลห้ามเลือด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้

จากการวิเคราะห์งานครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจ และหลอดเลือดผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบที่ได้รับการกดแผลห้ามเลือดโดยการใช้มือกดและการใช้เครื่องกด ไม่มีความแตกต่างกันในด้านภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการกดแผล ระดับความเจ็บปวดแผล

ขณะกดแผล ยกเว้นระดับความเจ็บปวดแผลหลังตรวจ 16 – 24 ชั่วโมงที่การใช้มือกดแผลต่ำกว่าการใช้เครื่องกดแผล ซึ่งระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับน้อยมาก แสดงว่าการใช้เครื่องกดแผลมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้มือกดแผล ซึ่งสามารถนำมาใช้ทดแทนการใช้มือกดแผลได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ หรือมีผู้ป่วยในความดูแลหลายรายในคราวเดียวกัน ซึ่งการกดแผลโดยการใช้เครื่องกดแผล ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้ในขณะที่ทำการกดแผล

ผู้วิเคราะห์จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ดังนี้

1. ควรนำแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับการกดแผลห้ามเลือดไปใช้ในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะการนำเครื่องวัดความดันโลหิตแบบสปริงสำหรับวัดแรงกดแผลในการฝึกกดแผลห้ามเลือดสำหรับบุคลากรใหม่

2. ควรนำมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ numerical rating scale ไปใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการกดแผลห้ามเลือด

3. ควรนำผลระดับความเจ็บปวดที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการให้สุขศึกษาผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด เพราะการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงระดับความเจ็บปวดก่อน จะทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับความเจ็บปวด ช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

สุเพ็ญ ภัทรกิจวาณิช. (2542). ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthetics). ใน คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา วพม. (บรรณาธิการ.), **สาระสำคัญวิชาเภสัชวิทยา**. (หน้า 162 – 165). นนทบุรี : บริษัท เอส. อาร์. พริ้นติ้งแมสโปรดักส์ จำกัด.

Ammann, P., Brunner-La Rocca, H. P., Angehrn, W., Roelli, H., Sagmeister, M. & Rickli, MD. H. (2003). Procedural complications following diagnostic coronary angiography are related to the operator's experience and the catheter size. **Catheter Cardiovascular Intervention**, **59**(1), 13 - 18.

Baim, S. D. & Grossman, W. (2000). Complication of cardiac catheterization. In Baim, S. D. & Grossman, W. (Ed.). **Grossman' s cardiac catheterization, Angiography, and Intervention**. (6th ed.) (pp. 35 - 68). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Bally, K., Campbell, D., Chesnick, K. & Tranmer, E. J. (2003). Effects of patient - controlled music therapy during coronary angiography on procedure pain and anxiety distress syndrome. **Critical Care Nursing**, **23**(2), 51 - 58.

Beaver, K. (2002). Femoral artery hemostasis with the FemoStop compression system : The importance of proper dome placement. Cath Lab Digest, [On-line] Available WWW : www.cathlabdigest.com/cld/displayTOC.cfm?issueID=archive/CurrentIssue14-Oct-2002-02-12-36

Davis, C., Vanriper, S., Longstreet, J., Moscucci, M. & Arbor, A. (1997). Vascular complications of coronary intervention. **Heart & Lung**, **26**(2), 118 - 127.

Deligonul, U., Roth, R. & Flynn, M. (1999). Arterial and venous access. In M. J.Kern (Ed.). **The cardiac cathterization handbook** (3nd ed.) (pp. 51 - 122). St. Louis : Mosby.

การป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัด *

หอผู้ป่วยโสต 1 - 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป
และหอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

ชื่อโครงการ โครงการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัด

กรรมการ

นางวราภรณ์	วิภาสวงศ์	หัวหน้าหอผู้ป่วยโสตฯ 1
นางสาวศิริขวัญ	สุดใจ	พยาบาลหอผู้ป่วยโสตฯ 1
น.ส. ธีรชนก	จันต๊ะ	พยาบาลหอผู้ป่วยโสตฯ 2
นางสุรภี	แสนสมบัติ	พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 3
พญ. สายสวาท	ไชยเศรษฐ	อาจารย์ภาควิชาโสต ศอ นาสิก วิทยา

ที่ปรึกษาโครงการ

ร.ศ. พญ. ยุพา	สุมิตสวรรค์	ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา
ร.ศ. ฉวีวรรณ	ธงชัย	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

กรรมการพัฒนาคุณภาพ หู คอ จมูก (PCT-ENT)

ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 เดือนตุลาคม 2546
ขยายผลสู่หอผู้ป่วยพิเศษ 3 มกราคม 2548

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเข้ารับบริการเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด โดยให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ฉายรังสี ให้ยาเคมีบำบัด และหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ แผนการรักษา และระยะของโรคที่ดำเนินอยู่ ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากสูง โดยเฉพาะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่เกิดขึ้นเกือบทุกราย จากรายงานตัวชี้วัดคุณภาพของหอผู้ป่วย โสต นาสิก ลาริงซ์ 1 และ 2 ในเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2546 พบผู้ป่วยเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบถึง 23 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 25 ราย ซึ่งสูงถึงร้อยละ 84

ดังนั้นหอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 จึงสนใจจัดทำโครงการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดจากการทบทวนความรู้

* โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

จากผลการวิจัยที่มีอยู่ มาพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบ บรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง

จากการนำแนวปฏิบัติป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบมาใช้ในหอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 พบว่า การเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนสิงหาคม 2547 เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบเพียงร้อยละ 23.81 จึงขยายผลการใช้แนวปฏิบัติสู่หอผู้ป่วยพิเศษ 3 ตั้งแต่ตุลาคม 2547

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและหรือได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 และพิเศษ 3

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. จำนวนผู้ป่วยฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบลดลง
2. ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลลดลง

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย

จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบลดลงน้อยกว่าร้อยละ 30

การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2546 ถึงกันยายน 2547

1. แต่งตั้งคณะทำงาน
2. กำหนดระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2546 ถึงธันวาคม 2548
3. กำหนดวิธีการประเมินและผลลัพธ์
4. สืบค้นผลงานเชิงประจักษ์ พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหอผู้ป่วย
5. ร่างแนวปฏิบัติโดยผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ปฏิบัติ
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติ
7. ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลการทดลองและปรับปรุงแก้ไข
8. ประกาศใช้แนวปฏิบัติ
9. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2546 ถึงสิงหาคม 2547
เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบร้อยละ 23.81 (N = 41)

ครั้งที่ 2 เดือนกันยายน ถึงธันวาคม 2547
เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบร้อยละ 22.22 (N = 18)

10. ขยายผลโครงการสู่หอผู้ป่วยพิเศษ 3 เดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2548

ผลลัพธ์

ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม 2548
เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบร้อยละ 21.95 (N = 41)

ครั้งที่ 2 เดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม 2548
อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยโสตฯ 1 - 2 และพิเศษ 3 KawanKo, I., Long, L., Hodgkinson, B., & Evan, D., 1998. (level 4 evidence)

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
   1.1 ประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษาและยาเคมี

บำบัดทุกราย

1.2 ให้ข้อมูลการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย

1.3 ส่งผู้ป่วยพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากก่อนการรักษาทุกราย

2. การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบผู้ป่วย

2.1 การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบผู้ป่วย ใช้แนวทางการแบ่งระดับเยื่อบุช่องปากอักเสบของ WHO ดังนี้

ระดับ 0 ไม่มีอาการ

ระดับ 1 เจ็บปาก แต่ไม่มีแผล

ระดับ 2 เจ็บปาก มีแผล แต่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ตามปกติ

ระดับ 3 รับประทานได้เฉพาะอาหารน้ำเท่านั้น

ระดับ 4 รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่ได้เลย

2.2 ประเมินเยื่อบุช่องปากผู้ป่วยทุกสัปดาห์

3. แนวทางการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.1 การดูแลสุขภาพในช่องปาก

- แปรงฟันและลิ้นอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
- ฝึกอ้าปากทุกวัน ๆ ละ 5 - 6 ครั้ง
- กรณีที่แปรงฟันไม่ได้ ต้องบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหารหรือดื่มอาหารน้ำ
- กรณีที่ให้อาหารทางสายยาง ต้องบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังได้รับอาหารทุกมื้อ

3.2 การรับประทานอาหารและน้ำ

- รับประทานอาหารครบ 5 หมู่
- งดอาหารที่มีรสจัด หรืออาหารหมักดอง
- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว
- กรณีได้รับอาหารทางสายยางเพิ่มน้ำระหว่างมื้อ 100 ม.ม. และเพิ่มน้ำหลังให้อาหารทางสายยาง 100 ม.ม. ถ้าไม่มีข้อจำกัด

4. การให้ความรู้

4.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

- เรื่องการปฏิบัติขณะได้รับรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด
- ทบทวนความรู้ผู้ป่วยทุก 2 - 4 สัปดาห์
- ให้ความรู้ซ้ำเมื่อพบผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง

4.2 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่

- ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน
- ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบแก่เจ้าหน้าที่ใหม่หรือเจ้าหน้าที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคน
- ทบทวนความรู้เจ้าหน้าที่ทุกปี

5. การดูแลต่อเนื่อง

5.1 ประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบอย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.2 ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทุกปี

5.3 รายงานการเกิดเยื่อบุช่องปากและ

เก็บรวบรวมจำนวนการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบทุก 6 เดือน

5.4 วิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยแต่ละรายและหาแนวทางแก้ไข

5.5 ติดตามนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

6. การพัฒนาคุณภาพ

6.1 ทบทวนการใช้แนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์สาเหตุการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบ ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติให้มีความเหมาะสมต่อการใช้ทุก 6 เดือน

6.2 สืบค้นผลงานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ในการป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบ เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6.3 ขยายผลการใช้แนวปฏิบัติสู่หอผู้ป่วยอื่นที่มีผู้ป่วยลักษณะคล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

ประยุทธ์ โรจน์พรประดิษฐ์. (2544). Head and neck cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ (บรรณาธิการ), **Manaul of Radiation Oncology** (หน้า 1 – 42). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงทอง ไกรพิบูลย และคณะ. (2541). Advanced radiation therapy. ใน วรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ), **ตำรารักษาโรคมะเร็ง 2**. (หน้า 110 – 124). กรุงเทพฯ : เยียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.

วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). Principles of radiation oncology. ใน วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ (บรรณาธิการ), **Manual of radiation oncology** (หน้า 1 - 20). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธ์. (2546). การป้องกันและลดความรุนแรงของอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด : **การบำบัดทางการพยาบาล : วิถีสู่การพัฒนาคุณภาพ**. การประชุมวิชาการภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ครั้งที่ 9. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วันที่ 18 – 20 สิงหาคม 2546.

วรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ). (2543). **การรักษาโรคมะเร็งในสหัสวรรษใหม่ 2000**. (หน้า 347 – 381). กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.

สุภาวดี ประคุณหังสิต และสมยศ คุณจักร. (2544). **ตำรา โสต ศอ นาสิกวิทยา**. กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิสชิ่ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. ใน พรศรี คิดชอบ และคณะ (บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา (Principle of Oncology)** (หน้า 200 - 220). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

KawanKo, I., Long, L., Hodgkinson, B., & Evan, D. (1998). **The effectiveness of strategies for preventing and treating chemotherapy and radiation induced oral mucositis in patients with cancer**. Adelaide : The Joanna Briggs Institute for evidence based practice and midwifery.

Martin, N., Srisukol, S., Kunpradist, O., & Suttajitm, M. (1999). Cancer survival in Chiang Mai Thailand. In R. Sankarannayanan, R. J. Black & D. M. Parkin (Eds.), **Cancer survival in developing contries** (pp.101 – 121). France : Lyon.

Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facillitate evidence based practice, **Nursing Outlook**, **49**(6), 272-279.

อุปกรณ์สำหรับพยุงหลอดแก้วบรรจุเลือด (tube holder)*

จันทร์เพ็ญ ปิ่นแก้ว **

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ป่วยประเภทที่ต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อนเป็นพิเศษมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยมีการทำหัตถการและการเจาะเลือดบ่อยครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงหลาย ๆ ด้านต่อบุคลากรทางการพยาบาล และทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยและมั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการทำงาน ปัจจุบันหน่วยปฏิบัติการตรวจเลือดได้ผลิตหลอดแก้วสำหรับบรรจุเลือดเป็นระบบสูญญากาศ ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องแทงเข็มลงตรงจุกหลอดแก้วเพื่อให้ระบบสูญญากาศดูดเลือดลงในหลอดแก้ว ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกเข็มทิ่มแทงมือ

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้หาวิธีการแก้ปัญหาโดยสร้างอุปกรณ์สำหรับพยุงหลอดแก้วบรรจุเลือด (tube holder) เพื่อช่วยลดโอกาสและป้องกันความเสี่ยงจากเข็มทิ่มแทงที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามนโยบายของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของฝ่ายการพยาบาล

การปฏิบัติก่อนการประดิษฐ์นวัตกรรม

การปฏิบัติเมื่อประดิษฐ์นวัตกรรม

---

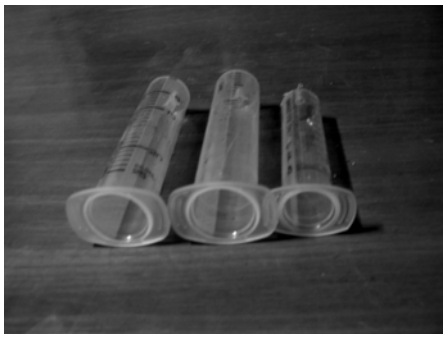
* สิ่งประดิษฐ์

** หัวหน้าผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ที่ปรึกษา คุณนิภา ภู่ประวะโรทัย (ผู้ตรวจการพยาบาล) คุณพรรณรัตน์ บุญโถ (หัวหน้าหอผู้ป่วย) และคุณนิตยา ภิมุข (พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย)

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้

1. กระป๋องพลาสติกใสมีฝาปิด 1 ใบ นำฝาปิดมาเจาะรู ขนาดและจำนวนตามที่ต้องการ



2. ดินน้ำมัน 2 ก้อนสำหรับใส่ในกระป๋องพลาสติก

3. หลอดฉีดยาขนาด 20 ซีซี 2 อัน และขนาด 10 ซีซี 1 อัน

ค่าใช้จ่าย

1.	กระป๋องพลาสติกใสมีฝาปิด	1	ใบ	10	บาท
2.	ดินน้ำมัน	2	ก้อน	10	บาท
3.	แถบกาวสีต่าง ๆ			5	บาท
		รวม		**25**	**บาท / ชุด**

หมายเหตุ หน่วยงานจัดทำอุปกรณ์สำหรับพยุงหลอดแก้วบรรจุเลือด (tube holder) จำนวน 2 ชุด รวมค่าใช้จ่าย 50 บาท

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. สามารถลดโอกาสเกิดความเสี่ยงจากเข็มทิ่มแทงมือที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการพยาบาล
2. สามารถป้องกันความเสี่ยงจากเข็มทิ่มแทงมือที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการพยาบาล
3. ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลเกิดความรู้สึกปลอดภัย มั่นคงทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการทำงาน

อุปกรณ์เครื่องงอเข่าประยุกต์*

ศศิพร กงถัน **
อดิศักดิ์ ศรีจา ***

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกต้นขาหัก ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักและตามด้วยการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกไว้ภายในร่างกาย ช่วงระยะดึงถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยเหล่านี้มักจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนขาข้างที่หัก ทำให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวน้อยหรือผู้ป่วยบางคนจะไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนักขาบน Bohler broun หรือวางบนหมอน ช่วงระยะต่อมา เมื่อมีการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังคงถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อเข่าต่ออีกประมาณ 2 - 3 วัน

การที่อวัยวะส่วนขาและเข่าไม่ได้เคลื่อนไหว ทำให้กระทบต่อการไหลเวียนโลหิตภายในอวัยวะนั้น ๆ และทำให้เกิดการตึงตัวของเอ็นยึด (ligament) ที่ข้อเข่า ส่งผลให้มีการดึงรั้งข้อในท่างอหรือเหยียด หรือการที่ไม่ได้เคลื่อนไหวข้อ อาจทำให้มีแคลเซียมไปเกาะที่กล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ทำให้ข้อถูกยึดติดแข็ง จนเกิดข้อติดแข็งขึ้นได้ และจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเมื่อส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดพบว่า

1. ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถงอข้อเข่าได้หรืองอได้เพียงเล็กน้อย
2. บางรายต้องใช้เครื่อง continuous passive motion ช่วยเพิ่มการงอเข่า
3. มีความเจ็บปวดมากในระยะแรกของการเริ่มกายภาพบำบัด
4. ใช้เวลานานหลายวันจึงจะสามารถงอเข่าได้มากกว่า 90 องศาตามเกณฑ์มาตรฐาน

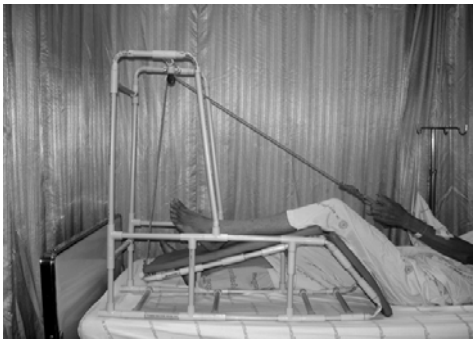
จากผลที่เกิดกับผู้ป่วย ทำให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยออรโธปิดิกส์ชาย 1 มีแนวคิดที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนไหวข้อเข่าเร็วขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด จึงได้ทำการประยุกต์เครื่องงอเข่าขึ้นจากอุปกรณ์ Bohler braun ที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ให้สามารถใช้งานได้มากขึ้น ได้แก่ ใช้วางขาให้สูงขึ้น ซึ่งช่วยลดอาการบวม และสามารถใช้บริหารข้อเข่าให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อได้ตลอดเวลาที่ต้องการ อุปกรณ์ชนิดนี้ ต่อมาได้พัฒนารูปแบบให้มีความสะดวกใช้มากขึ้น (ดังแสดงในรูป)

---

* สิ่งประดิษฐ์

** พยาบาล ระดับ 6 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 และ 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 และ 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ขาข้างที่ผ่าตัดลดอาการบวม
2. เพื่อให้เข่าได้มีการเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด
3. เพื่อป้องกันและลดภาวะข้อเข่าติดแข็งหลังผ่าตัด

อุปกรณ์ที่ใช้

1. ท่อ PVC สีเหลืองขนาด 3/8 หรือ 3 หุน จำนวน 3 เส้น
2. ข้อต่อ 3 ทาง จำนวน 50 ตัว
3. ข้อต่องอ จำนวน 10 ตัว
4. กาวสำหรับต่อท่อ PVC 2 กระป๋อง
5. ฟองน้ำ ขนาด 20 x 70 ซ.ม. 1 ชิ้น
6. ฟองน้ำ ขนาด 20 x 30 ซ.ม. 1 ชิ้น
7. ผ้าใบขนาดความยาว 1 เมตร 1 ชิ้น
8. น้ำหนัก
9. เชือก 1 เส้น
10. รอก 1 ตัว
11. ตะขอ 1 ตัว

วิธีการทำ

- เขียนแบบโครงสร้างเป็นรูปร่างของแบบที่ต้องการ เพื่อให้เข้าใจในการตัดต่อ

- ใช้ข้อต่อ 3 ทาง วางเป็นรูปร่างของแบบที่สำหรับวางขา แล้ววัดระยะความยาวที่จะใช้ แล้วตัดท่อตามที่วัดได้ เชื่อมเข้ากันด้วยกาว เพื่อให้เกิดความแข็งแรง

- การทำมุมสำหรับปรับหมุนทำมุม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถงอเข่าได้ตามมุมที่ต้องการ โดยนำท่อที่ตัดไปลนไฟเพื่อให้ท่อออ่อนตัว แล้วสอดเข้ากับข้อต่อ 3 ทาง หมุนท่อให้หลวมได้ที่ แล้วเอาออกแช่น้ำ เพื่อให้ท่อแข็งตัวเร็วขึ้น ก่อนนำไปสอดเข้ากับข้อต่อที่จะใช้หมุนทำมุม

- ได้แบบที่วางขาแล้ว จึงทำฐานบน - ล่างของที่วางขา โดยใช้แนวทางขั้นตอนเดิมในการทำฐานบน - ล่างของที่วางขา คือใช้ข้อต่อ 3 ทาง วางเป็นรูปแบบแล้วจึงตัดท่อเชื่อมต่อกันด้วยกาว เพื่อให้ได้แบบฐานบน - ล่าง เหมือนกัน แล้วจึงประกอบแบบฐานบน - ล่างเข้าด้วยกัน โดยใช้ท่อเชื่อมต่อทากาว และใช้ค้อนยางทุบให้แบบเข้ารองโดยเร็ว ก่อนที่กาวจะแห้งทำให้แบบผิดรูป

- ทำการวัดมุมของต้นขา แล้วทำการเชื่อมต่อท่อในมุมงอของต้นขาระหว่างฐานบน - ล่างเข้าด้วยกัน

- ทำการต่อท่อที่ปลายเท้าให้สูงขึ้นไป เพื่อที่จะได้ทำที่ใส่รอก หลังจากนั้นก็เชื่อมต่อท่อเพื่อยึดโครงด้านบนให้แข็งแรง ใช้เชือกมัดส่วนปลายของฐานบนด้านในผ่านขึ้นไปบนรอก ผ่านลงมายังต้นขาโดยที่ปลายเชือก

ส่วนต้นขาผูกติดกับตะขอไว้

- ทำการตัดเย็บฟองน้ำกับผ้าใบให้ได้แบบที่สวยงาม ใช้รองขาหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายในของกระดูกต้นขา

วิธีการนำมาใช้

- วางเครื่องงอเข่าประยุกต์บนเตียงผู้ป่วย โดยให้ตะขอที่ผูกกับปลายเชือก คล้องติดฐานไว้ เพื่อให้ส่วนที่วางขายกสูงและขนานกับพื้น
- ยกขาผู้ป่วยข้างที่ทำผ่าตัดวางบนเครื่องงอเข่าประยุกต์ ขาจะถูกยกสูงไว้
- เมื่อต้องการบริหารข้อเข่าให้ได้รับการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยใช้มือปลดตะขอ แล้วดึงเชือกขึ้น - ลง เข่าผู้ป่วยจะมีการเหยียดและงอตามจังหวะขึ้นลง
- เมื่อต้องการพักขาให้อยู่นิ่ง ให้คล้องตะขอเก็บไว้ที่เดิม

งบประมาณ

เครื่องงอเข่าประยุกต์ หน่วยละ 750 บาท

ผลการทดลองใช้

เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 7 ราย พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด สามารถใช้อุปกรณ์นี้รองขาให้สูง เพื่อลดอาการบวมแทนการใช้หมอนได้ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยสามารถขยับข้อเข่าให้ขาเหยียดหรืองอได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ซึ่งช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น และลดการดึงรั้งของเส้นเอ็นบริเวณข้อเข่า ผู้ป่วยทุกคนเมื่อส่งทำกายภาพบำบัดในอีก 2 วันต่อมา พบว่า สามารถทำกายภาพบำบัดได้ตั้งแต่เริ่มแรก โดยมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย อาการบวมลดลง ไม่มีผู้ป่วยรายใดต้องใช้เครื่อง continuous passive motion ช่วย และสามารถงอเข่าได้ตามเกณฑ์ที่แพทย์ต้องการ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ในการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100 โดยรู้สึกสบายขณะวางขาพักไว้บนอุปกรณ์ สามารถเคลื่อนไหวเหยียดและงอเข่าได้เร็วหลังผ่าตัด ทำให้ได้บริหารกล้ามเนื้อส่วนอื่น เช่น มือและแขน ขณะทำการออกกำลังเหยียดและงอเข่าด้วย สำหรับความคิดเห็นของทีมแพทย์ พบว่า แพทย์พึงพอใจมาก เพราะเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ได้ดี มีประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วย

สำหรับในส่วนของผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้สอบถามความคิดเห็นต่ออุปกรณ์นี้ โดยแบ่งระดับเป็น เห็นด้วยมาก ปานกลาง น้อย จากเจ้าหน้าที่จำนวน 17 ราย พบว่า ความเห็นว่าอุปกรณ์มีความสะดวกและง่ายในการนำไปใช้ รูปลักษณะอุปกรณ์เหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ ประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับการวางขาบนหมอนภายหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมากทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 เช่นเดียวกับความรู้สึกพึงพอใจต่ออุปกรณ์ซึ่งมีความเห็นระดับมากทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 เช่นกัน

สรุป

เครื่องงอเข่าประยุกต์ชนิดนี้ เป็นอุปกรณ์ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักมาก โดยช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ทันทีหลังผ่าตัด ลดปัญหาข้อติดแข็งได้ ลดบวม สามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ อุปกรณ์ชนิดนี้สามารถใช้ทดแทนเครื่องงอเข่า (continuous passive motion) ที่มีราคาแพงและมีจำนวนจำกัดได้ การผลิตสามารถทำได้เองโดยเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วย มีราคาต้นทุนเหมาะสม เป็นอุปกรณ์ที่เคลื่อนย้ายได้ง่าย น้ำหนักเบา สะดวกต่อการนำมาใช้กับผู้ป่วยมาก

ย่ำแดนซากุระ คละปลาดิบ จิบสาเก เหล่กิโมโน

ศรีทัย สีทิพย์ *

ได้รับทราบข่าวมี *ทุนนิปปอน* (Nippon) มาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก็เลยส่งใบสมัครผ่านฝ่ายการพยาบาล เพื่อไปชิงดำกับประเทศอื่น ๆ แล้วทางฝ่ายการพยาบาลก็บอกว่าทางโน้น (Japan – แจแปน) ตอบรับมาแล้วว่าเลือกผมก็เลยเป็นที่ไปที่มาของการได้รับทุนดูงานครั้งนี้

การเตรียมตัวก่อนไปดูงาน – อันดับแรกที่สำคัญน่าจะเป็นเรื่องการเตรียมเรื่องภาษา เพราะได้ข่าวมาว่าคนญี่ปุ่นไม่ค่อยพูดภาษาอังกฤษกัน ก็ไปสอดส่องและสอดส่ายหาที่เรียนภาษา ด้วยความที่ไม่เคยรู้เรื่องภาษาญี่ปุ่นเลยและจะไประยะใกล้ ก็เลยตัดสินใจไม่เลือกเรียนการเขียน แต่เลือกเรียนการพูดและวัฒนธรรมของญี่ปุ่น เพื่อจะได้ไม่ (ค่อย) เป็นปัญหาด้านการสื่อสารและทำตัวเป๋อ เปิ่น แถวนั้น

ต่อมาก็เตรียมเรื่องของที่ระลึก (O miyage – โอ่มิยาเง่ะ) เพราะหากเราไปเป็นแขก หรือไปบ้านใครที่ญี่ปุ่น ต้องมีของที่ระลึกติดไม้ติดมือไปด้วย เพื่อเป็นใบเบิกทางและเป็นประเพณีของญี่ปุ่นจริง ๆ ที่พึ่งของผมในยามนี้ก็คือถนนคนเดินวันอาทิตย์และไนท์บาร์ซ่า ซึ่งได้รับความกรุณาจากหัวหน้าหน่วยตรวจฉุกเฉิน (พี่ปุ้ย) พาไปซื้อในวันที่พายุถล่มเชียงใหม่ ได้ของมามากมายแบบสวยหรูดูเริด ราคากันเองนะครับ

ต้องไปทำพาสปอร์ตและวีซ่า พาสปอร์ตไม่มีปัญหาเพราะให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ทำให้ ค่าธรรมเนียม 300 บาท ได้พาสปอร์ตมา หน้าสมุดจะเป็นสีน้ำเงิน เขียนบอกว่า "หนังสือเดินทางราชการ" มีอายุ 2 ปี ต่างจากพาสปอร์ตทั่วไปที่มีปกสีแดงเลือดหมู พอมาถึงการทำวีซ่า ต้องเอาแบบฟอร์มโดยการโหลดทางอินเตอร์เน็ต แล้วไปยื่นที่กงสุลญี่ปุ่น (ทางไปโรบินสัน) พ่อคุณทูนหัวเอ๋ย กว่าจะผ่านก็ตั้ง 3 รอบแน่ะ เพราะว่ารายละเอียดขาดโน่นนิด นี่หน่อย วุ้ย ต้องเมลไปหาทางญี่ปุ่นให้แฟกซ์มาบ้าง โทรฯ มาคุยบ้าง เกือบจะตัดสินใจไม่ไปเสียแล้ว เพราะว่ามันขอยากจริง ๆ เลยคิดไปเองว่า คงกลัวเราไปดังแถวโน้นกระมัง เพราะเรามันก็หน้าตาดีมากคนหนึ่ง อิอิ

ได้วีซ่าแล้วก็ไปซื้อตั๋วเครื่องบิน ไปบริษัททัวร์ท่องเที่ยวแห่งหนึ่ง ตั๋วก็มีแบบตั๋วเดือน ตั๋ว 45 วัน ตั๋ว 2 เดือน และตั๋วปี ราคาก็เพิ่มขึ้นตามเวลานะครับ ตั๋วเดือนก็ถูกหน่อย ตั๋วปีแพงที่สุด หากไปขึ้นที่กรุงเทพฯ (คนญี่ปุ่นเรียกว่า บางกอกกุ) ก็ต้องไปสายการบินอื่น เรารึก็รักประเทศไทย ก็เลยเลือกสายการบินไทย รักคุณเท่าฟ้า เพราะนั่งจากเชียงใหม่ไปลงกรุงเทพฯ แล้วกรุงเทพฯ ไปลงที่นาริตะ (ญี่ปุ่น) ได้ครบแล้ว ก็เตรียมตัวไปซื้อของและเก็บกระเป๋าออ การดำเนินการทั้งหมดเนี่ย โดยมากแล้วต้องดำเนินการเองนะครับ หากรอคนมาช่วยเหลือหรือชี้แนะ คงจะไม่สำเร็จครับ ฉะนั้นใครจะไปดูงานต่างประเทศขอเรียนว่าคุณต้องลุยเอง

ไปซื้อของยังชีพนะครับ พวกมาม่า บะหมี่หมูหยอง โจ๊กซอง น้ำปลา (ญี่ปุ่นไม่มีน้ำปลา) กาแฟ และของใช้บางอย่างที่จำเป็น เช่น สบู่ ยาสีฟัน เจลใส่ผม

* พยาบาล ระดับ 6 หน่วยตรวจฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ของทุกอย่างต้องเตรียมไว้ เพราะได้ข่าวว่าของแพงมาก และแม่บอกว่า “อย่าหวังพึ่งน้ำบ่อหน้า” ก็เลยเตรียมไปหมด ไม่เว้น เข็ม ด้าย สำคัญก็คือยาที่จำเป็นต้องใช้ทุกระบบ เตรียมไปหมด เพราะว่าหากเจ็บไข้ได้ป่วยมาจะได้ประทังอาการได้ครับ

วันเดินทางได้เพื่อนที่แฟลต (แหม่มนภาพร-สาวห้องผ่าตัดหัวใจ) ขับรถมาส่งแล้วพี่ ๆ น้อง ๆ มาส่งกันถ้วนหน้าพี่ดำ พี่ต้อย พี่ลักษณ์ พี่ปุ้ย น้องก้อย พี่ฟุ้น พี่กุ้ง มากันประมาณ 3 รถทหาร ผมเคยไปต่างประเทศ แต่ไม่ใจหายเหมือนครั้งนี้ เพราะว่าเคยไปประเทศที่พูดภาษาอังกฤษได้ แต่ก็อย่างว่านะครับ the show must go on. – เอาตังหน้าเป๋นไป ก็เลยไม่ค่อยหวั่นใจเท่าไหร่นะครับ สู้ สู้ วี๊ด ๆๆๆๆๆๆๆๆ บู่ม ๆๆๆๆๆๆๆๆ

เครื่องออกประมาณ 3 ทุ่ม แล้วมารอเครื่องที่ดอนเมืองอีก เครื่องออกตอนเที่ยงคืนสิบห้า ระหว่างบนเครื่องก็ไม่ได้คุยกับใครยกเว้นน้องแอร์ (โฮสเตส) อ้อ เวลาที่ญี่ปุ่นเร็วกว่าไทย 2 ชั่วโมง ต้องหมุนนาฬิกาให้ไวกว่าไทย 2 ชั่วโมงประมาณตี 4 กว่า ๆ น้องแอร์ก็เอาข้าวมาแจก เลือกรับประทานข้าวปลาซาม่อน (ปกติที่วังหม่อมแม่ให้ทานแต่ปลาสลิด) เทียบบ้านเรา ก็ตี 2 ปลุกให้มาทานข้าว แต่ด้วยเคยอยู่เวรดึก เลยทานได้ไม่มีปัญหา แล้วน้องแอร์ก็เอาใบกรอกคนเข้าประเทศมาให้กรอกว่าเคยเป็นไข้ เคยเป็นโรคอะไรหรือเปล่า เผื่อมีการแพร่เชื้อ จะได้ตามถูกที่ถูกคน

ถึงสนามบินนาริตะประมาณ 7 โมงเช้า ผ่านที่ตรวจคนเข้าเมือง ก็มีผู้หญิงมาขอดูกระเป๋าพร้อมกับสัมภาษณ์ว่ามาทำไม มาอยู่นานเท่าไหร่ เอาอะไรมาบ้าง เปิดกระเป๋าซิ ก็เปิดให้ดู มีแต่อาหารเพียบก็ไม่มีปัญหาอะไร

ออกมาเจอกับหมอคูวาบาร่า (Kuwabara sensei – sensei เซนเซ ใช้เรียกแทนหมอ อาจารย์ หรือผู้มีความรู้เยอะ ๆ) มารับพร้อมกับนักศึกษาแพทย์ นั่งรถไฟ 1,000 เยน (100 เยน = 38 บาท) มาลงที่ Ueno station (สถานีรถไฟอูเอะโนะ) แล้วต่อแท็กซี่อีกประมาณ 1,000 เยน มาลงหน้าโรงพยาบาล Sendagi (เซนเดงิ) ซึ่งเป็นโรงพยาบาล 1,200 เตียง หมอ 500 คน พยาบาล 1,000 คน มีเจ้าหน้าที่มารับหน้าโรงพยาบาลเพื่อเดินไปที่หอนานาชาติ อากาศวันแรกที่ไปหนาวเย็นชอบมากครับ แต่อากาศแบบนี้คนญี่ปุ่นบอกว่า สบาย ๆ

หัวหน้าพยาบาลผู้ชื่อ คิโนะซัง (Kino San – San อ่านว่าซัง แปลว่า คุณ) มารับที่หอนานาชาติ แล้วพาไปที่โรงพยาบาลส่วนที่เป็น CCM (critical care medicine) เป็นส่วนที่ผมต้องฝึกและดูงานในนี้ครับ ในนี้ประกอบด้วย ICU (intensive care unit) HCU (high care unit) และ ER (emergency room) มีพยาบาล 108 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล (helper) 4 คน ซึ่งทำงานเฉพาะเวรเช้าเกี่ยวกับการจัดของ ส่งของ ทำความสะอาด และส่งของแลก พยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ ICU 1 ทีม และ HCU + ER อีก 1 ทีม เวรจะมี 2 เวร คือ เวรเช้า (07.45 - 19.00 น.) และเวรบ่ายดึก (15.45 - 09.00 น.) แต่ก่อนเคยแบ่งเป็น 3 เวร (เช้า - บ่าย และดึก) แต่ว่าพอลงเวรบ่ายแล้ว พยาบาลไม่มีรถกลับบ้าน เพราะรถไฟฟ้าใต้ดิน (subway) วิ่งถึงเที่ยงคืน ก็เลยตัดสินใจยุบเหลืออยู่ 2 กะ แต่เวรดึกให้นอนพักคนละ 2 ชั่วโมง

โรงพยาบาลแห่งนี้มี ER 2 ที่ คือ ER เล็ก และ ER ที่ CCM หากเป็นไรเล็กน้อยก็มาที่ ER เล็กได้เลย แต่ ER ที่ CCM ต้องนำส่งโดยรถพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่กู้ชีพ (paramedic) นำส่ง paramedic จะสังกัดกับสถานีดับเพลิง (fire station) รถพยาบาลที่นี่จะดีมาก สูงโปร่ง มีเครื่องไม้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยครบครัน paramedic จะใส่ชุดที่ทับด้วยเสื้อฟ้า สกรีนด้านหลังว่า Tokyo fire station

ก่อนนำผู้ป่วยมาถึง ทาง paramedic จะโทรศัพท์มาประสานก่อนว่าคนไข้เป็นอะไร มีอาการอย่างไร

และให้การรักษาพยาบาลอะไรไปบ้างแล้ว อีกกี่นาทีจะถึงโรงพยาบาล ที่รับโทรศัพท์ของโรงพยาบาลจะเป็นแบบกระจายเสียง สามารถโต้ตอบกันได้ยินหมด หมอและพยาบาลก็จะมีเวลาเตรียมตัวในการรับผู้ป่วย ไม่เหมือนสวนดอกบ้านเรานะครับ ยามเธอจะมาเธอก็มาไม่บอกล่วงหน้าเลยนะครับ

ที่นี่ไม่มีพนักงานเปล เวลาจะทำเอกซเรย์ก็เรียกเอกซเรย์มาทำ ยกเว้นเวลาต้องการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พยาบาลและหมอก็ช่วยกันเข็นไปทำ การเจาะเลือดโดยมากเจาะเข้าเส้นเลือดแดง (arterial blood gas) ผลได้ภายใน 1 นาทีครึ่ง ไม่เกิน 20 นาที ก็ได้รับการนอนเข้าโรงพยาบาล ทำเวลาได้สะใจจริง ๆ

บัตรประจำตัวผู้ป่วยเป็นแบบแถบแม่เหล็ก เวลาจะนัดคนไข้มาหรือต้องการข้อมูล ก็สอดบัตรเข้าช่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งง่ายและสะดวก ป้องกันความผิดพลาดในการคีย์ข้อมูลหรือเลขที่โรงพยาบาลผู้ป่วย อีกทั้งไม่ต้องเสียเวลา เช่น บริเวณห้องโถงโอพีดี (OPD) จะมีเครื่องสำหรับรับการลงทะเบียนผู้ป่วยอัตโนมัติ (auto registration) ผู้ป่วยก็จะเอาบัตรประจำตัวสอดเครื่อง แล้วกดห้องที่ต้องการตรวจ (ในกรณีที่คนไข้เคยมารักษาด้วยโรคหรือห้องนั้น ๆ) ส่วนคนไข้ที่ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็จะมีเจ้าหน้าที่มาช่วยในการลงทะเบียน สำหรับผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้นำบัตรมาหรือบัตรหาย ก็จะมีการลงทะเบียนโดยมีเจ้าหน้าที่ช่วยในการกรอกประวัติ

อีกโรงพยาบาลที่ได้ไปคือโรงพยาบาลทามะนากายามะ (Tama Nagayama Hospital) ต้องตื่นตี 4 ครึ่ง เพื่อไปขึ้นรถไฟตอนตี 5 นิด ๆ ไปรถไฟใต้ดิน แล้วมาต่อรถไฟบนดินสาย local (ท้องถิ่น) ไปเองนะครับ ไม่มีใครไปส่ง ไปแบบมีแผนที่ในมือ หากหลง ก็ถามไปเรื่อย ๆ จนถึงโรงพยาบาลแห่งนี้เกือบ 8 โมงเช้า วันนี้หิวมาก เพราะไม่ได้ทานข้าวเช้า

โรงพยาบาลนี้ เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงด้าน doctor car เป็นรถคล้าย ๆ รถเก๋ง แต่กว้างกว่า สามารถรับผู้ป่วยได้ 1 คน แต่ doctor car ไม่ได้ออกปฏิบัติงานทุกครั้ง จะออกปฏิบัติงานเมื่อได้รับการร้องขอ หรือว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินและหนัก ทาง paramedic ไม่สามารถช่วยเหลือหรือตัดสินใจได้ เช่น ผู้ป่วยโดนของทับแขนขาด มีเลือดออกมาก ทาง paramedic เข้าไปช่วยเหลือแล้วต้องการ doctor car ช่วยเหลือผู้ป่วย ทาง doctor car ก็จะออกพร้อมปฏิบัติเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และ paramedic 1 คน สำหรับคนขับรถอาจเป็นแพทย์หรือ Paramedic เป็นผู้ขับ ผมมีโอกาสออกหน่วยไปด้วย ก็แปลกใจว่า ทำไมเขาถึงรู้ว่าคนไข้อยู่บ้านโน้น ซอยนี้ เมื่อเข้าไปในรถก็ถึงทราบว่า บริเวณด้านหน้าภายในรถจะมีจอบอกนำทาง (navigator) บอกทาง ซึ่งมีความชัดเจนมาก เช่น ถนนอะไร บ้านเลขที่เท่าไหร่ เมื่อกดข้อมูลที่จำเป็นไปลึก ๆ ก็จะมีแผนที่บอกทางให้ตลอด เช่น ผ่านไฟจราจร เลี้ยวซ้าย เลี้ยวขวา วุ้ย น่าทึ่งจริง ๆ

อ้อ เสียงหวอของ doctor car ผ่านไปทางไหน รถที่กำลังแล่นต้องหยุดให้ doctor car ผ่านไปก่อน แต่ก็จะมี paramedic ช่วยประกาศว่า ขอทาง ขอทาง รถฉุกเฉิน ขอบคุณครับ (แปลจากภาษาญี่ปุ่นนะครับ) เรานั่งรถไปด้วยก็ตื่นเต้นดี คงไม่ได้ตื่นเต้นกับจะไปดูคนไข้นะครับ เพราะเห็นจนชินแล้ว แต่ตื่นเต้นกับการออกนอกสถานที่มากกว่านะครับ

โรงพยาบาลที่ 3 ที่ผมไปฝึกและดูงาน คือ Houkso Byoin (โรงพยาบาลฮกโซะ) (Byoin – เบียวอิง = โรงพยาบาล) อยู่แถวชิบะ (Chiba) ใกล้ ๆ กับทะเล ช่วงที่ผมไปเป็นช่วงไต้ฝุ่น ต้องต่อรถไฟสามตลบ (บนดิน) และก็ไปต่อรถบัสของโรงพยาบาลจนถึงโรงพยาบาล อ้อ ลืมบอกนะครับ โรงพยาบาลสามแห่งนี้เป็นโรงพยาบาล

Navigator สำหรับ Doctor car ที่ Tama Nagayama Hospital

สังกัดมหาวิทยาลัย Nippon medical school เป็นโรงพยาบาลเอกชน การเก็บค่ารักษาพยาบาล รัฐจ่ายร้อยละ 80 ผู้ป่วยจ่ายร้อยละ 20 ฉะนั้น หากเจ็บไข้ได้ป่วย ก็สามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้

โรงพยาบาลฮกโซ่เป็นโรงพยาบาลใหม่ 400 เตียง สร้างมา 10 ปี แต่ตัวอาคารยังใหม่มาก สวยงาม ผู้ป่วยนอกวันละ 1,500 ราย สิ่งที่เด่นที่สุดของโรงพยาบาลนี้ ก็คือการใช้เฮลิคอปเตอร์รับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เรียกว่า Doctor - Heli มีการบรรทุก 4 คน คือ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิค และพลขับ มีที่นั่งเหลือ 1 ที่สำหรับญาติ สำหรับผู้ป่วยให้นอนบนเปลที่มีล้อเลื่อนได้

มีศูนย์สำหรับรับข่าวสาร เมื่อมีคนโทรศัพท์เข้ามาจะผ่านศูนย์ห้องรับข่าวสาร แล้วจะดูในจอมอนิเตอร์ว่าผู้ป่วยอยู่ตำแหน่งไหน แพทย์และพยาบาลพร้อมในการออกรับผู้ป่วย Doctor - Heli จะออกปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า เนื่องจากเครื่องบินลำเล็ก ไม่สะดวกในการออกปฏิบัติงานยามค่ำคืน เมื่อนำคนไข้มาถึงโรงพยาบาล ก็จะรีบลำเลียงผู้ป่วยสู่ห้องฉุกเฉินทันที ซึ่งนับว่าใช้เวลาในการลำเลียงดีกว่าทางรถยนต์ สำหรับอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้เหมือนกับ doctor car แต่แตกต่างกันตรงที่มีตุ๊กตาสำหรับหลอกล่อเด็กเวลาขึ้นเครื่องด้วย สำหรับความถี่ในการออกปฏิบัติงานประมาณ 2 ครั้ง / วัน ค่าขนส่งไม่คิดมูลค่า เพราะบริการฟรี แต่ผมเดาว่าน่าจะคิดรวมกับค่ารักษานะครับ

สรุปว่าการดูงานในครั้งนี้ไป 3 โรงพยาบาล ได้อะไรมาเยอะมาก หากถามว่าใช้ภาษาอะไรในการสื่อสาร ต้องตอบว่าภาษาญี่ปุ่นครับประมาณ 80 % ตอนแรกไม่มั่นใจหรอกครับว่าจะเข้าใจ แต่ผมมีวิธีฝึกก็คือเวลาไปคุยกับคนไข้ก็บอกว่า Ohio Gosaimasu (สวัสดีตอนเช้าครับ) Watashiwa Kangofu (ผมเป็นพยาบาลครับ) Watashiwa Nihon jin dewa arimasen (ผมไม่ใช่คนญี่ปุ่นครับ) Watashiwa Tai jin desu (ผมเป็นคนไทยครับ) Watashiwa Nihon O sukhoshi Hanashimasu (ผมพูดภาษาญี่ปุ่นได้นิดหน่อยครับ) แล้วถามประโยคอื่น ๆ ต่อนะครับ หากมี 16 เตียงก็จะพูดแบบ 16 เตียงด้วยประโยค

กับ Doctor Heli ที่ Hokuso Hospital

เหมือนกันหมด มันเหมือนการฝึกนะครับ อยู่ไป อยู่ไป และก็อยู่ไป มันก็เริ่มรู้เรื่อง แล้วพูดได้ แต่ไม่ไวมากนะครับ (learning by doing) พยาบาลญี่ปุ่นก็จะชมว่า ทำไมเธอพูดได้ไวจัง เข้าใจฉันพูดด้วย ก็คิดในใจว่า "อันที่จริงชั้นก็ไม่ค่อยรู้หรอกว่าพวกเธอพูดอะไรกัน ฉันก็ hai hai ไฮ้ ไฮ้ ครับ ครับ ไปตามเรื่องละ แต่ชั้นก็เข้าใจว่าพวกเธอพูดอะไรกัน" อิอิ เลยรอดตัวไป

สำหรับภาษาอังกฤษใช้ได้มากเหมือนกันนะครับ มีฝรั่งมาบรรยายเรื่องอุบัติเหตุกลุ่มชนจากการวางระเบิด (blast injury) ก็จะมีการตอบโต้กันเป็นภาษาอังกฤษ หรือมีการดูงานของนักเรียนฝรั่งเกี่ยวกับอุบัติเหตุภายในญี่ปุ่นและการจัดการ เขาก็จะโทรฯ มาให้เราพ่วงไปฟังด้วยนะครับ ตอนนี้ภาษาอังกฤษจะสำคัญมากครับ เขาจะย้อนถามทุกครั้งว่าประเทศไทยเป็นอย่างไรบ้าง เหมือนกันหรือแตกต่างกันหรือเปล่า มีอุบัติเหตุอะไรที่เยอะบ้าง วุ้ย คำถามหมู ๆ (piggy question) ผมเตรียมไว้หมดแล้ว ก็เลย speech therapy ให้หมอญี่ปุ่นและฝรั่งฟัง สนุกเป็นบ้า (sanook pen bar) เลยครับ ฉะนั้นใครจะไปดูงานต่างประเทศ กรุณาศึกษาให้มากกับภาษาของประเทศที่ตนเองจะไปดูงาน และอย่าลืมภาษาอังกฤษนะครับ

อ้อ ไปครั้งนี้ผมได้ไปฝึกเกี่ยวกับอุบัติเหตุกลุ่มชนครับ เกี่ยวกับสถานีรถไฟใต้ดินถูกไฟไหม้ ซึ่งฝึกที่ Akihabara station (สถานีอะคิฮาบารา – Akihabara เป็นแหล่งจำหน่ายเครื่องใช้ไฟฟ้าอันดับ 1 ของญี่ปุ่นครับ) มีคนมาร่วมฝึกประมาณ 500 คน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ดับเพลิง เจ้าหน้าที่กู้ชีพ กู้ภัย เจ้าหน้าที่สถานี ทหาร ตำรวจ สำคัญที่สุดก็คือการจำแนกผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่ม (triage) คือ ด่วนมาก (emergent) ด่วน (urgent) และไม่ด่วน (non - urgent) มีโรงพยาบาลเคลื่อนที่อยู่ภายในรถ มีเตียง 9 เตียง เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด่วนมาก อุปกรณ์คล้าย ๆ กับห้องไอซียูครับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยด่วนและไม่ด่วนก็จัดให้อยู่ในเต้นท์ และมีการลำเลียงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่อไปในกรณีที่ทำการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว

ประโยชน์จากการดูงานครั้งนี้มีมากมายมหาศาล ได้ทราบระบบสุขภาพของญี่ปุ่น ทราบการจัดการเกี่ยวกับอุบัติเหตุกลุ่มชน และทราบเกี่ยวกับระบบของศูนย์

อุบัติเหตุ (trauma center) พอสมควร คงประมาณค่าของความรู้และประสบการณ์ในการดูงานครั้งนี้ไม่ได้ หากถามว่าไป 3 เดือนนี้น้อยไปหรือมากไป ก็ตอบไม่ได้นะครับ แต่ยังไม่อยากกลับไทยครับ เพราะว่ากำลังคุยกับคนญี่ปุ่นสนุก ฟังรู้เรื่อง พูด (พอ) รู้เรื่องนะครับ

ผมไม่ได้ไปดูงานอย่างเดียว ผมไปหาประสบการณ์ด้านอื่น ๆ ด้วย วัฒนธรรม การกินอยู่ การเดินทาง สำหรับการเดินทางโดยรถไฟฟ้าใต้ดิน (subway) และรถไฟบนดินของญี่ปุ่นนั้น มีความปลอดภัยสูง (มาก) รถมาค่อนข้างตรงเวลาและสะอาด แต่ค่อนข้างแพงนะครับ หากไประหว่าง 1 - 2 สถานี ผมมักจะเดินไปเดินกลับ หากมีเวลา เพราะจะประหยัดและก็มีเวลาทัศนศึกษาบ้านเมืองเขาด้วยครับ

อาหารการกิน ค่อนข้างแพงเอาการ ข้าวญี่ปุ่นอร่อยดีครับ ใช้ตะเกียบคีบข้าวเข้าปาก อาหารรสจะออกมัน ๆ เค็ม ๆ ไม่เผ็ดเลย ผมต้องเอาพริกแดงหรือพริกป่นโรยเสมอครับ ชอบใจที่นี่คือพวกผักกาดกะหล่ำปลี ผักอะไรหลายอย่างขนาดจะโตมากและปลอดสารพิษ สามารถทานได้อย่างสบายใจ

คนญี่ปุ่นจะไม่ค่อยสนใจกัน เช่น เวลาขึ้นรถไฟจะไม่มองใคร ใครจะแต่งตัวอย่างไรก็ช่าง ไม่สนหากไกลหน่อยก็หลับไป ไม่เหมือนคนไทยนะครับ มักจะมองอย่างไม่วางตาหากมีใครแต่งตัวเพี้ยน ๆ เข้ามา คนญี่ปุ่นมีวินัยครับ ไปอยู่ไม่เคยเห็นได้ยินเสียงโทรศัพท์มือถือในรถไฟใต้ดินนะครับ เวลาจอดรถก็จอดให้คนข้ามทางม้าลายห่างกันประมาณ 5 เมตร กลับหอดึกดื่นตี 1 ตี 2 ก็ยังรู้สึกปลอดภัย สำหรับสวนสาธารณะ (Koen – โคเอ็ง) เป็นที่พักผ่อนของประชาชนจริง ๆ ตอนกลางคืนก็เป็นที่นอนของคนไร้บ้าน (homeless)

สุขา มีอยู่ทั่วทุกมุมของญี่ปุ่น สะอาด แต่โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง ๆ หากเป็นเด็กตกลงไปในโถคงจะถูกดูดตาย (อิอิ) น่ากลัวจัง สำหรับโรงแรมหรือสนามบินจะมีส้วมแบบชักโครก วุ้ย มีปุ่มน้ำกดน้ำร้อน น้ำเย็น จะเอาแรงขนาดไหน จะให้ทำความสะอาดส่วนไหน ส่วนหน้าหรือส่วนหลัง มีเสียงหลอก เช่น กดแล้วจะมีเหมือนเสียงน้ำออก แต่ไม่มีน้ำออก เพื่อกลบเสียงขณะที่เรากำลังเบ่งนะครับ

ผมมีโอกาสไปเที่ยวหลายที่ในช่วงวันหยุดไปคนเดียว (hitori de – ฮิโตริเด่ะ) ไม่มีใครสอนหรอกครับว่าไปแบบโน้นแบบนี้ สำคัญต้องมีแผนที่ subway ในมือ กล้าถาม ก่อนไปต้องศึกษาข้อมูล

กับประธานทุนนิปปอน Professor Dr. Tsutomu Araki

ทางอินเตอร์เน็ตก่อนครับ เพื่อความมั่นใจ เช่น ไปเกียวโตไปอย่างไร ไปรถบัสราคาเท่าไหร่ ชินคันเซน (รถไฟที่วิ่งเร็วที่สุดในโลก) ราคาเท่าไหร่ ซื้อตั๋วที่ไหน ไปพักที่ไหน ราคากี่บาท จองผ่านอินเตอร์เน็ตทำอย่างไร ไปถึงแล้วต้องกำหนดเวลา ไม่งั้นจะเสียเวลานะครับ เพราะเวลาเราจะมีค่ามากในช่วงที่เราไปเที่ยวครับ นึกถึงตอนนี้แล้วผมอยากกลับไปอีกนะครับ

สำหรับคนญี่ปุ่น โดยมากเหมือนคนไทยนะครับ จะไม่พูดหากไม่สนิทกัน แต่หากสนิทกันมากก็ใจดีจนเราใจหายนะครับ วันเกือบสุดท้ายพาไปเลี้ยงซื้อของฝากให้มากมายจนหอบกลับแทบไม่ไหว

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณท่านคณบดี รองคณบดี พี่แดงหัวหน้าฝ่ายที่แสนใจดี รองหัวหน้าฝ่าย 2 ท่าน อ้ายโรจน์ที่ช่วยเป็นธุระหลายอย่าง พี่ดำ พี่ใหญ่ พี่ปุ้ย ฝ่ายสนับสนุน พี่ต้อย พี่อัม พี่หริ พี่ป้อม พี่ผาณิต ทีม ICN ทีม ESB (พฤติกรรมบริการ) ป้าหวาด แม่ใหญ่ น้าพร แม่จิราภรณ์ และพี่เล็ก งานธุรการพยาบาล ที่ช่วยเหลือทุกอย่างและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมาครับ รวมถึงพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ห้องฉุกเฉินทุกคน และขอกราบขอบพระคุณประธานกองทุนนิปปอนที่กรุณาเลือกผมไปดูงานในครั้งนี้

อยากเล่าอะไร ๆ ให้มากกว่านี้ เสียดายเนื้อที่ไม่เพียงพอครับ อย่างไรหากมีสิ่งใดชี้แนะ กรุณาติดต่อที่เมลผมนะครับ SSRITHIP@MAIL.MED.CMU.AC.TH นะครับ หรือติดตามอ่านเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยได้ในจุลสารอีอาร์ ทุกเดือนนะครับ

ท้ายสุดครับ ไปอ่านข้อความที่ฮิปโปเครติสกล่าวไว้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุว่า “first do not harm” หมายถึง เวลาเราเจอคนไข้อุบัติเหตุ อันดับแรกก็คือต้องตรวจดว่า เขาได้รับบาดเจ็บที่ไหนบ้าง อย่าเพิ่งเคลื่อนย้ายหากไม่จำเป็น เพราะการเคลื่อนย้ายโดยปราศจากการยั้งคิด อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บาดเจ็บมากขึ้นครับ หากเปรียบกับชีวิตคนเราก็เหมือนอย่าเพิ่งไปดูถูกคนอื่น ก่อนที่เขาจะแสดงฝีมืออย่าทำร้ายคนอื่นก่อน โดยปราศจากการยั้งคิดไตร่ตรองครับ เพราะ *“ชีวิตนี้สั้นนัก ควรรักกัน”* นะครับ

รักคนอ่านครับ

ศรีทัย สีทิพย์

พยาบาลระดับรากหญ้า

วันสุดท้ายที่ฝึกงานที่ Sendagi Hospital

สรรหามาฝาก

สุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

สิริลักษณ์ สลักคำ *

ด้วยเนื้อหาสาระส่วนใหญ่ในฉบับนี้เป็นเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ***สรรหามาฝาก*** ขอพูดคุยเกี่ยวกับ *การส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional health) และสุขภาวะทางสังคม (social health) ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ*

ในบริบทของการทำงานในบทบาทเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่ว่าจะเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยการพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่คนงาน อาจรวมถึงผู้อ่านอื่น ๆ ที่มีหน้าที่และบทบาทในการให้บริการ งานรับผิดชอบของพวกเราเป็นเรื่องการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในขณะเดียวกันก็ให้บริการและประสานงานกับผู้ร่วมงานอื่น ทั้งในหน่วยงานของตนเองและผู้ร่วมงานในหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอก

ผู้ให้บริการ มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจ นอกเหนือไปจากงานการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเกี่ยวเนื่องโดยตรงจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการเองด้วยการบริหารจัดการการให้บริการโดยทั่วไป

ในบทความนี้จึงอยากขอหยิบยกเอาประเด็นและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการ และการดูแลอารมณ์และจิตใจของตัวผู้ให้บริการเอง อันจะส่งผลสัมฤทธิ์สู่อารมณ์และจิตใจของผู้รับบริการ เกร็ดความรู้ต่าง ๆ ที่นำมาเล่าได้มาจากแหล่งต่าง ๆ หลากหลายที่ผู้เขียนได้รับรู้รับฟังมาจากการเข้ารับการอบรมสัมมนาในวาระและโอกาสต่าง ๆ รวมทั้งการได้มีโอกาสสนทนาธรรมบ้าง ถือเสียว่าเป็นการเล่าสู่กันฟัง

เราเพียรพยายามเข้าใจและเอาใจผู้อื่น เพื่อต้องการให้ผู้อื่นมีอารมณ์และจิตใจที่ดี ไม่ถูกกระทบกระแทกให้เสียอารมณ์และความรู้สึกจากการให้บริการของเรา แล้วตัวเราผู้ให้บริการล่ะ ได้เคยใช้เสี้ยวหนึ่งของเวลาเข้าไปในตัวเราเองและทำความเข้าใจกับตัวเองบ้างไหม อยากขอเชิญชวนให้ลองหันมาพิจารณาเรื่องภายในของตัวเราหรือชีวิตของคนเรานั่นเอง ว่าหัวใจของคุณค่าชีวิตคืออะไร เพราะการรับรู้และเข้าใจตนเองเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการพัฒนาไปสู่การเป็นคนที่มีคุณลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพดีหรือมีสุขภาวะพร้อมทุกด้าน นั่นคือเป็นสุขทั้งทางกาย (physical health) ทางอารมณ์ (emotional health) ทางสังคม (social health) และทางจิตวิญญาณ (spiritual health)

คุณค่าของชีวิตคนหรืออีกนัยหนึ่งก็คือตัวตนที่เราทุกคนเกิดมา จำเป็นต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญซึ่งนับว่าเป็นหัวใจของคุณค่าชีวิต ดังต่อไปนี้

ความรับผิดชอบ (responsibility)

ผู้มีความรับผิดชอบ จะทำงานให้สำเร็จด้วยความจริงใจในเป้าหมาย เป็นการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อตรง และเต็มไปด้วยความมุ่งมั่น

---

* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 หน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความร่วมมือ (co-operation)

ผู้ให้ความร่วมมือ ย่อมได้รับความร่วมมือ วิธีให้ความร่วมมือคือการใช้จิตใจสร้างกระแสความหวังดี ความปรารถนาดี และความรู้สึกที่บริสุทธิ์สำหรับผู้อื่น สำหรับงานที่ทำความร่วมมือระดับละเอียดอ่อนในปัญญาย่อมปรากฏให้เห็นด้วยการละวาง มีเป้าหมายและอิทธิพลจากคุณค่าภายใน ไม่ใช่เหตุการณ์ภายนอก

ความเคารพ (respect)

การรู้คุณค่าของตนเอง และให้เกียรติคุณค่าของผู้อื่น คือหนทางที่แท้จริงที่จะได้รับความเคารพ เป็นการรับรู้ถึงคุณค่าที่เป็นมรดกตกทอด และเป็นสิทธิโดยกำเนิดของแต่ละบุคคลและกลุ่มคน ซึ่งตระหนักได้ว่าเป็นศูนย์รวมให้ทุกคนผูกมัดตนเองกับเป้าหมายที่สูงขึ้น

ความเรียบง่าย (simplicity)

ความเรียบง่ายเกิดจากสัญชาตญาณการริเริ่มสร้างสรรค์ และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่จะสร้างความคิดที่มีสาระและความรู้สึกหนักแน่น ความเรียบง่ายคือสำนึกอันลึกล้ำในคุณค่าของตน

ความเป็นหนึ่งเดียว (unity)

ความเป็นหนึ่งเดียวกันคือความกลมกลืนภายในของแต่ละบุคคลและกลุ่ม ความเป็นหนึ่งเดียวกันคงอยู่ได้ด้วยการรวมพลังงานและพลังความคิด การยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้ที่มีส่วนร่วม และมีความสามารถในการให้ประโยชน์เฉพาะตน รวมทั้งการคงความภักดีต่อกันและต่องานนั้น

ความรัก (love)

ความรัก คือหลักการสร้างและหล่อเลี้ยงศักดิ์ศรีและความลึกล้ำในความสัมพันธ์ของมนุษย์ ความรักคือฐานของความเชื่อมั่นในความเสมอภาคของจิต-วิญญาณและความเป็นมนุษย์ เมื่อความรักรวมเข้ากับศรัทธาจะสามารถสร้างฐานที่มั่นคงแข็งแรง สำหรับความริเริ่มและการกระทำ ความรักคือเครื่องช่วยในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปสู่ความสำเร็จที่แท้จริง

ความอดทน (tolerance)

ด้วยความเข้าใจและหัวใจที่เปิดกว้าง ผู้ที่อดทนย่อมดึงดูดผู้ที่แตกต่างกับตนไว้ด้วยการยอมรับและปรับตัวเข้ากับผู้นั้นอย่างแท้จริง อันเป็นการแสดงความอดทนในทางปฏิบัติ

ความสงบ (peace)

ความสงบ คือความเงียบภายในที่เต็มไปด้วยพลังของสัจจะ ความสงบเป็นคุณลักษณะเด่นของสังคมที่มีอารยะธรรมซึ่งสามารถมองเห็นได้ว่า เป็นจิตสำนึกของสมาชิกในสังคม

ความสุข (happiness)

พลังสัจจะทำให้มีความมั่นคง พลังความสงบทำให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งสองรวมกันย่อมทำให้มีความสุข ความสุขเป็นสิ่งที่ได้ของผู้ที่มีการกระทำ ทัศนคติและบุคลิกภาพที่บริสุทธิ์ ปราศจากความเห็นแก่ตัว

ความถ่อมตน (humility)

ผู้ที่อ่อนน้อมถ่อมตนจะเพียรพยายามรับฟังและยอมรับผู้อื่น เมื่อยอมรับผู้อื่นมากเพียงใด ความเคารพตนเองก็มากขึ้นเพียงนั้น และผู้อื่นจะรับฟังเรามากขึ้นเช่นกัน เพียงหนึ่งคำที่เต็มไปด้วยความถ่อมตน มีความสำคัญเท่ากับคำพูดนับพันคำ

ความซื่อสัตย์ (honesty)

ความซื่อสัตย์ หมายถึงไม่มีความขัดแย้งในความคิด คำพูด หรือการกระทำ เมื่อมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และเป้าหมายของงานอย่างแท้จริง ย่อมทำให้ได้รับความไว้วางใจ และสามารถดลใจให้ผู้อื่นเกิดศรัทธา

เมื่อทำความเข้าใจในคุณลักษณะต่าง ๆ ที่มีความสำคัญและจำเป็นที่เราต้องมีหรือต้องพัฒนาเพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและต่อผู้คนรอบข้าง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งภายนอกและภายใน ก็ลองหาวิธีฝึกฝนตนเองดู ซึ่งการฝึกตนก็แล้วแต่วิธีที่แต่ละคนถนัด

สำหรับผู้เขียนเองก็กำลังพยายามฝึกตนเองอยู่เหมือนกันด้วยการอ่าน การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีภูมิรู้และผู้เป็นแบบอย่าง (role model) ที่ตัวเองชื่นชม เมื่อดูตัวเราแล้วก็ลองหันมองผู้คนที่เราติดต่อสัมผัสสัมพันธ์ด้วยใกล้ตัวมากที่สุดนอกเหนือจากครอบครัวและมิตรสหาย ก็คือผู้คนที่สัมพันธ์กับเราเนื่องด้วยหน้าที่การงาน เมื่อการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ควรต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้รับบริการ ว่าผู้รับบริการเขามีความคาดหวังต่อผู้ให้บริการอย่างไรบ้างลองมาศึกษาดู

ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ

- เห็นความสำคัญของเขา (recognize)
- ยิ้มแย้มแจ่มใสให้ (smile)
- มีอัธยาศัย สุภาพอ่อนโยน (courtesy)
- มีความเป็นมิตร (friendly)
- ให้ความสะดวก (convenience)
- ให้ความสุขสบาย (comfort)
- ให้ความถูกต้อง มีหลักการ และมีความรู้

เมื่อเราทราบอย่างนี้แล้วทุก ๆ วันที่เราให้บริการผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ไม่ว่าจะทำงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามห้องตรวจต่าง ๆ หรือทำงานกับหน่วยงานหอผู้ป่วยในตามงานการพยาบาลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ หรืองานอื่น ๆ การเข้าถึงหรือเข้าหาผู้มารับบริการของเราก็สามารถเอาหลักการของพฤติกรรมการบริการที่เป็นเลิศ (excellence service behaviors : ESB) เช่น มาตรฐานการ มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ไต่ถาม แนะนำ มาใช้ได้ มีคนอธิบายการให้บริการ ณ จุดติดต่อสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ (point of encounter) ว่าการปฏิบัติในการให้บริการควรเป็นในลักษณะดังต่อไปนี้

- ทักทายเสมือนเป็นแขกผู้มาเยือน
- สบสายตาเวลาพูด
- ยิ้ม
- บุคลิกภาพดี แต่งกายประณีต
- ดูแลบริเวณที่ทำงานให้ดูดีเสมอ
- มีเทคนิคการใช้โทรศัพท์ที่ดี
- มีความสุขในการพบผู้คนที่หลากหลาย
- พยายามฟัง ทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้มารับบริการพูด
- รู้ถึงความต้องการและความคาดหวัง
- แสดงออกถึงความจริงใจ
- รับฟังผลสะท้อนแม้เป็นเชิงลบ
- รักษาเวลา
- ให้รายละเอียดของข้อมูลที่ผู้รับบริการต้องการ
- ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเขาเป็นบุคคลสำคัญ

ถ้าเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรของโรงพยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติให้ได้ตามแนวปฏิบัติข้างต้น ผู้เขียนคิดว่า ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการต่าง ๆ คงจะลดลงไปอีกมาก และมีคำชมเชยมาแทนที่ โรงพยาบาลของรัฐจะได้หลุดออกจากวังวนของหน่วยงานบริการของรัฐที่ถูกมอง และได้รับสมญาของการให้บริการแบบ “หน้างอ รอนาน บริการแย่” แต่แน่นอนที่สุด คือเราได้มีบทบาทในการสนับสนุนด้านสุขภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้มาติดต่อขอรับบริการจากเรา.

บทความท้ายเล่ม

คาถาคลายเครียด *"ช่างมัน"*

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิทยา นาควัชระ

มนุษย์หนีความเครียดไม่พ้นหรอก บางคนมีมาก บางคนมีน้อย

คนที่มีความเครียดมากมักเป็นคนที่มีความคาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ยาก มีความอยากได้มาก ๆ และกลัวว่าจะไม่ได้ดังใจนึก และมีความเป็นเด็กอยู่ในจิตใจมากด้วย

ความเครียดจึงทำให้ไม่เป็นสุข จะรู้สึกเกร็ง กลัว กังวล ก้าวร้าว ผสมปนเปไปด้วยกัน

คาถาคลายเครียดที่ง่ายที่สุดก็คือ การรู้จักความหมายและรู้จักพูดคำว่า ***"ช่างมัน"*** ซึ่งจะช่วยได้มาก เพราะเป็นการยอมรับหรือปล่อยวางสิ่งที่คาดหวังเอาไว้ ไม่ว่าจะได้สมใจหรือไม่ได้สมใจ

เมื่อทำสิ่งใดก็ตาม ได้ลงมือทำไปเต็มที่แล้ว ได้แค่ไหนก็แค่นั้น

ทุกอย่างที่เกิดขึ้น ทั้งอุปสรรค ผลเสีย ความไม่สมใจ มันก็เป็นเช่นนั้นเอง เป็นปกติธรรมดาจง ***"ช่างมัน"*** เถิด เราก็จะรู้สึกสบายขึ้น

ทุกอย่างที่เกิดขึ้น มีเปลี่ยนแปลงไป และมีจุดสิ้นสุดทั้งนั้น

และแล้วก็เกิดใหม่อีก เป็นวงจรตลอดไป

เมื่อรู้ทันแล้วก็ปล่อยวางเสีย หรือ ***"ช่างมัน"*** ได้

ทุกคนมีขีดจำกัดของความสามารถ

บางอย่างเราก็ทำได้ บางอย่างก็ทำไม่ได้ คนอื่นก็เช่นกัน ไม่มีใครทำได้ หรือได้อะไรทุกอย่างดังใจหรอก

เมื่อทำเต็มที่แล้ว ได้ผลแค่ไหนก็แค่นั้น ที่เหลือก็ ***"ช่างมัน"*** เสีย ก็ไม่เครียดครับ

จากหนังสือ **"อยู่อย่างสง่า"** โดยจิตแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิทยา นาควัชระ

▶ **วารสารพยาบาลสวนดอก**

แบบฟอร์มแสดงความจำนงการลงบทความในวารสารพยาบาลสวนดอก

ขอเชิญชวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ประสงค์จะเขียนบทความลงในวารสารพยาบาลสวนดอก กรุณาแจ้งความจำนงตามแบบฟอร์มข้างล่างนี้พร้อมส่งบทความมาที่หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล ชั้น 7 อาคารบุญสม มาร์ติน
โทรศัพท์ 5117-8 ก่อนวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2549

ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....
หอผู้ป่วย.....งานการพยาบาลผู้ป่วย.....
โทรศัพท์.....

ประเภทบทความที่ต้องการตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลสวนดอก

( ) วิเคราะห์งาน วิจัย
( ) Evidence - based practice
( ) สิ่งประดิษฐ์ นวัตกรรม
( ) บทความทางด้านการบริหาร
( ) บทความทางด้านการพยาบาล
( ) บทความทั่วไป

ชื่อบทความ.....
.....

คำแนะนำสำหรับเรื่องที่ส่งพิมพ์

1. **บทความเกี่ยวกับวิเคราะห์งานหรือวิจัย** ควรประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์งาน คำจำกัดความ ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์งาน ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิเคราะห์งาน อภิปรายผล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิเคราะห์งาน การนำผลการวิเคราะห์งานไปใช้ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4

2. **บทความเกี่ยวกับ Evidence - based practice** ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ การดำเนินโครงการ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลการดำเนินการ อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4

3. **นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์** ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผลหรือความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วัสดุอุปกรณ์ วิธีการประดิษฐ์ วิธีปฏิบัติในการใช้เครื่องมือ ค่าใช้จ่าย ผลการทดลองใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาด A 4

4. **บทความทางวิชาการ** เป็นบทความที่รวบรวม เรียบเรียงความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ท่านจะนำเสนอซึ่งค้นคว้าจากวารสาร บทความหนังสือหรือสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและต่างประเทศ บทความนี้ควรประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน บทวิเคราะห์หรือวิจารณ์ สรุปและเอกสารอ้างอิง ความยาวของเนื้อหาไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ดีดขนาดเอ 4

งานชิ้นโบแดงของชีวิต

To love and to be loved are masterpieces of life.

คือ...การที่จะรักมนุษย์และถูกรักโดยเพื่อนมนุษย์
เป็นงานชิ้นโบแดงของชีวิต

ก่อนอื่นต้องทำใจให้รักตัวเองให้ได้เสียก่อน

และฝึกการรักคนอื่นให้เป็น

ถ้าทำได้แค่นี้ได้โบทองแล้ว

ถ้าเขารักเราด้วยก็ให้เป็นโบแดง

ถ้าเขาไม่รักตอบก็ไม่เป็นไร

แต่อย่าคาดหวังโบแดงให้มากนักเลย

ได้แค่โบทองก็ยอดเยี่ยมแล้ว