



วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2550 ISSN 0899-2993



ทรงพระเจริญ

บรรณาธิการบริหาร
คณะตีพิมพ์แพทยศาสตร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
หัวหน้างานประชาสัมพันธ์
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

บรรณาธิการ
นายไพโรจน์ อุตศิริ

กองบรรณาธิการ

นางอาภรณ์ ชัยวัต
นางสาวสิริลักษณ์ สลักคำ
นางสาวอรพินท์ โปธาเจริญ
นางสาวนิตทา โชคบุญยสิทธิ์
นางสาวเอื้องทิพย์ คำปิ่น
นางกนกวรรณ ใต้เวชศาสตร์
นางอารีย์ กุณณะ
นางแววดาว หวีชัย
นายชวรงค์ชัย เกตุสอน
นายอิศรา ยศสุรินทร์

ฝ่ายธุรการ

นางเรณู ปุณเฑียร

ฝ่ายรูปเล่ม

นางสาวไพโรจน์ สารภี
นายก่อพงศ์ สุขประเสริฐ
นายอำนาจ ทาใจ
นางสาวนิตดา สายธรรม
นางพรพิมล บุญเมือง
นายปรัชญา วุฒิอรรรถสาร
นายทนพันธ์ สุวรรณ



วารสารพยาบาลสวนดอก
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2550

ISSN 0899-2993

บรรณาธิการแถลง

ฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ แต่คาดว่าวารสาร ฯ ฉบับนี้ถึงมือผู้อ่านก็คงเข้าปีใหม่ไปแล้ว เลยขอถือโอกาสสวัสดิ์ปีใหม่ พี่ ๆ น้อง ๆ ชาวสวนดอกและผู้อ่านทุก ๆ ท่าน ปี พ.ศ. 2550 ที่ผ่านมามีปีที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับปวงชนชาวไทย เนื่องจากวันที่ 5 ธันวาคม 2550 เป็นวันเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 80 พรรษา ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระมิ่งขวัญของปวงชนชาวไทย ตลอดระยะเวลาที่พระองค์ท่านได้ครองสิริราชสมบัติ พระองค์ท่านได้ทรงปฏิบัติตามพระปฐมบรมราชโองการที่ว่า "เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม" ท่านได้ทรงทำตามคำมั่นสัญญาต่อประชาชนอย่างสมบูรณ์ยิ่ง ข้าพระพุทธเจ้าในฐานะประธานกองบรรณาธิการ ขอถวายพระพร ขอพระองค์ทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน

วารสารพยาบาลสวนดอกฉบับนี้มีเรื่องราวที่น่าสนใจมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่ององค์การที่มีชีวิต (living organization) เนื้อหาเรื่องราวที่ดีต่อกัน บอกต่อ รวมไปถึงโครงการพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรมอีกหลายโครงการ ที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมีเป้าหมายหลักคือเพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย และพึงพอใจในบริการ ตามคำนิยามหลักการพัฒนาคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

บรรณาธิการ

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

สารบัญ

	หน้า
HA 9 th National Forum “องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)”	1
ฉือจี้ : เรื่องราวที่ดีที่สุดที่อยากบอกต่อ	3
สุธาศา โภมศรีศิริ	
ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม	8
โครงการดูแลผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก๊ส	17
ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย, เกร็ววัลย์ คำก่อง และอรนุภา ไทรนิภอร์	
ประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกตามแนวปฏิบัติทางคลินิก	20
สัญญา จำปาทอง	
ผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการจัดการภาวะท้องผูกในผู้ป่วยออโรโรปิติกส์	28
อริษฐาน สุมภลย์เจริญ	
การลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในบุคคลออทิสติกด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง	34
กวรรณิการ์ เชื้อนสุวรรณ	
การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลัง	38
กัลยา ชื่นใจ	
โครงการ COI เพื่อแก้ปัญหาเรื่องเลือดมืด	41
การประเมินโครงการอบรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	48
นวัตกรรม เข็มขัดคล้องถุงปัสสาวะ	55
นันทิษฐ ชัมพะมาลา	
นวัตกรรม ตัวหนีบ “ช่วยยาพร”	62
ชัยภาพ สุขะวา	
อุปกรณ์พลาสติกจัดทำในการผ่าตัดรักษาหัวใจโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนังบริเวณเอว	64
นราพร พุทธิวงศ์	
นวัตกรรม เครื่องตัด ampule ยา เกียรติศักดิ์	67
เกียรติศักดิ์ ชันทรานนท์	
นวัตกรรม เครื่องยึดสายเครื่องช่วยหายใจทารกแรกเกิด	70
วราพร ปัตตานี	
นวัตกรรม โต๊ะคลายเมื่อย พิเศษ 3	73
เกร็ววัลย์ คำก่อง	
ง่าย ๆ ยาก ๆ กับ 5 ส	76
กรองกาญจน์ จิรพรเจริญ	
มิตรภาพลุ่มแม่น้ำโขง...เชื่อมโยงไทย-ลาว	80
สิริลักษณ์ สลักคำ	

HA 9th National Forum*

“องค์กรที่มีชีวิต (Living Organization)”

เมื่อเราวางระบบคุณภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น เราเริ่มสังเกตเห็นถึงความสุขที่ลดลง
ความสุขที่ลดลงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงานของเราลดลง
จะหาอย่างไรให้เกิดสมดุลระหว่างการมีระบบและความสุขของคนทำงาน
นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
ในการประชุม National Forum ครั้งที่ผ่านมาก หนพ. โภมาศฯ ได้เริ่มต้นประเด็นไว้แล้วว่า
“องค์กรไม่ใช่เครื่องจักร ต้องการความรักและความห่วงใย”
เราพูดกันมากถึงเรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และวัฒนธรรมองค์กร
โรงพยาบาลบางแห่งได้เริ่มต้นนำไปสู่การปฏิบัติแล้ว
น่าจะมีเวลาที่เราจะมาพูดคุยเรื่องนี้กันอย่างจริงจัง เจาะลึก

“พวกเราหลายคนถูกรบกวนด้วยคำถามที่วนเวียนอยู่กับเรื่องงาน ทำไมองค์กรจำนวนมากดูเหมือน
ไม่มีชีวิตชีวา ทำไมโครงการต่าง ๆ จึงใช้เวลายาวนาน และนับวันก็ยิ่งพัฒนาแต่ความสลับซับซ้อน
โดยที่ไม่อาจบรรลุผลลัพธ์ที่สำคัญได้อย่างแท้จริง ทำไมความก้าวหน้าจึงมักเกิดขึ้นในที่ที่ไม่ได้คาดหวัง
หรือเป็นผลมาจากเหตุการณ์อันน่าประหลาดใจ หรือพอเหมาะกันโดยบังเอิญอย่างนั้นแผนการของเราไม่ได้
คำนึงมาก่อน ทำไมความเปลี่ยนแปลงซึ่งพวกเราตั้งใจจะเข้าไป “จัดการ” กลับเป็นฝ่ายดึงเราให้จมลง
และยังทำให้เรารู้สึกไร้ความสามารถและสิ้นสมมกขึ้น” (Margaret Wheatley)

องค์กรเปรียบเสมือนระบบที่มีชีวิต องค์กรประกอบ
ย่อย ๆ ภายในระบบนั้น ล้วนมีความหมายในตัวเองและ
ต้องพึ่งพาอาศัยกัน การเรียนรู้ขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญ
ในการสร้างกลไกการปรับตัวที่เอื้อให้สมาชิกขององค์กร
เติบโตและเข้าถึงศักยภาพสูงสุดของตน

การเรียนรู้ที่สำคัญคือการเรียนรู้จากการทำงาน
ใช้ความรู้ในการทำงาน และทำให้การทำงานเป็นการสร้าง
ความใหม่ขึ้นอย่างสม่ำเสมอ งานเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์

ตระหนักได้ถึงศักยภาพและผลสำเร็จของการกระทำ
ของตน งานเป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมแก่ชีวิต การทำงาน
จึงสามารถยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์
ให้สูงขึ้น และช่วยให้มนุษย์เข้าถึงคุณค่าและศักยภาพ
สูงสุดของตนเอง เป็นศักยภาพในการบรรลุซึ่งความดี
ความงามและความจริงของชีวิตด้วยการเรียนรู้

การดำเนินการเพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กร
ให้เข้มแข็งและเกื้อกูลต่อภารกิจขององค์กร จำเป็นต้อง

* การประชุม HA National Forum ครั้งที่ 9 จะมีในวันที่ 11 - 14 มีนาคม 2551 ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี

2. ► วารสารพยาบาลสวนดอก

เน้นในสามระดับ ในระยะแรก เน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมกรรมการแสดงออก ในระยะกลาง เน้นการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทักษะคิด และวิถีคิด ในระยะยาว เน้นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ อันเป็นฐานคิดของวิถีคิด ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีโครงสร้างหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างพฤติกรรมกรรมการแสดงออกในเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย อันเป็นเป้าหมายสำคัญของทุกโรงพยาบาล อาจเรียกได้ว่า เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยได้แก่ นำเรื่องความเสี่ยงมาเล่าสู่กันฟังได้อย่างสะดวกใจ ทบทวนและเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงโดยไม่ชักช้า การรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุม มีสายตาที่กว้างไกล ในการมองหาความเสี่ยงตลอดเวลา ชวนช่วยหากทุกวิธีการที่จะทำให้เกิดความปลอดภัย สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยเข้าไปในทุกโอกาส ความใส่ใจและเห็นคุณค่าอย่างต่อเนื่องของผู้นำ ต่อยอดขยายผลจากจุดเล็ก ๆ Share ข้อมูล Share ปัญหา Share ทางออก Share ความรู้สึก

พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระดับวิถีคิดพื้นฐาน อันได้แก่

- จากการสั่งการจากเบื้องบน มาเน้นการแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติ

- จากรูปแบบการทำงานสำเร็จรูป มาเน้นการคิดค้นสร้างสรรค์งานให้เหมาะสมกับปัญหา
- จากการควบคุมและสั่งการ มาเน้นการมีส่วนร่วมและความเสมอภาค
- จากโครงสร้างแบบมีช่วงชั้นและการแก้ปัญหา มาเน้นความร่วมมือและการทำงานเครือข่าย
- จากเป้าหมายระยะสั้นและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มาเน้นเป้าหมายระยะยาวที่ยั่งยืน
- จากการเน้นเหตุผลและกฎระเบียบ มาเน้นความเข้าใจและความร่วมมือ
- จากระบบรวมศูนย์อำนาจ มาเน้นการกระจายอำนาจ
- จากพิธีการและความเป็นทางการ มาเน้นรูปแบบเรียบง่าย

โรงพยาบาลที่กำลังพัฒนาคุณภาพ อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวิถีคิดเดิมมาสู่วิถีคิดใหม่ จึงควรที่จะนำข้อคิดและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและเห็นทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

HA National Forum ครั้งที่ 9 ในเดือนมีนาคม 2551 มี Theme ว่า **"องค์กรที่มีชีวิต"** (Living Organization) จะเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับท่าน

ฉือจี้ : เรื่องราวที่ดีที่อยากบอกต่อ

สุธาดา โกมลจิตติ *

โรงเรียนพยาบาลอาจจะเข้าไป!

สำหรับฉันเรียนพยาบาล

ฉือจี้ปลูกฝังจิตวิญญาณและหัวใจของความเป็นมนุษย์ตั้งแต่อนุบาล

ผู้เขียนรู้จักคำว่า **ฉือจี้** เป็นครั้งแรก เมื่อคราวที่ได้เข้าร่วมประชุม HA National Forum ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 14 - 17 มีนาคม 2549 จากบทสัมภาษณ์ในหัวข้อ **กรณีศึกษา รพ.พุทธฉือจี้ ได้หวั่น : รูปธรรมสาธารณสุขที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์** โดย นพ. อ่ำพล จินดาวงคะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ความรู้สึกขณะฟังคือความอึ้งเอิบเบิกบานใจ เกิดอาการ "อิน" เข้าชั้นขนาดที่ฟังจบปุ๊บ ก็ตรงไปหา อาจารย์อ่ำพลในทันที เพื่อเรียนเชิญให้อาจารย์มาพูดให้ชาวเชียงใหม่ได้ฟังอีกครั้งในงานประชุม HA ระดับภูมิภาคเหนือ ซึ่งจัดโดย HACC เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 1 - 2 มิถุนายน 2549 ที่ผ่านมาก อาจารย์ก็ได้กรุณาติดตามคำเรียกร้อง ส่งผลให้คำว่า **ฉือจี้** ติดปาก ติดใจ ขยายวงกว้างมากยิ่งขึ้น เรียกได้ว่าเพิ่มจำนวนคน "อิน" ขึ้นไปอีกหลายร้อยคนที่เดียว

แม้ว่า **ฉือจี้** จะเป็นที่รู้จักกันมากแล้วสำหรับคนในแวดวงการบริหารด้านสุขภาพ แต่อาจมีบางท่านยังไม่รู้จัก จึงขอถ่ายทอดความที่ พวพ. สรุปลักษณ์บรรยายของ นพ. อ่ำพล จินดาวงคะ ซึ่งลงในหนังสือแนะนำการประชุมในครั้งนั้น มาดังนี้

"...อาจารย์ประเวศ วะสี พูดให้เราฟังมาหลายปีแล้วว่า ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของเรากำลังพัฒนาไปสู่การบริการที่เน้นมิติของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) หลังจากที่เรารู้ได้พัฒนามิติทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมานาน เมื่อได้มีโอกาสไปดูงานของชาวมูลนิธิฉือจี้ที่ได้หวั่น ทำให้ประจักษ์ชัดว่า **พวกเขาลงมือทำอย่างเป็นรูปธรรมไปแล้ว** จึงสมควรที่พวกเราจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนของเขา จะทำให้พวกเราได้ปัญญา และได้ **ความปิติสุข** เพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

* หัวหน้างานการพยาบาลผู้ช่วยทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มูลนิธิฉือจี้มีต้นกำเนิดจากการเริ่มออมเงินวันละ 50 เซ็นต์ของแม่บ้าน 30 คน เพื่อช่วยผู้อื่น เมื่อ 40 ปีก่อน จนถึงวันนี้ มีสมาชิก 5 ล้านคน อาสาสมัครปกติกว่า 2 แสนคน มีกิจการด้านการกุศล การแพทย์ การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลฉือจี้ ได้แสดงรูปธรรมของการปฏิบัติ ตามปณิธาน "The Mission to be a humane doctor" ด้วยหลักพุทธมหายานซึ่งเป็นพุทธศาสนา แนวปฏิบัตินิยม (ทำดีช่วยผู้อื่น ตามหลักพรหมวิหาร 4) มีผลต่อพฤติกรรมคนได้หวั่น เป็นบุญบมเพาะให้เกิด "จิตอาสา" ซึ่งเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งความดี เติบโตอย่างเป็นรูปธรรมและทรงพลัง มีอาสาสมัครเข้าร่วมทำงาน กับวิชาชีพอย่าง เป็นเนื้อเดียวกัน โรงพยาบาลเป็นทั้ง สถานประกอบอาชีพและที่ปฏิบัติธรรม แพทย์ พยาบาล และทีมงาน มีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ อันเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ ทุกคนพยายามลดตัวตนให้เล็ก ที่สุด เพื่อทำหน้าที่อันสำคัญนั้น (ทำตัวให้เล็ก บริการผู้อื่นให้มาก)

ที่เป็นดังนี้ได้ เพราะมีผู้นำทางจิตวิญญาณที่มี วัตรปฏิบัติดีเยี่ยม เป็นศูนย์รวมศรัทธา และความมุ่งมั่น ในการทำดี เคารพยกย่องในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์เสมอมา ..."

จากวันแรกที่ได้ฟังเรื่องราวของฉือจี้ ปฏิบัติการ ที่ทำมาโดยตลอด ก็คือการเล่าต่อเรื่องราวที่ได้รับรู้มา และเชิญชวนให้บุคลากรตลอดจนเพื่อนร่วมงานลงมือทำ

ต่อมาได้รับทราบว่ามีโรงเรียนฉือจี้เชียงใหม่ อยู่ที่อำเภอฝางนี้เอง คุณสำเนา เรืองยศ ผู้ตรวจการ ที่ดูแลด้านพัฒนาบุคลากรของงานการพยาบาลผู้ป่วย ทั่วไป จึงไม่รอช้า จัดการประชุมกับทางโรงเรียน ขอพบบุคลากร 40 คนเข้าศึกษาดูงาน โดยที่เราได้ไป survey กันก่อน เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2550 เนื่องจาก ไม่แน่ใจว่าโรงเรียนกับโรงพยาบาลจะเชื่อมโยงกันได้



โรงเรียนฉือจี้ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

มากนักน้อยเพียงไร แต่เพียงแค่นาทีแรกที่สัมผัสโรงเรียน เราก็มีความเห็นตรงกันว่า "ไม่ใช่ไม่ได้แล้ว" จึงกลับมา เขียนโครงการและได้รับอนุมัติให้ไปได้ ในวันเสาร์ที่ 1 กันยายน 2550

ด้วยกระแสน้ำฉือจี้ ที่แรงเอากการ จึงมีผู้สนใจ อยากเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้อยู่เยอะมาก แต่เราสามารถรับได้เพียง 41 คน เนื่องจากรถบัสคันใหญ่ ที่คณะฯ อนุมัติ จุคนได้เพียง 41 ที่นั่งเท่านั้น ถึงกระนั้น ก็เถอะ ในวันเดินทางเราก็ยอมนั่งเบียดกัน 43 คน ในรถคันใหญ่ที่ว่า แถมยังมีรถส่วนตัวคันเล็กตามไป อีก 7 คน รวมเป็น 50 คนพอดีพอดี

เราออกเดินทางกันตั้งแต่ 7 โมงเช้า ไปถึง โรงเรียนฉือจี้ราว 10 โมงครึ่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นผู้ต้อนรับเราได้หวั่น พร้อมอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ อีก 5 ท่าน ต้อนรับพวกเราด้วยใบหมกยิ้มละไม พร้อมกับการไหว้ที่ อ่อนน้อม แล้วท่านผู้อำนวยการก็เริ่ม ด้วยการทักทาย และกล่าวต้อนรับด้วยภาษาจีน โดยมี คุณเอกลักษณ์ เจ้าหน้าที่ธุรการของโรงเรียน ทำหน้าที่ ล่ามแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งทำให้จินตนาการไปได้ว่า เหมือนไปดูงานที่ได้หวั่นยังไฉ่ยังจั้นแล

โรงเรียนฉือจี้เชียงใหม่ เป็นโรงเรียนแห่งแรกของมูลนิธิฉือจี้ที่อยู่นอกประเทศได้หวั่น ใช้ปรัชญา



ผู้อำนวยการโรงเรียนฉือจี้และเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ

เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา คำว่า ฉือจี้ หรือในสำเนียงจีนออกเสียงว่า ชือจี้ (Tsu Chi) หมายถึง *ความเมตตา* หรือ *การบรรเทาทุกข์* และมีคำขวัญว่า "มารยาทเด่น เน้นคุณธรรม นำการเรียนรู้ มุ่งสู่เทคโนโลยี"

เนื่องจากวันที่เราไปเยี่ยมชมโรงเรียนตรงกับวันเสาร์ จึงพบเด็กกลุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 7 - 8 คนเท่านั้น ที่มาก่อนหนังสือและทำการบ้านในห้องสมุด โดยมีคุณครูคอยให้คำแนะนำอยู่ด้วย และถึงแม้เราจะไม่ได้พบเด็กในเวลาเรียนปกติ แต่เราก็สามารถสัมผัสได้ถึงบรรยากาศของความมีชีวิตชีวาและวิถีชีวิตของนักเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ ผ่านคำบอกเล่าของผู้พาเยี่ยมชม รวมทั้งได้ดูวีซีดีผลงานของมูลนิธิฉือจี้ ที่สร้างความประทับใจแก่พวกเราทุกคนเป็นอย่างมาก

เริ่มจากกระบอกไม้ไผ่ที่ดัดแปลงเป็นออมสิน จัดรวมกลุ่มเป็นส่วนหย่อมอยู่บริเวณหน้าอาคาร เพื่อชวนเชิญให้ผู้มาเยี่ยมชมร่วม **เส้นทางแห่งการออมเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น** ตามศรัทธา สืบสานสิ่งที่แม่บ้านชาวไต้หวัน 30 คนทำเมื่อ 40 ปีก่อน ด้วยการรวบรวมเงินจากการออมเพียงวันละ 50 เซ็นต์จากเงินจ่ายกับข้าว จนสามารถเติบโตเป็นมูลนิธิฉือจี้ได้จนถึงปัจจุบัน

กระบอกออมสินที่วางนี้ ยังมีอยู่ในห้องเรียนทุกห้อง เพื่อปลูกฝังนิสัยการออมและการแบ่งปันให้แก่นักเรียนทุกคน ด้วยความที่โรงเรียนนี้ไม่มีร้านค้า

หรือร้านขายขนมใด ๆ ดังนั้นเด็กที่นำเงินมาโรงเรียนจึงไม่ใช่เพื่อมาซื้อขนม แต่เป็นการนำเงินมาเพื่อใส่ **ออมสิน** สำหรับนักเรียนที่ไม่ได้เอาเงินมากใส่ออมสินก็สามารถตั้งจิตอธิษฐานได้ เป็นการออมด้วยใจ และส่งความปรารถนาดีในการช่วยเหลือผู้อื่น

ด้วยความยึดมั่นในปรัชญาเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ทางโรงเรียนจึงมุ่งปลูกฝังความเชื่อดังกล่าวให้แก่นักเรียนโดยเน้นการปฏิบัติ วิธีการง่าย ๆ แต่ลึกซึ้งคือใช้ "วาทะธรรม" เป็นสื่อการสอน โดยครูจะกำหนดวาทะธรรมประจำสัปดาห์ในแต่ละชั้นเรียน แล้วบอกให้นักเรียนทุกคนนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งวาดรูปประกอบการกระทำนั้น ๆ แล้วนำกลับมาเล่าให้เพื่อน ๆ ในห้องฟังว่าได้ปฏิบัติอย่างไร ชอบใจคำพูดของครูที่ว่า **เราสอนวาทะธรรม ไม่ใช่ให้เอาไปท่อง แต่ให้เอาไปทำ** ตัวอย่างวาทะธรรม เช่น *ความกตัญญูต่อบทบัญญัติ* เป็นสิ่ง



กระบอกไม้ไผ่ออมสิน : เส้นทางแห่งการออมเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น

ทั้งกระทำเสมอ การให้อภัยผู้อื่นเป็นผลดีต่อตัวเอง ไม่กลัว
ความโกรธของผู้อื่นมากเป็นโทษต่อตัวเอง เป็นต้น

นอกจากวิชาเรียนตามหลักสูตรของกระทรวง-
ศึกษาธิการ ประเทศไทยแล้ว โรงเรียนฉือจี้ยังได้เพิ่ม
ชั่วโมงภาษาจีนเข้าไปด้วย ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่พ่อแม่
ส่งลูกมาเข้าโรงเรียนนี้ เพราะต้องการให้ลูกรู้ภาษาจีน
รวมทั้งวิชา สปช. (สร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต) โรงเรียน
ฉือจี้เลือกการสอนจัดดอกไม้ เพื่อให้เด็กสำนึกถึงบุญคุณ
ของต้นไม้ ใบไม้ ดอกไม้ คุณครูบอกว่าเป้าหมายสูงสุด
ของการจัดดอกไม้ ก็คือ ใช้การจัดดอกไม้ ให้จิตใจ
ของเรา... และ สปช. อีกวิชาหนึ่งที่ทุกคนต้องเรียน คือ
วิชาชงชา ซึ่งเป็นพุทธโศบายในการปลูกฝัง กตเวทิตา
ให้มีความอ่อนน้อมถ่อมตนไปพร้อม ๆ กับการฝึกสมาธิ

ข้อปฏิบัตินอกเหนือจากการเรียนวิชาต่าง ๆ
ในชั้นเรียนที่นักเรียนทุกคนได้ทำเหมือนกัน ก็คือ
การทำความสะอาดห้องเรียนและห้องน้ำ โดยหมุนเวียน
ช่วยกันทำเป็นงานกลุ่ม เป็นที่น่าสังเกตว่า โรงเรียนนี้
ไม่มีการโรง แต่ห้องน้ำสะอาดมาก และสิ่งที่เห็นว่าเป็น
ตัวอย่างที่ดีในการประหยัดน้ำก็คือ โฉนที่ล้างมือ
หน้าห้องเรียนทุกห้อง จะมีการละมั่งรองน้ำที่ใช้แล้ว
และเด็กจะนำน้ำนั้นไปรดต้นไม้

ตั้งที่เล่าไว้ตั้งแต่ตอนต้นว่าไม่มีร้านค้าและ
ร้านขายขนมในโรงเรียน เท่านี้ยังไม่พอ ยังห้ามนำขนม
มาโรงเรียนอีกต่างหาก แต่ไม่ได้หมายความว่าทางโรงเรียน
ปล่อยให้เด็กอดอยากหรือหิวกระหาย หากแต่ต้องการฝึก
ให้กินเป็นเวลา และกินอาหารที่มีประโยชน์ เพราะโรงเรียน
ได้จัดอาหารว่างให้เด็กวันละ 2 ครั้ง เช้ากับบ่าย รวมกับ
อาหารกลางวันอีก 1 มื้อ ซึ่งมีกับข้าว 2 อย่าง รวมผลไม้
ทั้งหมดมีมูลค่าไม่เกิน 20 บาท / วัน ผู้เขียนขอยืนยันว่า
เป็นอาหารเจที่อร่อยมากมาก และเป็นเจแบบจริงจัง
ไม่เสแสร้ง ไม่มีหมูแดงเจ ไม่ใช่เจดัดอย่างเจ แต่เป็น
เจจริง ๆ ที่ ใช้ส่วนประกอบตามธรรมชาติ อาทิ



ใช้เวลาให้น้อยในการกิน เพื่อจะได้เหลือเวลามากขึ้น
สำหรับไปช่วยเหลือผู้อื่น

ผัดกระเพราเต้าหู้ ผัดผักรวม ต้มมะระ แกงเห็ดโพ... ฯลฯ
เป็นต้น โรงเรียนนี้ปลูกผักและผลไม้บางชนิดเอง เช่น
แก้วมังกร ก็เลี้ยงไว้ประกันความปลอดภัยไว้สาวยัง

ความพิเศษอยู่ตรงภาชนะใส่อาหารนี้แหละ
ที่ท่านผู้อำนวยความสะดวกโรงเรียนบอกว่าเป็นเอกลักษณ์
ของชาวฉือจี้ นั่นคือไม่ว่าจะไปที่ไหนก็ตาม โดยเฉพาะ
ในเวลาที่ออกปฏิบัติภารกิจช่วยเหลือ ชาวฉือจี้ทุกคนจะมี
ชุดรับประทานอาหารเป็นของตัวเอง ประกอบด้วยถ้วย
1 ใบ และตะเกียบ / ช้อน 1 คู่ เพื่อไม่ให้เป็นการระ
แงผู้อื่น

ในโรงเรียนนี้ก็เช่นกัน ท่านผู้อำนวยความสะดวก
ชุดภาชนะใส่อาหารส่วนตัวของท่าน แล้วเชิญให้พวกเรา
ปฏิบัติตาม พร้อมกับฝากวาทะธรรมไว้ก่อนขอตัวไปก็คือ
ใช้เวลาให้น้อยในการกิน เพื่อจะได้เหลือเวลามาก
ไปช่วยเหลือผู้อื่น

บรรยากาศแห่งความเรียบง่าย จึงบังเกิด
แก่พวกเราโดยฉับพลัน ทุกคนตักข้าวตักกับใส่ถ้วย
ใบเดียว กินกันอย่างเอร็ดอร่อย แต่ด้วยความที่อาหาร
อร่อยมากอย่างที่บอก ก็เลยตักกันคนละ 2 รอบ
เป็นอันน้อย เพราะรอบแรกคืด รอบสองแหว รอบสาม
ผลไม้ (บางคนมีรอบสี่เป็นถ้วยและงา) ในถ้วยใบเดิม

ที่กระทรวงฯ การให้อภัยผู้อื่นเป็นผลดีต่อตัวเอง ไม่ถ้า
ความโกรธของผู้อื่นมาเป็นโทษต่อตัวเอง เป็นต้น

นอกจากวิชาเรียนตามหลักสูตรของกระทรวง-
ศึกษาธิการ ประเทศไทยแล้ว โรงเรียนฉือจี้ยังได้เพิ่ม
ชั่วโมงภาษาจีนเข้าไปด้วย ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่พ่อแม่
ส่งลูกมาเข้าโรงเรียนนี้ เพราะต้องการให้ลูกรู้ภาษาจีน
รวมทั้งวิชา สปช. (สร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต) โรงเรียน
ฉือจี้เลือกการสอนจัดดอกไม้ เพื่อให้เด็กสำนึกถึงบุญคุณ
ของต้นไม้ ใบไม้ ดอกไม้ คุณครูบอกว่าเป้าหมายสูงสุด
ของการจัดดอกไม้ ก็คือ ใช้การจัดดอกไม้ ให้จิตใจ
ของเรา... และ สปช. อีกวิชาหนึ่งที่ทุกคนต้องเรียน คือ
วิชาชงชา ซึ่งเป็นกุศโลบายในการปลูกฝัง ก่อลมปราณ
ให้มีความอ่อนแอ้อมกลมกันไปพร้อม ๆ กับการฝึกสมาธิ

ข้อปฏิบัตินอกเหนือจากการเรียนวิชาต่าง ๆ
ในชั้นเรียนที่นักเรียนทุกคนได้ทำเหมือนกัน ก็คือ
การทำความสะอาดห้องเรียนและห้องน้ำ โดยหมุนเวียน
ช่วยกันทำเป็นงานกลุ่ม เป็นที่น่าสังเกตว่า โรงเรียนนี้
ไม่มีการโรง แต่ห้องน้ำสะอาดมาก และสิ่งที่เห็นว่าเป็น
ตัวอย่างที่ดีในการประหยัดน้ำก็คือ โน้ที่ล้างมือ
หน้าห้องเรียนทุกห้อง จะมีภาชนะล้างรองน้ำที่ใช้แล้ว
และเด็กจะนำน้ำนั้นไปรดต้นไม้

ตั้งที่เล่าไว้ตั้งแต่ตอนต้นว่าไม่มีร้านค้าและ
ร้านขายขนมในโรงเรียน เท่านี้ยังไม่พอ ยังห้ามนำขนม
มาโรงเรียนอีกต่างหาก แต่ไม่ได้หมายความว่าทางโรงเรียน
ปล่อยให้เด็กอดอยากหิวกระหาย หากแต่ต้องการฝึก
ให้กินเป็นเวลา และกินอาหารที่มีประโยชน์ เพราะโรงเรียน
ได้จัดอาหารว่างให้เด็กวันละ 2 ครั้ง เข้ากับบ่าย รวมกับ
อาหารกลางวันอีก 1 มื้อ ซึ่งมีกับข้าว 2 อย่าง รวมผลไม้
ทั้งหมดมีมูลค่าไม่เกิน 20 บาท / วัน ผู้เขียนขอยืนยันว่า
เป็นอาหารเจที่อร่อยมากมาก และเป็นเจแบบจริงจัง
ไม่เสแสร้ง ไม่มีหมูแดงเจ ไม่ใช่เปิดอย่างเจ แต่เป็น
เจจริง ๆ ที่ใช้ส่วนผสมประกอบตามธรรมชาติ อาทิ



ใช้เวลาให้น้อยในการกิน เพื่อจะได้เหลือเวลามากขึ้น
สำหรับไปช่วยเหลือผู้อื่น

ผัดกระเพราเต้าหู้ ผัดผักรวม ต้มมะระ แกงเทโพ ฯลฯ
เป็นต้น โรงเรียนนี้ปลูกผักและผลไม้บางชนิดเอง เช่น
แก้วมังกร ก็เลี้ยงไว้ประกันความปลอดภัยไว้สาวย

ความพิเศษอยู่ตรงภาชนะใส่อาหารนี้แหละ
ที่ท่านผู้อ่านรายการโรงเรียนบอกว่าเป็นเอกลักษณ์
ของชาวฉือจี้ นั่นคือไม่ว่าจะไปที่ไหนก็ตาม โดยเฉพาะ
ในเขตที่ออกปฏิบัติการช่วยเหลือ ชาวฉือจี้ทุกคนจะมี
ชุดรับประทานอาหารเป็นของตัวเอง ประกอบด้วยถ้วย
1 ใบ และตะเกียบ / ช้อน 1 คู่ เพื่อไม่ให้เป็นการ
แก่ผู้อื่น

ในโรงเรียนนี้ก็เช่นกัน ท่านผู้อ่านรายการชื่อ
ชุดภาชนะใส่อาหารส่วนตัวของท่าน แล้วเชิญให้พวกเรา
ปฏิบัติตาม พร้อมกับฝากวาทะธรรมไว้ก่อนขอตัวไปก็คือ
ใช้เวลาให้น้อยในการกิน เพื่อจะได้เหลือเวลามาก
ไปช่วยเหลือผู้อื่น

บรรยากาศแห่งความเรียบง่าย จึงบังเกิด
แก่พวกเราโดยถ้วนหน้า ทุกคนดั่งข้าวตอกกับใส่ถ้วย
ใบเดียว กินกันอย่างเอร็ดอร่อย แต่ด้วยความที่อาหาร
อร่อยมากอย่างที่บอก ก็เลยดักกันคนละ 2 รอบ
เป็นอย่างน้อย เพราะรอบแรกคืด รอบสองแกง รอบสาม
ผลไม้ (บางคนมีรอบสี่เป็นถั่วและงา) ในถ้วยใบเดิม

ได้ยินหลายคนคุยกันว่า จะกลับไปเก็บถ้วยชามที่บ้าน เสียบ้าง เพราะใช้น้อยก็พลอยลอะไรต่อมิอะไรไป อีกเยอะ ไม่ว่าจะเป็นม้า เวลา รวมทั้งน้ำยาล้างจาน สบู่ล้าง อาทรากลางวันเมื่อนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ (น่าจะ) ได้ผล อย่างเป็นรูปธรรม

คำขวัญ "มารยาทเด่น เน้นคุณธรรม นำ การเรียนรู้ มุ่งสู่ยุคไอที" ไม่ใช่ทั้งไว้เลย ๆ แต่โรงเรียน เน้นการปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยมีปณิธานว่า จะรื้อฟื้น วัฒนธรรมดี ๆ ของชาวไทยที่หายไปให้กลับคืนมา เช่น สอนให้เด็กเดินก้มตัวเมื่อผ่านผู้ใหญ่ เคาะพผู้คนอื่น ยกมือไหว้ พูดจามีท่วงเสียง กล่าวคำขอบคุณ และยิ้มเสมอ

ในด้านคุณธรรมได้ปลูกฝังตามปรัชญาของ โรงเรียน ซึ่งเป็นที่น่ายกย่องมีใจว่า พฤติกรรมของนักเรียน โรงเรียนฉือจี้เชียงใหม่ได้ถูกนำไปเผยแพร่ทางสถานี โทรทัศน์ดาวเทียม ซึ่งเป็นสถานีโทรทัศน์ของมูลนิธิฉือจี้ ในประเทศได้ทุกวัน และในประเทศไทยก็สามารถรับได้ โดยผ่านดาวเทียม

และในวันนั้น พวกเราก็ได้มีโอกาสชมรายการ ดังกล่าวทางวีซีดี โดยมีคำบรรยาย (sub title) เป็น ภาษาไทย ซึ่งในเรื่อง มีภาพของท่าน**ธรรมาจารย์ เจิ้งเหยียน** ผู้ก่อตั้งมูลนิธิฉือจี้ ที่แสดงความชื่นชม มารยาทของเด็กนักเรียนไทย จากโรงเรียนฉือจี้เชียงใหม่ ประเทศไทย และยกย่องให้เป็นแบบอย่างที่ดี

"ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม จะต้องเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัย อยู่เสมอ เพื่อป้องกันเหตุสุดวิสัยที่อาจเกิดขึ้น อย่าได้ละเลยกับลมที่พัดเอื่อย ๆ กับเปลวไฟที่ริบหรี่ เพราะประกายไฟอันน้อยนิดอาจทำให้เกิดการลุกไหม้พุ่งพวย หนักวังใหญ่ไพศาลจนเมืออาจควบคุมได้"

หนึ่งในภารกิจหลักของมูลนิธิฉือจี้ คือด้าน การรักษาพยาบาล ฉือจี้จึงมุ่งปลูกฝังจิตวิญญาณ ของความรัก ความเมตตา กรุณา ให้แก่นักเรียนตั้งแต่ ชั้นอนุบาล เพื่อให้เขาเหล่านั้นเติบโตไปเป็นแพทย์ พยาบาล ที่ช่วยเหลือคนไข้ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความเอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจผู้เจ็บไข้เสมือนเป็น ญาติของตนเอง เพราะเชื่อว่าถ้าจะรอสอนสิ่งเหล่านี้ ในโรงเรียนพยาบาลหรือโรงเรียนแพทย์ บางทีอาจจะช้าไป

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพวกเราทุกคนที่ได้ไปเยี่ยม โรงเรียนฉือจี้ในวันนั้น ล้วนเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้ใหญ่กันแล้วทุกคน แต่ก็เชื่อแน่ว่า ความรู้สึก ดีๆ ที่เกิดขึ้น จะช่วยกระตุ้นจิตสำนึกของการอยาก ทำความดีให้บังเอิญมาได้อย่างแน่นอน

ก่อนจบ ขอฝาก

วาทะธรรมหมวดที่ 14 ที่ทำงานคือสถานที่ ปฏิบัติธรรม

จากหนังสือ **วาทะธรรม เล่ม 1**

เขียนโดย **ธรรมาจารย์เจิ้งเหยียน**

แปลเป็นภาษาไทยโดย **วัลยา สิริธียรการ**

ความว่า...

* E-mail address : skomoth@mail.med.cmu.ac.th

* Skype name : Toyteewid

โครงการดูแลผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก๊ส

ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย *
เครือวัลย์ คำก่อง **
อรุณา โรเนเกอร์ ***

หลักการและเหตุผล

โรคจอประสาทตาหลุดลอก เป็นโรคที่พบบ่อยมากใน 5 อันดับแรกของจอผู้ป่วยพิเศษ 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การรักษาโดยการผ่าตัดที่มีการฉีดแก๊สเข้าไปในน้ำวุ้นลูกตาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาที่ได้ผลดี หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องก้มหน้า / นอนคว่ำหน้า เพื่อให้แก๊สลอยขึ้นไปดันจอประสาทตาที่หลุดลอกให้ติดประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ จนกว่าจอประสาทตาจะติดและแก๊สจะซึมหมด ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายจากการก้มหน้า / นอนคว่ำหน้านาน ๆ อึดอัดปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ ไหล่ และหลัง ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นจอผู้ป่วยพิเศษ 3 จึงแก้ไขปัญหาโดยสร้างนวัตกรรม "โต๊ะคลายเมื่อย พิเศษ 3" ขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้มหน้า / นอนคว่ำหน้าได้สะดวก สบาย คลายความอึดอัด (ดูรายละเอียดการประดิษฐ์นวัตกรรมที่หน้า 73 - 75) และนำการนวดแผนไทยมาใช้ในการบรรเทาความปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ และหลัง ส่งผลให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกในจอผู้ป่วยพิเศษ 3 ที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก๊ส สามารถอยู่ในท่าก้มหน้า / คว่ำหน้าได้ตลอด และได้รับการบรรเทาความไม่สบายจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ ไหล่ และหลัง หลังการผ่าตัดใส่แก๊สในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

ตัวชี้วัดและผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยพึงพอใจในการนวดแผนไทยในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป
- ผู้ป่วยมีระดับประเมินความเจ็บปวดจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

* พยาบาลระดับ 6 จอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

** ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

*** พนักงานช่วยการพยาบาล จอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา
2. จัดทำโครงการภายในหอผู้ป่วย บริक्षाและนำเสนอโครงการแก่ PCT Eye
3. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โดยจัดอบรมการนวดกล้ามเนื้อ เพื่อบรรเทาการปวดเมื่อยแก่ผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแผนไทย
4. ทำนวัตกรรมอุปกรณ์บรรเทาความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
5. นำโครงการและนวัตกรรมมาปฏิบัติภายในหอผู้ป่วย
6. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไข
7. กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติภายในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนการนวดแผนไทยในผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดใส่แก้ว

อาการปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่พบในผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตา เกิดจากผู้ป่วยถูกจำกัดท่าก้มหน้า / นอนคว่ำเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การนวดจึงเป็นการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อที่ซึ่งอยู่เกิดการคลายตัว

เทคนิคการกด

1. วางนิ้วมือหรือสันมือลงบริเวณที่ต้องการกด
2. ค่อย ๆ ผ่อนการกดซ้ำ ๆ จนอยู่ในลักษณะการวางมือ
3. ในการกดแต่ละจุดให้ทำซ้ำ ๆ 3 - 5 ครั้ง

การนวดคลึงต้นคอ

นวดรอบฐานคอโดยใช้หัวแม่มือกดคลึงไปตามส่วนเนื้อรูปสามเหลี่ยมใต้คอ ให้หัวคคสังเป็นบริเวณแคบ ๆ

เน้นและค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักกดขึ้นด้วยวิธีนวดคลึงเพื่อลดความเกร็งบริเวณต้นคอ

การนวดบีบไหล่

นวดกล้ามเนื้อไหล่โดยใช้มือบีบจากต้นคอ นวดไปตามเดิมไหล่จนถึงหัวไหล่ และใช้นิ้วมือบีบกล้ามเนื้อด้านหน้าร่องไหปลาร้าของกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเกร็งบริเวณไหล่

การนวดข้างกระดูกสันหลัง

กดด้วยหัวแม่มือสลับข้างกันไปตามร่องข้างกระดูกสันหลังจนถึงบั้นเอว แล้วนวดย้อนกลับไปยังต้นคอ

สรุปผลการดำเนินงาน

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2549 - เดือนพฤษภาคม 2550

1. ตารางแสดงผลการประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม (N = 30)

ลักษณะอุปกรณ์	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
แบบที่ 1 ไม้เท้าเดียว	28	2	0
แบบที่ 2 ไม้เท้าเดียว	29	1	0

2. ตารางแสดงลักษณะการประเมินผู้ป่วยในการนวดแผนไทย (N = 30)

ลักษณะการประเมินผู้ป่วย	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนวดแผนไทย	27 (90.0 %)	3 (10.0 %)	0 (0 %)

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมและการนวดแผนไทยระดับมาก

3. ตารางแสดงระดับความเจ็บปวดจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังได้รับการนวดแผนไทย (N = 30)

จำนวนผู้ป่วย แยกตามระดับความเจ็บปวด ก่อนการนวดแผนไทย	จำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับความเจ็บปวด หลังการนวดแผนไทย		
	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
ปวดน้อย (1 - 3 คะแนน) 2 ราย	2 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
ปวดปานกลาง (4 - 6 คะแนน) 22 ราย	22 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
ปวดมาก (7 - 10 คะแนน) 6 ราย	2 (33.33 %)	4 (66.67 %)	0 (0 %)

จากตาราง พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ปวดมากจำนวน 6 ราย หลังจากรับการนวดแผนไทยระดับความเจ็บปวดลดลงเป็นระดับปวดน้อยจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ปวดปานกลาง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67

ในกลุ่มที่ ปวดปานกลางจำนวน 22 ราย หลังจากรับการนวดแผนไทยระดับความเจ็บปวดลดลงเป็นระดับปวดน้อยทั้ง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ปวดน้อยซึ่งมีจำนวน 2 ราย หลังจากรับการนวดแผนไทยระดับความเจ็บปวดยังคงอยู่ในระดับเดิม (แต่คะแนนความเจ็บปวดลดลงจาก 3 คะแนน เหลือ 1 คะแนน)

โอกาสพัฒนา

1. เสริมสร้างทักษะแก่เจ้าหน้าที่ และญาติ ในการนวดแผนไทยให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกลับบ้าน
2. ปรับปรุงนวัตกรรมการให้ง่ายและเหมาะสม ตามคำแนะนำของผู้ใช้บริการแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการ ได้แก่ คุณกรรองกาญจน์ จีรพรเจริญ หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ป่วยพิเศษ คุณสุภาวณี จิตโรภาส ผู้ตรวจการพยาบาล คุณสุรวิทย์ แสนสมบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 3 ที่อุดรฯ ให้ทำการศึกษาและข้อเสนอแนะ

และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พิเศษ 3 ทุกท่านที่ได้ ความร่วมมือและช่วยเหลือจนโครงการสำเร็จลงได้ด้วยดี

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดการความรู้โดยชุมชนพยาบาลนักปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม*

ตัวแทนพยาบาลนักปฏิบัติใน 16 หอผู้ป่วย**

บทคัดย่อ

โครงการพัฒนาคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิกาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีคะแนนบราเคน 6 - 18 เครื่องมือดำเนินการศึกษา เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาโดยสุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2548) การดำเนินโครงการมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะนำลงสู่การปฏิบัติ และระยะประเมินผล โดยมีการกำกับดูแลโดยทีมผู้ดำเนินโครงการและหัวหน้าตึกในแต่ละหอผู้ป่วย ประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันแผลกดทับ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ เปรียบเทียบความชุกก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติไคสแควร์ (Fisher exact probability test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ต่อ 1,000 วันนอนซึ่งถือว่าสำเร็จตามเป้าหมาย
2. ความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความชุกของการเกิดแผลกดทับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเป็นโรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 9.77 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง การอ่อนแอของแขนขา มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ ผู้ที่มีคะแนนบราเคนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีปัญหาความเปียกชื้นที่ผิวหนัง และผู้มีปัญหาแรงเสียดสีมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

* โครงการพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์

** ตัวแทนพยาบาลนักปฏิบัติใน 16 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่ สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, นฤมล ไชยวารี, จันทนา จารุใหญ่, ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, วิลาวัลย์ แก้ววรา, วันทนีย์ แสงวัฒนวัฒน์, วิมลภา อินต๋อง, สุรีย์ ใจเอื้อ, ยุทธพิน ฉัตรเงิน, พรทิพย์ นามแจ้ง, นนุช บุญอยู่, พิมพ์นิภา วิเชียรศิริกุล, ยุวีย์ นันทประเสริฐ, อรุณี วิวัฒน์กานต์ และศิริรัตน์ วิจิตตระกูลการ

ผู้ที่คะแนนเบรคเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 23.85 เท่าของผู้ที่มีคะแนนเบรคเดนมากกว่า 16 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 13.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหา ผู้ที่มีปัญหาความเปียกชื้นที่ผิวหนัง มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 11.56 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ ผู้มีปัญหาแรงเสียดสีมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 40.29 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้

การศึกษานี้แสดงผลยืนยันให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์และการจัดการความรู้โดยชุมชนนักปฏิบัติ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลผู้ป่วยอัลยกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยอัลยกรรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเฉียบพลัน ได้แก่ กลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดบาดเจ็บต่อสมอง และบาดเจ็บหลายระบบ อาจจะมีกระดูกซี่โครงหัก อวัยวะภายในช่องท้องฉีกขาด และกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเนื้องอกของอวัยวะที่ต้องการรักษาด้วยวิธีทางอัลยกรรม ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง เนื่องจากมักมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับอย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป เช่น การไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายจากการบาดเจ็บหลายระบบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากการได้รับบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือด แพทย์จะให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เช่น dopamine adrenaline ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว (Kinney, Packa

& Dunbar, 1993) เลือดไปเลี้ยงที่ผิวหนังลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับง่ายขึ้น ผู้ป่วยบางรายมักนอนตื่นไปมาทำให้เกิดการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับที่นอน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากขึ้นเช่นเดียวกัน การเกิดแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน มีระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก วิธีการที่ดีที่สุด คือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่ให้เกิดขึ้น (Ignatavicius & Bayne, 1991) เพื่อลดปัญหาความทุกข์ทรมาน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

สำหรับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในภาพรวมของงานการพยาบาลผู้ป่วยอัลยกรรม จากเดือนมกราคม - เมษายน 2549 พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับอยู่ที่ 0.9 - 2.04 แผลต่อ 1,000 วันนอน และในเดือนพฤษภาคม 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 3.14 แผลต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเป็นเป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลที่กำหนดไว้ และจากการสำรวจความซุกของแผลกดทับในวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 เวลา 9.00 น. พบว่ามีแผลกดทับเฉพาะที่เกิดในโรงพยาบาล (incidence) จำนวน 13 แผลในผู้ป่วย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.20 และพบแผลทั้งหมดในวันสำรวจ (prevalence) ถึง 22 แผลในจำนวนผู้ป่วย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.39 ซึ่งเป็นเป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน (การสำรวจความซุกของแผลกดทับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชชนกรเชียงใหม่, 2549)

คณะกรรมการประกันคุณภาพทางการพยาบาลของงานการพยาบาลผู้ป่วยอัลยกรรม ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าทอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องได้แก้ไขแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยทำการวิเคราะห์หาสาเหตุราก (root cause analysis) และปรับปรุงมาโดยตลอด แต่ยังคงปรากฏว่ามีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับอยู่อย่างต่อเนื่อง งานการพยาบาลผู้ป่วย

ศัลยศาสตร์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงจัดทำโครงการการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยชุมชนนักปฏิบัติอาศัยกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management) และการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านความปลอดภัย พัฒนาหน่วยงานไปสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ สามารถปฏิบัติได้จริง ในการปฏิบัติงานประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจในบริการ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อยู่บนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และหาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ศัลยกรรม

คำจำกัดความ

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หมายถึง แนวทางในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติที่รวบรวมมาจากความรู้จากการวิจัย สร้างและพัฒนาโดยสุพรรณิ เตริยมิวศิษย์ และคณะ (2548) ซึ่งระบุข้อเสนอแนะแนวทางในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ครอบคลุมดังนี้

- 1) การประเมินทางการพยาบาล
- 2) การใช้แผนประเมินความเสี่ยง
- 3) การทำความสะอาดผิวหนังและการประเมินผิวหนัง
- 4) การส่งเสริมโภชนาการ

- 5) การจัดท่า
- 6) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด
- 7) การจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่พยาบาล

แผลกดทับ หมายถึง บริเวณเฉพาะพื้นที่ที่มีการถูกทำลายของผิวหนังและหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ติดต่อกับระยะเหล่านั้น สาเหตุเกิดจากเส้นเลือดถูกกดจนไม่สามารถนำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงได้เพียงพอ ซึ่งปกติมักพบบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ประเมินโดยระดับของแผลกดทับที่แบ่งโดย National pressure ulcers advisory panel four-level staging system เป็น 4 ระดับตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ดังนี้

- | | |
|--------|--|
| เกรด 1 | ผิวหนังมีรอยแดง เมื่อกดบนผิวหนัง รอยแดงยังคงแดงอยู่ ไม่มีสีซีดขาวให้เห็น (nonblanching erythema) รอยแดงไม่หายไปภายใน 30 นาที ยังไม่เกิดแผลที่ผิวหนัง ผิวหนังอาจจะ มีสีซีด คล้ำ |
| เกรด 2 | มีการทำลายผิวหนังลึกถึงชั้นหนังแท้ (dermis) ผิวหนังมีแผลเกิดขึ้น มี สีแดง |
| เกรด 3 | มีการทำลายผิวหนังชั้นหนังแท้ ทั้งหมด และลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) |
| เกรด 4 | มีการทำลายผิวหนังชั้นใต้ผิวหนัง ทั้งหมด และลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ และกระดูก |

อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน 1 เดือน

$$= \frac{\text{จำนวนแผล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในเดือนนั้น}}$$

ผู้ป่วยศัลยกรรม หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาก่อนและหลังผ่าตัด

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้ง 16 หอผู้ป่วย ในงาน
การพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โดยมีกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ใน
ในระยะสังเกตอาการ ระยะวิกฤติ ระยะกึ่งวิกฤติ และ
ระยะเตรียมจำหน่าย

ขั้นตอนการดำเนินโครงการ

ระยะเตรียมการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ
ในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ดัดแปลง (modify)
จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำ
แนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ และการประเมินผลของสภาวะ
ทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย
(NHMRC, 1998) โดยมีขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดขอบเขตของปัญหา
- 2) ตั้งทีมงาน
- 3) กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์
- 4) ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือ
หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
- 5) จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกและตรวจสอบ
โดยผู้เชี่ยวชาญ
- 6) นำแนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติจริง
- 7) ประเมินผล

1. ทบทวนและกำหนดขอบเขตและประเด็น
ของปัญหาเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจากตัวชี้วัด
การเกิดแผลกดทับในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์
โดยจัดประชุมซักถามปัญหาที่พบในแต่ละหอผู้ป่วย
ในการแก้ไขปัญหาเรื่องแผลกดทับ พบว่า มีความเข้าใจ
ไม่ตรงกันในเรื่องแบบประเมินบราเคนเพื่อค้นหาผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงและกระบวนการในการให้การป้องกันการเกิด
แผลกดทับ

2. ตั้งทีมงานเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติในการป้องกัน
แผลกดทับ ประกอบด้วยตัวแทนจาก 16 หอผู้ป่วย
ในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์

3. กำหนดวัตถุประสงค์ และกำหนดผลลัพธ์

- 3.1 เพื่อให้การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด
แผลกดทับของงานการพยาบาลผู้ป่วย
ศัลยศาสตร์อยู่บนหลักฐานความรู้
เชิงประจักษ์
- 3.2 เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
ให้น้อยกว่า 3 ต่อ 1,000 วันนอน

4. ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือ หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์จากการสืบค้น ได้แก่

- 4.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง Pressure
ulcer risk assessment and
prevention technical report
ของวิทยาลัยพยาบาลประเทศอังกฤษ
(Royal College of Nursing,
2000)
- 4.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง Predic-
tion and prevention of pressure
ulcers in adults ของกระทรวง
สาธารณสุข ประเทศสิงคโปร์ (MOH,
2001)
- 4.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง A guide
for patients and their carers
: Working together to prevent
pressure ulcers ของประเทศอังกฤษ
National Institute for clinical
excellence
- 4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง Nursing
best practice guideline shaping
the future best of nursing: Risk
assessment and prevention of
pressure ulcers ของ Registered
Nurses Association of Ontario

- 4.5 แนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่อง Prevention of pressure ulcers: Acute care settings ของ NSW Department of health
- 4.6 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับที่พัฒนาโดยสุพรรณดี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2548)

ประชุมทีมงานเพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่สืบค้นได้ การประเมินคุณค่าหลักฐานที่ได้มา โดยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของ evidence ความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับหน่วยงาน (Polit, Beck & Hungler, 2001) ความชอบของผู้ปฏิบัติ เป็นต้น โดยมีรายละเอียดการพิจารณาเกี่ยวกับ

- 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน (scope and purpose)
- 2) การมีส่วนร่วมโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder involvement)
- 3) ขั้นตอนในการพัฒนา (rigour of development)
- 4) ความชัดเจนของรูปแบบแนวปฏิบัติ (clarity and presentation)
- 5) ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ (applicability)
- 6) ความมีอิสระของทีมงานพัฒนา (editorial independence)

จากการรวบรวมแนวปฏิบัติที่สืบค้นทั้งหมดทางทีมตกลงร่วมกันเลือกแนวปฏิบัติสำหรับป้องกันแผลกดทับที่พัฒนาโดยสุพรรณดี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2548) ซึ่งพัฒนามาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศสิงคโปร์ (MOH, 2001) และได้นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาพรตนครเชียงใหม่ สามารถลด

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$)

5. การจัดทำแนวปฏิบัติ

- 5.1 นำแนวปฏิบัติสำหรับป้องกันแผลกดทับที่พัฒนาโดยสุพรรณดี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2548) มาดัดแปลงข้อปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยทีมงานมีส่วนร่วมให้ความเห็น
- 5.2 ประเมินความพร้อมของแต่ละหอผู้ป่วย และทรัพยากรในการนำแนวปฏิบัติมาใช้
- 5.3 ตัดสินใจร่วมกันระหว่างตัวแทนทุกคน จาก 16 หอผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์
- 5.4 จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาโดยชุมชน นักปฏิบัติทั้ง 16 หอผู้ป่วย
- 5.5 จัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice : pressure sore) ระหว่างตัวแทน 16 หอผู้ป่วยในงนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ในเรื่องแบบประเมินบราเดน โดยนำแบบประเมินบราเดนที่พัฒนาโดยสุพรรณดี เจริญวิศิษฐ์ และคณะ (2548) มาทำความเข้าใจในรายละเอียดเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 60 คน หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83
- 5.6 นำแบบประเมินบราเดนมาทดสอบความเที่ยงในการประเมินระหว่างพยาบาลตัวแทนใน 16 หอผู้ป่วยได้ค่า interator = 0.94

5.7 จัดพิมพ์นำเสนอเป็นแนวปฏิบัติ ในหน่วยงาน

ระยะนำลงสู่การปฏิบัติ

- 1.ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในทุกหอผู้ป่วย
- 2.ประชุมกลุ่ม (conference) ถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ตัวแทนบุคลากรทั้ง 16 หอผู้ป่วย และให้นำไปขยายผลในแต่ละหอผู้ป่วย
- 3.นำไปปฏิบัติจริงในสหุภหอผู้ป่วย

ระยะประเมินผล

ติดตามประเมินผลลัพท์โดย

- 1) รวบรวมอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับทุกเดือนจนเสร็จสิ้นโครงการ
- 2) สำนวจความชุกในเดือนธันวาคม 2549 เปรียบเทียบกับการสำวจความชุกในเดือนพฤษภาคม 2549

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่อ 1,000 วันนอน หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2549 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549

	ก.ค.	ค.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ค่าเฉลี่ย
เป้าหมาย < 3 ต่อ 1,000 วันนอน	3.50	2.70	3.20	2.69	2.18	2.26	2.28

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสำวจความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมในวันที่ 20 ธันวาคม 2549 และวันที่ 16 พฤษภาคม 2549

	16 พฤษภาคม	20 ธันวาคม	ค่าไคสแควร์	p-value
จำนวนที่พบแผลกดทับ	14 คน (6.39 %)	11 คน (5.88 %)	.000	.995
จำนวนที่ไม่พบแผลกดทับ	205 คน (93.61 %)	176 คน (94.12 %)		
จำนวนผู้ป่วยที่สำวจทั้งหมด	219 คน	187 คน		

ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม

ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมทรวงศ์ เชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 และการสำวจความชุกในวันที่ 20 ธันวาคม 2549

อภิปรายผล

จากตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมทรวงศ์ เชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย คือน้อยกว่า 3 ต่อ 1,000 วันนอน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งถือว่า สำเร็จตามเป้าหมาย

จากตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมในวันที่ 20 ธันวาคม 2549 กับการสำวจความชุกในวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 พบว่า

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรม และการทดสอบทางสถิติ (N=176)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความรุนแรงแผลกดทับ		Relative Risk	ค่าไคสแควร์	p-value
	ไม่มีแผลกดทับ	มีแผลกดทับ			
เพศ ชาย	120	6	0.56	.365	.546
หญิง	56	5			
อายุ < 60 ปี	103	7	0.81	.000	.985
≥ 60 ปี	73	4			
คะแนนบราเคน > 16	124	1	23.85	14.93	.000****
≤ 16	52	10			
ระดับอัลบูมิน* ≥ 3.5 (มก. %)	43	0	0.47	2.436	.119
< 3.5 (มก. %)	38	4			
สถานที่ก่อนรับผู้ป่วย					
จากบ้าน	119	6	1.74	.317	.573
ในโรงพยาบาล	57	5			
อุปกรณ์การรักษา (Device) ไม่มี	168	10	2.1	.000	1.000
มี	8	1			
ไม่เป็นโรคเรื้อรัง	87	1	9.77	5.24	.022**
เป็นโรคเรื้อรัง	89	10			
ไม่เป็นโรคเฉียบพลัน	131	10	0.29	.757	.384
เป็นโรคเฉียบพลัน	45	1			
ไม่มีเซนเซอร์อ่อนแรง	156	6	6.50	7.654	.006****
มีอาการเซนเซอร์อ่อนแรง	20	5			
ช่วยเหลือตนเองได้	132	2	13.5	13.778	.000****
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	44	9			
ไม่มีความเปียกชื้นที่ผิวหนัง	143	3	11.56	14.609	.000****
มีความเปียกชื้นที่ผิวหนัง	33	8			
ไม่มีปัญหาแรงเสียดสี	141	1	40.29	24.824	.000****
มีปัญหาแรงเสียดสี	35	10			

* การตรวจระดับอัลบูมิน ตรวจ 81 ราย ไม่ได้ตรวจ 95 ราย ** p < .05 *** p < .01 **** p < .001

อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างไรก็ดีมีข้อจำกัดทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าความสูงของการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าใกล้เคียงกัน จึงทำให้การทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสูงของการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การเป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 9.77 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง การอ่อนแรงของแขนขา มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของแขนขาและเป็นอัมพาต มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ ผู้ที่มีคะแนนบราเดเนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีปัญหาความเปียกชื้นที่ผิวหนังและผู้มีปัญหากล้ามเนื้อลีบ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้ที่มีคะแนนบราเดเนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 23.85 เท่าของผู้ที่มีคะแนนบราเดเนนมากกว่า 16 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 13.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ ผู้ที่มีปัญหาความเปียกชื้นที่ผิวหนัง มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 11.56 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้ ผู้มีปัญหากล้ามเนื้อลีบ มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ 40.29 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหานี้

ข้อเสนอแนะ

1. การรับผู้ป่วยใหม่หรือรับย้ายจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาล หากประเมินแล้วพบว่า เป็นผู้ที่มีคะแนนบราเดเนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีปัญหาความเปียกชื้นที่ผิวหนัง มีปัญหากล้ามเนื้อลีบ มีการอ่อนแรงของแขนขาหรือเป็น

อัมพาต และเป็นโรคเรื้อรัง จะต้องให้เอนर्सที่เอนर्सที่สามารถลดแรงกดได้ และให้การป้องกันแผลกดทับทันทีที่ตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันแผลกดทับไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพของหน่วยงานทรัพยากรที่มีอยู่ และให้ผู้ร่วมดำเนินโครงการมีส่วนร่วมในการนำลงสู่การปฏิบัติทุกขั้นตอน

3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันแผลกดทับไปใช้ ทีมจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และควรมีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

4. ควรทำความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันแผลกดทับกับผู้ร่วมดำเนินโครงการก่อนนำไปใช้ และมีการทบทวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันแผลกดทับเป็นระยะ ๆ

ปัญหาและอุปสรรค

ในการทำโครงการชุมชนนักปฏิบัติและโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นตัวจักรสำคัญร่วมกับตัวแทนชุมชนนักปฏิบัติของหอผู้ป่วย ในการนำทีมในหอผู้ป่วยของตนเองไปถึงเป้าหมาย การที่มีพยาบาลในวงการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ลาออกและโอนย้ายเป็นจำนวนมาก ทำให้ตัวแทนชุมชนนักปฏิบัติบางหอผู้ป่วยมาประชุมได้ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการสื่อสารกับหัวหน้าหอผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- ความชุกของแผลกดทับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2549) การสำรวจความชุกของแผลกดทับ ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- สุพรรณิ เทียมวิศิษฐ์ และคณะ. (2548) รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Braden B., (1988) **The Braden scale for predicting pressure sore risk**. Retrived March, 2002, from <http://www.rohoinc.com/pdf/braden.pdf>
- Ignatavicius, D. D. & Bayne, M. V. (1991) **Medical-surgical nursing : A nursing process approach**. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Kinney, M. R., Packa, D. R. & Dunbar, S. B. (1993). **AACN's clinical reference for critical-care nursing (3rd ed.)**. St. Louis : Mosby.
- Ministry of Health-MOH. (2001) **Nursing clinical practice guidelines 1/2001. Prediction and prevention of pressure ulcers in adults**. Retrived March,1,2002, from <http://www.gov.sg/MOH/pdf/clinic2001/Book.pdf>.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). **A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines**. Retrieved November 6, 1998, from http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). **A guide for patients and their careers: Working together to prevent pressure ulcers**. Retrieved April, 2001, from <http://www.nice.org.uk>
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2001) **Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization (5th ed)**. Philadelphia : Lippincott.
- NSW Department of health. North Sydney. **Prevention of pressure ulcers: Acute care settings**. Retrieved from <http://www.NSW.org.gov.au>
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). **Nursing best practice guideline shaping the future of nursing: Risk assessment and prevention of pressure ulcers**. Retrieved 2002, from <http://www.rnao.org>.
- Royal of Nursing-RCN, (2000). **Pressure ulcer risk assessment and prevention: Technical report**. Retrieved July, 2007, from <http://www.rcn.org.uk/services/promote/clinical/>
- Scottish Intercollegiate Guideline Network [SIGN]. (2001). **A guideline developers' handbook**. Retrieved June 15, 2003, from <http://www.sign.ac.uk>
- Stetler, C. B. (2001). Updating the settler model of research utilization of facilitate evidence-based practice. **Nursing Outlook, 49(6)**, 272 - 278.
- Weinberg, A. D. (1998). **Risk management in long-term care : A quick reference guide**. New York : Springer.

ประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ลัญชณา จำปาทอง *

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดมะเร็งตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลองคือ แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก และแบบประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยแสดงความถี่ ร้อยละของข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 94.3 มีความเห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทีมการพยาบาลได้กระทำ สามารถบรรเทาปวดมะเร็งได้ระดับมาก และร้อยละ 97.1 มีความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวดในระดับสูง เจ้าหน้าที่พยาบาลในออร์โธปิดิกส์ชาย 3 ทุกคนมีความเห็นว่า แนวปฏิบัติเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก มีประสิทธิภาพเพียงพอในการบรรเทาปวดมะเร็งกระดูกได้

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นความผิดปกติที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญและรณรงค์ให้ทุกประเทศตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นสาเหตุการตายที่มากเป็นอันดับที่สองของสถิติการตายด้วยโรคทั้งหมด (ปิยาภรณ์ วัฒนสุคนธ์, 2543)

โรคมะเร็งกระดูกเป็นมะเร็งที่มีความปวดร่วมด้วยมากที่สุดโรคหนึ่ง ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื้ออาหาร ซึ่งส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีจิตใจเศร้าหมอง ท้อแท้ วิทกักรวบรวมต่อภาวะโรค นอกจากนี้ภาวะปวดยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว และทำให้สร้างสิ่งกีดขวางกับบุคคลอื่นได้น้อยลง จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณค่าแห่งตนจนอาจปรารถนาความตายมากกว่าการมีชีวิตอยู่ (MOH, 2003, SIGN, 2002) ถึงแม้ว่าการปวดจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย

* พยาบาลระดับ 8 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมการาชนครเชียงใหม่

มะเร็งกระดุก บุคลากรทางการแพทย์ต่างตระหนักถึงความสำคัญ แต่จากการศึกษาพบว่า การจัดการอาการปวดมะเร็งยังไม่เพียงพอ และยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวทางการจัดการอาการปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Devine, 2003)

หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 เป็นหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี และมีความผิดปกติจากความเสี่ยงและเนื้องอกของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยมีสถิติรับผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกกระดูกมากเป็นอันดับ 3 โดยเป็นมะเร็งกระดูกสูงถึงร้อยละ 69.1 ในปี พ.ศ. 2546 และร้อยละ 92.8 ในปี พ.ศ. 2547 ในปี พ.ศ. 2548 ก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกทุกรายจะมีอาการปวดเป็นอาการสำคัญ ถึงแม้จะมีการประกันคุณภาพทางการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยทุกราย แต่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวความปวด เบื่ออาหาร ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองหากถูกจำหน่ายกลับบ้าน หรือเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้การพัฒนาดังกล่าวมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นที่ยอมรับจากองค์กรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล คณะผู้ศึกษาจึงศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่อาศัยขั้นตอนการพัฒนาตามแนวทางของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (The Thailand Center for Evidence Based Nursing and Midwifery) เพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งกระดูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติระหว่างเดือน ธันวาคม 2547 - ตุลาคม 2548
2. ระยะทดสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 35 คน ในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2550

คำจำกัดความ

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการจัดการอาการปวดมะเร็ง หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกและขั้นตอนการปฏิบัติในเรื่องการจัดการอาการปวดมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก โดยนักผลกรวิจัยที่เชี่ยวชาญเป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการดูแลในแต่ละองค์ประกอบ ทั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาให้มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3

ประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวด หมายถึง ความสำเร็จในการลดหรือบรรเทาอาการปวดมะเร็งที่เป็นผลจากการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินจากจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่รายงานผลการบรรเทาอาการปวดตามแบบสำรวจประสิทธิผลของการบรรเทาอาการปวด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ

หมายถึง ความสอดคล้องกันระหว่างการดูแลตามความคาดหวังและการดูแลที่ได้รับจากบุคลากรของหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดมะเร็งที่รายงานโดยผู้ป่วย ประเมินจากจำนวนของผู้ป่วยที่มีคะแนนความพึงพอใจในระดับสูงตามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งกระดูก

ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง คุณสมบัติของแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านความสะดวก ความง่ายในการปฏิบัติ ความประหยัด ความมีประสิทธิภาพในการดูแลและความพึงพอใจของพยาบาลซึ่งประเมินจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก โดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่อาศัย 7 ขั้นตอนการพัฒนาตามแนวทางของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย โดยแบ่งระยะการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 - 5

ระยะที่ 2 เป็นการทดสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกและการเผยแพร่ ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6 และ 7

ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการจัดการอาการปวดมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก ได้ดำเนินการตามแนวทางการตรวจสอบและรับรองคุณภาพของการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการอาการปวดของ Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO] ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม
- 2) การประเมินอาการปวดมะเร็ง
- 3) การควบคุมและบรรเทาอาการปวดมะเร็ง
- 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดมะเร็ง
- 5) การบรรเทาอาการปวดอย่างต่อเนื่อง
- 6) การควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการ

ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการปวดมะเร็งครั้งนี้ ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติตามหลักฐานของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2546) ดังนี้คือ

1. ขั้นตอนการกำหนดปัญหาเกี่ยวกับ **การจัดการอาการปวดมะเร็งของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3** มีการประชุมภายในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาทางการพยาบาล พบว่า อาการปวดมะเร็งเป็นอาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งทุกราย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ถึงแม้ว่าจะได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาบรรเทาอาการปวดแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 เป็นเนื้องอกกระดูกมากเป็นอันดับ 3 ทั้งในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 โดยเป็นมะเร็งกระดูกสูงถึงร้อยละ 69.1 และ 92.8 ตามลำดับ

จากการประชุมร่วมกันภายในหอผู้ป่วยในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 จึงกำหนดปัญหาทางการพยาบาลที่สมควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกขึ้น และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยความเห็นชอบของสมาชิกภายในหอผู้ป่วย แล้วนำเสนอ

อาจารย์แพทย์ประจำสายนี้เองกระดูกซึ่งได้รับความเห็นชอบและยินดีเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้

2. ขั้นตอนการกำหนดผลลัพธ์ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการอาการปวดระยะเรื้อรังที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2548 ได้ข้อสรุปดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวดระยะเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นโดยกำหนดตัวชี้วัดคือ จำนวนผู้ป่วยที่รายงานผลการบรรเทาอาการปวดระยะเรื้อรังในระดับ **มาก ร้อยละ 80**

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดกำหนดตัวชี้วัดคือ จำนวนผู้ป่วยที่รายงานความพึงพอใจต่อการดูแลเกี่ยวกับอาการปวดในระดับ **สูง ร้อยละ 80**

หลังจากกำหนดตัวชี้วัดของผลลัพธ์ได้แล้ว จึงทำการสร้างเครื่องมือวัดผลลัพธ์ขึ้น ได้แก่ แบบสำรวจ ประสิทธิภาพของการบรรเทาอาการปวดระยะเรื้อรังและแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยเพื่อใช้สำหรับการติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3. ขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานอ้างอิง ทำการสืบค้นหลักฐานความรู้ ผลการวิจัยจากวารสารพยาบาลและฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Pubmed, Medline, Blackwell synergy และ SIGN คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก โรคมะเร็งกระดูก cancer pain management, satisfaction in cancer pain management ผลการสืบค้น พบแนวปฏิบัติทางคลินิก

เพื่อจัดการอาการปวดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ 2 สถาบัน รายงานวิจัยทั้งหมด 3 เรื่อง รายงานวิจัยแบบทดลอง 5 เรื่อง ทบทวนงานวิจัยแบบวิเคราะห์เมตา 1 เรื่อง การศึกษาวิจัยไปข้างหน้า 1 เรื่อง การศึกษาเชิงความสัมพันธ์ 6 เรื่อง การศึกษาเชิงสำรวจ 6 เรื่อง การศึกษาวิจัยคุณภาพ 4 เรื่อง ทบทวนวรรณกรรม 4 เรื่อง นโยบายของโรงพยาบาล 1 เรื่อง

4. ขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้ นำหลักฐานที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาทบทวนวิเคราะห์ และจัดประจักษ์ภายในหอผู้ป่วยวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2548 เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือโดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกของ AGREE Collaboration (2001) ที่แปลโดยรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ ธงชัย (2547) มาประเมินหลักฐานความรู้ที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการอาการปวดระยะเรื้อรังได้ 2 สถาบัน และใช้แบบประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้ (quality assessment scale) ทั้งแบบสุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trials) และไม่สุ่มตัวอย่าง (non-randomized controlled trials) ของสถาบันโจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004) ได้รายงานวิจัยทั้งหมด 1 เรื่อง รายงานวิจัยแบบทดลอง 3 เรื่อง ทบทวนงานวิจัยแบบวิเคราะห์เมตา 1 เรื่อง นอกจากนี้ได้ใช้ความสอดคล้องด้านเนื้อหาได้การศึกษาเชิงความสัมพันธ์ 3 เรื่อง การศึกษาเชิงสำรวจ 3 เรื่อง การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ 2 เรื่อง ทบทวนวรรณกรรม 2 เรื่อง การศึกษาวิจัยไปข้างหน้า 1 เรื่อง และนโยบายของโรงพยาบาล 1 เรื่อง

5. ขั้นตอนการยกท่างแนวปฏิบัติทางคลินิก

5.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยออรัลโรบิติกส์ชาย 3 เพื่อพิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ

5.2 กำหนดกรอบแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อจัดการอาการปวดมะเร็งกระดูกโดยประยุกต์ตาม แนวทางตรวจสอบและรับรองคุณภาพของกาารดูแลสุขภาพ เพื่อจัดการอาการปวดของ JCAHO ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งดำเนินการตามแบบประเมินคุณภาพ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ AGREB Collaboration และจัดพิมพ์ร่างแนวปฏิบัติโดยบรรจุ วิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศตามผลการวิจัยที่สืบค้นได้ ภายใต้งค์ประกอบต่าง ๆ พร้อมทั้งระบุความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานด้วย

5.3 จัดประชุมเพื่อนำเสนอร่างแนวปฏิบัติ ทางคลินิก และทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็น สำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตัวแทนกรรมการสุศึกษาและตัวแทนกรรมการพัฒนา บุคลากรของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 ในวันที่ 15 สิงหาคม 2548

5.4 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม ข้อเสนอให้มีความเหมาะสมกับการใช้ในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ชาย 3

5.5 ตรวจสอบคุณภาพด้านภาษาและ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 รายประกอบด้วย ออร์โธปิดิกส์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญโรคเนื้องอกกระดูกจำนวน 1 ราย วิสัญญี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการระงับอาการปวดจำนวน 1 ราย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการระงับปวด จำนวน 2 ราย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการปวดจำนวน 1 ราย หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะการทดสอบแนวปฏิบัติทางคลินิก

ระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและการเผยแพร่ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 ทุกคน

2. ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกทุกรายที่เข้ารับการรักษ าพยาบาลภายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 3 ระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 - มีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 35 ราย โดยผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีสติ สัมผัสสัญญาณและสามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติ ทางคลินิกเพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก ที่ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของ JCAHO โดยมีขั้นตอนการพัฒนาตามแนวทางของศูนย์ความรู้ เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ แห่งประเทศไทย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ชุดที่ 3 แบบประเมินประสิทธิผลของแนว ปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วย มะเร็งกระดูก

ชุดที่ 4 แบบประเมินประสิทธิภาพของแนว ปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วย มะเร็งกระดูก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา

คณะผู้ศึกษานำแบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและแบบประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ทางคลินิกไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความ เหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของสาระจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องมะเร็งกระดูก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการอาการปวด 1 ท่าน

และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการอาหารปวด 1 ท่าน ได้ตั้งค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrator agreement) และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1

การหาความเชื่อมั่นร่องเครื่องมือ

คณะผู้ศึกษานำเครื่องมือที่หาความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยวิธีการดังนี้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและแบบประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกนำคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) โดยช่วงระยะเวลาระหว่างการทดสอบครั้งที่หนึ่งและครั้งที่สองคือ 7 วัน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และ .91 เรียงตามลำดับ

การหาค่าประสิทธิภาพของผู้ป่วย

คณะผู้ศึกษาหาค่าประสิทธิภาพของผู้ป่วยโดยใช้ consent form ของคณะแพทยศาสตร์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลพื้นฐาน ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิก ตลอดจนความคิดเห็นของพยาบาลต่อประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป :

กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย อายุระหว่าง 17 - 72 ปี (\bar{x} = 61 ปี) ศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ และทุกรายไม่มีอาชีพ มีระยะเวลาเจ็บป่วยระหว่าง 4 - 46 เดือน ส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยมากกว่า 15 เดือน

ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก :

เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ชาย 3 ทุกคนมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกมีประสิทธิภาพ ง่าย และสะดวกต่อการนำแนวทางมาปฏิบัติจริง ตลอดจนมีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในงานประจำในระดับมาก โดยมีเจ้าหน้าที่จำนวน 5 ใน 23 คน รายงานว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ยังมีปัญหาอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ต้องไปให้ความรู้และพบทานความรู้ ตลอดจนการประเมินซ้ำยังมีไม่เพียงพอ

ประสิทธิผลของการบรรเทาอาการปวด :

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.3 มีความคิดเห็นว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทีมพยาบาลได้กระทำสามารถบรรเทาอาการปวดได้ระดับมาก

ระดับความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวด :

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.1 มีความพึงพอใจต่อวิธีการที่ทีมพยาบาลให้การดูแลเพื่อบรรเทาปวดในระดับสูง

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวด

ผลการศึกษานี้สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของการจัดการอาการปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกตามที่คาดหวังไว้ เนื่องจากแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่บรรจุในแนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่องการจัดการอาการปวด

ในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก ผู้ศึกษาได้นำมาจากข้อเสนอแนะที่เป็นผลการวิจัย ตลอดจนข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เรื่องการจัดการอาการปวดมะเร็งที่เป็นวิธีการจัดการอาการปวดมะเร็งได้ผลดี ซึ่งยอมทำให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาปวดสูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร เกษไชย (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วม และมีหลายการศึกษาที่พบว่า อาการปวดมะเร็งลดลงและผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เมื่อเข้ารับการดูแลจากศูนย์ Palliative care และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นภายในศูนย์นั้น ๆ (Bostrom, Sandh, Lundbreg & Fridlund, 2004; Elizabeth, 2003; Ellen, Sandra & Julie, 2003; Jung-Eun et.al, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม ในการสรุปผลการศึกษาในด้านความพึงพอใจอาจมีข้อจำกัดในการแปลผลได้ เนื่องจากผู้ศึกษาเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทั้งหมด โดยผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเกรงใจและมีแนวโน้มที่จะรายงานความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับสูง

ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งกระดูก

ผลการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ ออร์โธปิดิกส์ชาย 3 ทุกคนพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความง่าย สะดวกที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำในระดับมาก เพราะทุกคนมีความคิดเห็นว่าแนวทางที่กำหนดขึ้นนั้นได้มาตรฐานและถูกพิสูจน์ด้วยผลการวิจัย เป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้

โดยมีบางส่วนที่มีความคิดเห็นว่า การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นนั้นประหยัดเวลาในการพยาบาลระดับปานกลาง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ ยังเป็นการปฏิบัติที่ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดมะเร็ง การติดตามประเมินผลการบรรเทาปวดยังไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง เมื่อมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้จริง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดมะเร็ง มีการประเมินผลหลังการให้การพยาบาล ตลอดจนมีการประเมินความรู้อะเอียดและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนมีความคิดเห็นว่า เป็นการสูญเสียเวลาในการปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทดสอบประสิทธิผลและประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติจากการศึกษาครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ

2. ในการบริหารการพยาบาล ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพพยาบาลโดยการใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเวลา

เอกสารอ้างอิง

- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. (2543). **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี**.
วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริพร เกษไชย. (2547). **การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bostrom, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004). **Cancer patient's experiences of care related to pain management before and after palliative care referral**. Retrieved from Pub Med. PAID: 15196227.
- Bostrom, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2004). **Cancer related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management**. Retrieved from Pub Med. PAID: 14756835
- Devine, E. C. (2003). Meta - Analysis of the effect of psycho-educational interventions on pain in adult with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 30(1), 75 - 89.
- Elizabeth, C. D. (2003). Meta-Analysis of the effect of psycho-educational interventions on pain in adult with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 30(1), 75 - 89.
- Ellen, S., Sandra, G. & Julie, K. (2003). A comparative approach to improving cancer pain management and patient satisfaction. **Oncology Nursing Forum**, 30(5), 857 - 862.
- Jung-Eun, K., Marylin, D., Claudia, W., Steven, P., Noreen, F., Karen, S. Debu, T., Peter, K. & Christine, M. (2004). The PRO-SELF. Pain control program improves patients' knowledge of cancer pain management. **Oncology Nursing Forum**, 31(6), 1137 - 1143.
- Ministry of Health. (2003). **Cancer pain** Retrieved from <http://www.gov.sg/moh/pub/cpg/cpq.htm>
- Scottish Inter national Guidelines Network. (2002). **Control of pain in patient with cancer** Retrieved from <http://www.sign.ac.uk>

ผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ในการจัดการภาวะท้องผูกในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

อริชฐาน สุมาลย์เจริญ *

หลักการและเหตุผล

ภาวะท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท้องผูกเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงจากการที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ในขณะเดียวกัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานอาหารที่รบกวนย่อย การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความไม่เป็นส่วนตัว เรื่องการขับถ่าย การต้องพึ่งพาสาวอื่นในการขับถ่าย และการต้องนอนก่ายบนเตียง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องผูก (Folden, et al., 2002; Peate, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาาระงับปวดที่มีส่วนผสมของฝิ่น (opioid) ที่มีผลต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อหูรูด (Gilding, 1999) เป็นผลให้อุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่มากขึ้น ทำให้อุจจาระแข็งและถ่ายอุจจาระลำบากจึงเกิดภาวะท้องผูกขึ้น

ภาวะท้องผูกมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเมื่ออาหารท้องอืด ท้องเฟ้อ คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ การเสียหายที่ของระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ลำไส้อุดตัน ริดสีดวงทวาร

เป็นลม(syncope) นอกจากนี้ยังอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเกิดการแยกตัวจากสังคม (Koch & Hudson, 2000 cited in Folden, et al., 2002) อาการเหล่านี้แม้จะไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความไม่สุขสบาย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งภาวะท้องผูกนั้นเป็นภาวะที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยพิเศษ 8 จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับภาวะท้องผูกขึ้นตามขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (evidence-based practice guidelines)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องผูกในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
2. เพื่อลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยพิเศษ 8 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมภารชนนครเชียงใหม่

ขั้นตอนการดำเนินโครงการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการจัดการภาวะท้องผูกในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หรือผู้ป่วยพิเศษ 8 ได้พัฒนาขั้นตอนตามกระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติตามหลักฐานของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย (Thailand centre for evidence based nursing and midwifery: A collaborating centre of the Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia) (พิบูล นันทวิทย์พันธ์, 2548) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดปัญหา จากการสำรวจอัตราการเกิดท้องผูกในผู้ป่วย 5 โรคหลักของหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก ผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2547 จำนวนทั้งหมด 180 ราย พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะท้องผูก 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.11 และในเดือนกุมภาพันธ์ 2548 ได้มีการสำรวจเป็นระบบในผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพบอัตราการเกิดท้องผูกสูงถึงร้อยละ 40.30 จากการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวได้พบปัญหาในการประเมินภาวะท้องผูกยังไม่ครอบคลุมและไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการภาวะท้องผูก จึงมีความเห็นร่วมกันว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการภาวะท้องผูกสำหรับหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ขึ้น

2. การกำหนดผลลัพธ์ ทำการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการภาวะท้องผูกที่คาดว่าจะได้รับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการภาวะท้องผูก ได้ข้อสรุปดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของการจัดการภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ อัตราการเกิดท้องผูกในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 น้อยกว่าร้อยละ 20

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดการภาวะท้องผูก มีตัวชี้วัดคือ อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการเกี่ยวกับภาวะท้องผูกมากกว่าร้อยละ 80 ประเมินโดยใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ

2.3 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก มีตัวชี้วัดคือ ร้อยละ 80 ของบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยประเมินจากแบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกเพื่อจัดการภาวะท้องผูก

3. การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง การสืบค้นหลักฐานความรู้และผลการวิจัยจากวารสารทางการแพทย์และฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย Science direct Database, Blackwell Synergy Database, Pubmed, CINAHL และ Medline คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ constipation, orthopedic patient, constipation research, adult constipation, constipation assessment, constipation prevention, constipation management, constipation intervention ผลการสืบค้นได้รายงานวิจัยแบบทดลองจำนวน 4 เรื่อง รายงานการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเฉพาะกรณีจำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเชิงเปรียบเทียบเหตุผลจำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเชิงพรรณนาจำนวน 1 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมจำนวน 2 เรื่อง บทความจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะท้องผูกจากสถาบันต่าง ๆ รวม 3 สถาบัน

4. การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้ นำหลักฐานที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาทบทวน วิเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือ ตลอดจนความเหมาะสมสำหรับนำไปปฏิบัติตามเกณฑ์

พิจารณาตัดสินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของสถาบันโจอันนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2004) และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแบบประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ AGREE Collaboration (2001) ที่แปลโดยฉวีวรรณ รงชัย (2547)

5. การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลทั้งหมด 5 คน ร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการภาวะท้องผูก โดยบรรจุวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศตามผลการวิจัยที่สืบค้นได้ภายใต้องค์ประกอบต่าง ๆ พร้อมทั้งระบุระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยกำหนดกรอบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ประยุกต์ตามแนวทางตรวจสอบและรับรองคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ของ Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ด้านการประเมินภาวะท้องผูก ด้านการจัดการกับภาวะท้องผูก ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะท้องผูก ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ จากนั้นจัดประชุมเพื่อชี้แจงเสนอร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นสำหรับนำมาปรับปรุงแก้ไข และปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอให้มีความเหมาะสมกับการใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 และนำไปตรวจสอบคุณภาพด้านภาษาและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ราย ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน

หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แล้วจึงนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หอผู้ป่วยพิเศษ 8 จำนวน 10 ราย

6. การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เปรียบความพร้อมของบุคลากรภายในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับ มีการชี้แจงรายละเอียด และฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะท้องผูกตามความจำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะท้องผูก โดยจัดอบรม 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมการอบรมทั้งหมด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และทางคณะกรรมการได้มีการจัดทำเอกสารแนวปฏิบัติไว้ในหอผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการป้องกันและการจัดการภาวะท้องผูกตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 มีการติดตามและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับภาวะท้องผูกอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และนำมาปรึกษากันระหว่างการรับส่งเวรในเวรเช้าทุกวัน หรือตามความเหมาะสม และมีการประชุมปรึกษากันในทีมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อประเมินความก้าวหน้า อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง มีการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเดือนละ 1 ครั้ง

สรุปผลการดำเนินการ

1. ประสิทธิภาพในการจัดการภาวะท้องผูก ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการป้องกันและการจัดการภาวะท้องผูกของหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ระหว่างเดือนมกราคม 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2549 มีผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลทั้งหมดจำนวน 880 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะท้องผูกจำนวน 102 คน (ร้อยละ 11.59) โดยเดือนที่มี

ภาวะท้องผูกสูงสุดคือ เดือนพฤศจิกายน (ร้อยละ 18.96) เนื่องจากในเดือนนี้ มีผู้ป่วยสูงอายุและถูกจำกัด การเคลื่อนไหวจำนวน มากกว่าในเดือนอื่น ๆ (แผนภูมิที่ 1)

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการจัดการภาวะท้องผูกในปี พ.ศ. 2549 เท่ากับ ร้อยละ 86.72

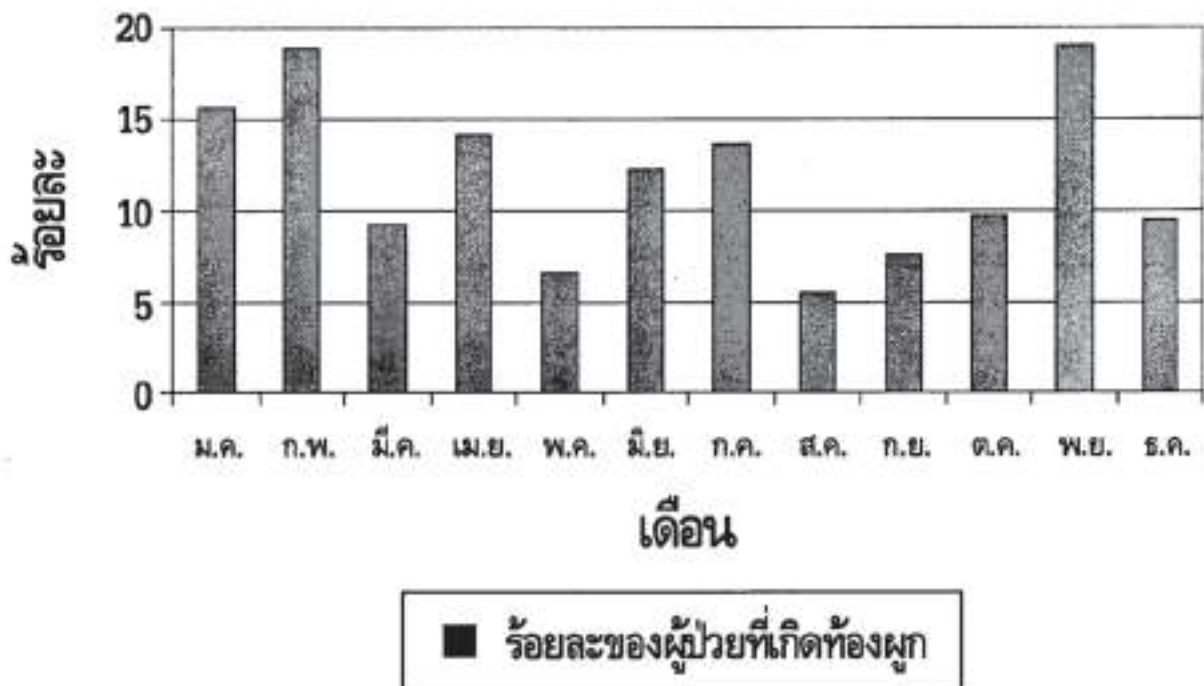
3. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อจัดการภาวะท้องผูก จากการสำรวจความคิดเห็น ของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้งหมด จำนวน 23 คน พบว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายในการนำไป ปฏิบัติและไม่รบกวนงานประจำร้อยละ 60.86 แนวปฏิบัติ ประหยัดเวลาในการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 56.52 และ บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ทางคลินิกในระดับมากกว่าร้อยละ 56.52

การอภิปรายผล

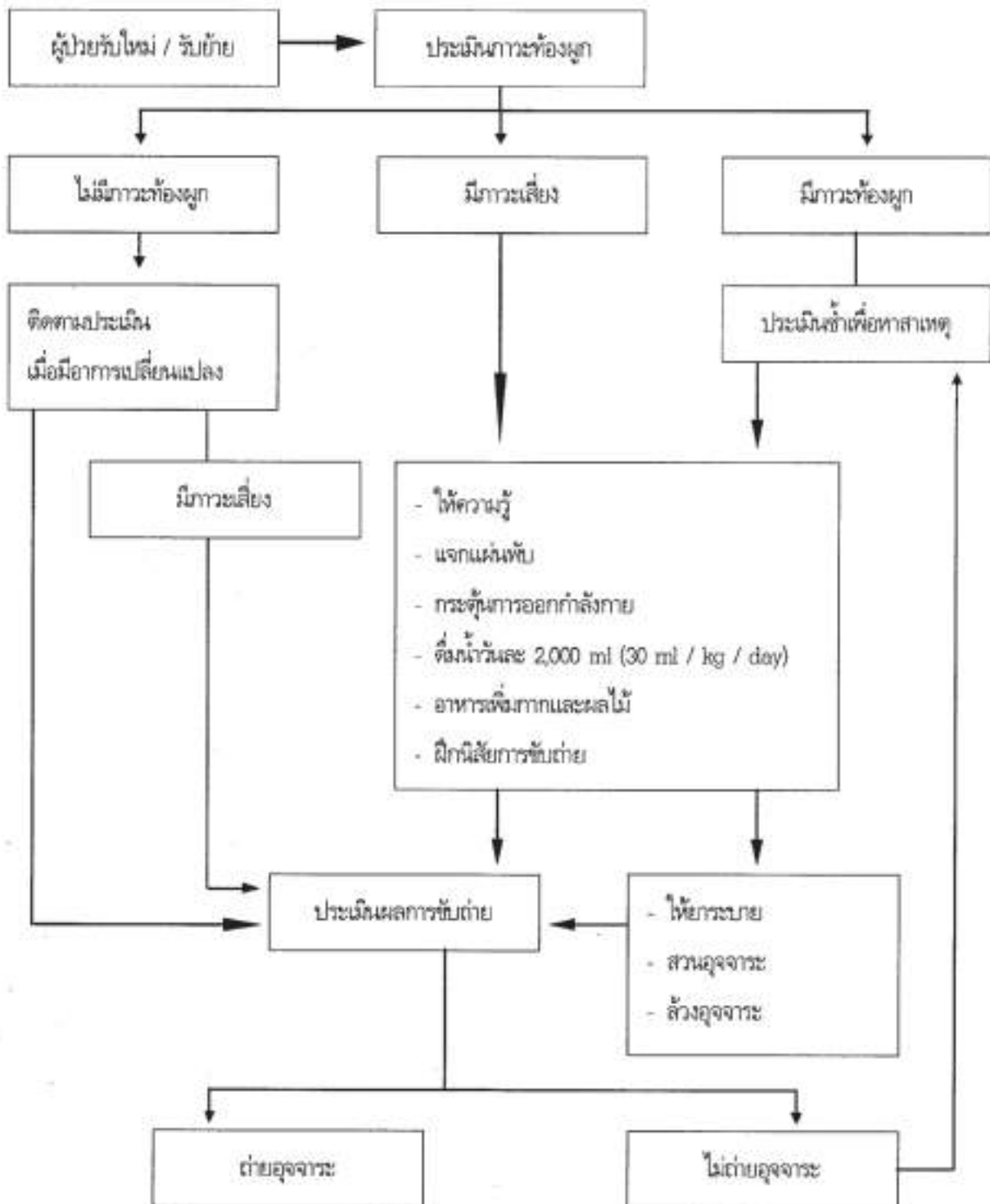
จากผลลัพธ์ที่ได้สามารถยืนยันถึงประสิทธิผล ของการจัดการภาวะท้องผูกและเพิ่มความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2549 ที่มีกานำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 มีอัตราการเกิดภาวะท้องผูกเฉลี่ยเพียงร้อยละ 11.59 ซึ่งเป็นจำนวนที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อน มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ซึ่งสูงถึงร้อยละ 40.30 ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการ ภาวะท้องผูก พบว่ามีอัตราความพึงพอใจมากกว่า ร้อยละ 80

ผลลัพธ์ดังกล่าว สามารถยืนยันถึงผลดีของ กระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการปฏิบัติ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการ ภาวะท้องผูก

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะท้องผูกในปี พ.ศ. 2549



แผนภูมิที่ 2 แสดงขั้นตอนการป้องกันและการจัดการภาวะท้องผูกตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของหอผู้ป่วยพิเศษ 8



ส่วนผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นโยบายที่ใหม่ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า นโยบายปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้และไม่รบกวนการทำงานประจำ ประหยัดเวลาในการพยาบาลในระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เพียงร้อยละ 58.52 จึงได้ปรับปรุงนโยบายปฏิบัติใหม่ โดยใช้วิดีโอเป็นสื่อการสอนเพื่อช่วยลดระยะเวลาในการสอนผู้ป่วยและญาติ

จากผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนำนวัตกรรมใหม่ ๆ ทางพยาบาลมาใช้ในการพยาบาล และทำให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น เกิดจากการสร้างความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ เพื่อไม่ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระจากงานประจำ ทำให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา

คุณภาพของการพยาบาล และมีการสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

นอกจากนี้ ได้มีการติดตามการดำเนินโครงการให้มีความต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการภาวะท้องผูกไปใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ 8 ของโรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ครั้งนี้ ถือได้ว่าเป็นการใช้ความรู้เชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่เน้นการประกันคุณภาพและส่งเสริมให้ผลการนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริงประจำ

เอกสารอ้างอิง

- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2545). **แบบประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิบูล นันทชัยพันธ์. (2546). **การกำหนดปัญหาทางคลินิกเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล**. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์, ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Folden, S. L., Backer, J. H., Maynard, F., Stevens, K., Gilbride, J. A., Pives, M. & Jones, K. (2002). **Practice guidelines for the management of constipation in adults**. Retrieved April 30, 2005, from: <http://www.rehabnurse.org.html>
- Gilding, M., et al. (1999). Management of constipation in older adults. **Evidence Based Practice Information sheets for Health Professionals**, 3(1), 1 - 6.
- Peate, I. (2003). Nursing role in the management of constipation: use of laxatives. **British Journal of Nursing**, 12(19), 1130 - 1136.

การลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในบุคคลออทิสติก ด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง

กรรณิการ์ เชื้อนสุวรรณ *

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กออทิสติก คือเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากสมองบางส่วนทำหน้าที่ผิดปกติ เด็กออทิสติกบางคนมีปัญหาพฤติกรรม เช่น ความสนใจสั้นหรือที่เรียกว่าสมาธิสั้น หรือบางคนมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ทำให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้จำกัด ซึ่งสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมซ้ำ ๆ คือ เกิดจากความต้องการกระตุ้นตัวเอง เกิดจากความรู้สึกที่ท้อแล้วเกิดความหงุดหงิด รู้สึกมีความสุข และทำเพื่อให้ตัวเองสงบลง

การพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อให้บุคคลออทิสติกมีความปลอดภัย ตลอดจนมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้และทักษะการดูแลตนเอง รวมทั้งการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นประเด็นสำคัญในการดูแลบุคคลออทิสติก สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพแผน 2 คือพัฒนามาตรฐานบริการ จากกระทรวงมหาดไทย คุณภาพของหอผู้ป่วยเมื่อปี พ.ศ. 2548 พบบุคคลออทิสติกที่มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม สติปัญญา บรรลุตามเป้าหมายของแผนการรักษา ซึ่งประเมินทุก 3 เดือนเพียง 71.69 %

เมื่อวิเคราะห์พบว่าสาเหตุรากสำคัญประการหนึ่งคือ บุคคลออทิสติกส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ใน

รูปแบบต่าง ๆ เฉพาะรายบุคคลอย่างน้อย 1 พฤติกรรม ใน 13 พฤติกรรมซ้ำที่พบซึ่งได้แก่ การกระแทกมือ กระตืบเท้า หมุนตัว กัดมือ สะบัดมือ เดินไปมา ปิดตา ตีตัวเอง เคาะมือ ตูคาบ เล่นมือ พยักหน้า และดม พฤติกรรมดังกล่าวจะจำกัดการสื่อสารกับบุคคลอื่น รบกวนการทำงานต่าง ๆ ทั้งในชีวิตประจำวัน และการเรียนรู้ รวมทั้งก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งพบ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

จากการสหภาพงานวิจัยพบว่า มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิ่งจ็อกกิ้งมาใช้ในการลดพฤติกรรมซ้ำ ดังนั้นขอผู้วิจัยจึงได้จัดทำ "โครงการลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในบุคคลออทิสติกด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง"

วัตถุประสงค์ / เป้าหมาย

เพื่อให้บุคคลออทิสติกมีพฤติกรรมซ้ำลดลง

ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Impact)

- บุคคลออทิสติกปลอดภัย
- บุคคลออทิสติกมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม สติปัญญา บรรลุตามเป้าหมายของแผนการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด

* พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยจิตเวชเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ฝายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ

1. พฤติกรรมซ้ำของบุคคลออทิสติกลดลง 80%
2. บุคคลออทิสติกปลอดภัย 90%
3. บุคคลออทิสติกมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย

จิตสังคม สติปัญญา บรรลุตามเป้าหมายของแผนการรักษาระยะเวลาที่กำหนด 90%

การดำเนินงาน

1.ชี้แจงแผน (เดือนมกราคม - มีนาคม 2549)

1.1 ท่อผู้ป่วยทบทวนและวิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพของท่อผู้ป่วย กระบวนการหลักในการดูแลพร้อมทั้งศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ผ่าน

จากการศึกษาวิจัยของต่างประเทศพบว่า บุคคลออทิสติกที่ออกกำลังกายโดยเฉพาะการวิ่งจ็อกกิ้ง มีพฤติกรรมซ้ำลดลง และเสริมแรงบวกในการบำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอีกหลายอย่าง เช่น พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมการทำลาย พฤติกรรมอยู่ไม่ติดที่ และพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

2. ท่อผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น วางระบบ และจัดทำแนวปฏิบัติในการออกกำลังกายโดยการวิ่งจ็อกกิ้งเพื่อลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในบุคคลออทิสติก รวมทั้งการให้ความรู้และความเข้าใจให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งสร้างความตระหนักในการเตรียมและเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะวิ่งจ็อกกิ้ง เพื่อเตรียมพร้อมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดอย่างทันสว่างที่ โดยเน้นที่การประเมินตั้งแต่แรกรับและการจัดการในเชิงรุก เชิงระบบและเฉพาะราย ซึ่งแนวปฏิบัติที่สำคัญ มีดังนี้

- ก) ประเมินรูปแบบพฤติกรรมซ้ำ ความถี่ของบุคคลออทิสติกคนละ 3 วันในช่วงเวลา 13.30 - 14.00 น. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของแต่ละคนก่อนเข้าร่วมโครงการ

- ข) ขึ้นเตรียมสถานที่วิ่งให้มีความปลอดภัย โดยมอบหมายให้พนักงานช่วยการพยาบาลไปดำเนินการสำรวจและแก้ไขให้แล้วเสร็จก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละครั้ง

- ค) ขึ้นเตรียมสภาพร่างกาย - จัดใจบุคคลออทิสติก
 - ตรวจร่างกายเบื้องต้น : ไม่เป็นไข้หรือมีรอยแผลบาดเจ็บที่ขาหรือเท้า
 - แจ้งให้รับทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายที่จะให้ทำ
 - ประเมินความพร้อมด้านจิตอารมณ์ก่อนทำกิจกรรม : สงบ ไม่อะละโงววายหรือก้าวร้าว ได้รับความร่วมมือดี
 - ทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อยก่อนทำกิจกรรม เช่น พาไปปัสสาวะในห้องน้ำ ดื่มน้ำ สวมรองเท้าสำหรับวิ่ง

- ง) ขึ้นออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง เวลา 13.30 - 14.00 น.

- ให้บุคคลออทิสติกเดินรอบอาคาร 1 รอบเพื่อเป็นการอบอุ่นร่างกาย
- ให้บุคคลออทิสติกเริ่มวิ่งในรอบที่ 2 โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดตลอดสังเกตอารมณ์ พฤติกรรมขณะวิ่ง กรณีบุคคลออทิสติกไม่ยอมวิ่งอาจต้องกระตุ้นเป็นช่วง ๆ กรณีเหนื่อยล้มหรืออ่อนเพลียก็ให้หยุดพักได้เป็นช่วง ๆ ตามความเหมาะสม แล้วจึงให้วิ่งสลับเดินต่อจนครบเวลา 20 นาที ทั้งนี้กระตุ้นให้บุคคลออทิสติกใช้ภาพเพื่อการสื่อสาร เช่น ภาพขอพัก ขอดื่มน้ำ หรือพูดบอก (ในกรณีที่สามารถสื่อสารได้)

- เมื่อทำกิจกรรมครบตามเวลาที่กำหนด แล้วให้พานुकคลอออกิสติคเข้าม่านักพัก ในห้องผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย เช่น เอนน้ำเย็นให้ดื่ม เปิดพัดลมให้ หรือเอาผ้าเย็นเช็ดหน้าให้
- บันทึกพฤติกรรมซ้ำ ความถี่ ตลอดจน อารมณ์ พฤติกรรมอื่นของบุคคลออกิสติค ทุกคนในช่วงเวลา 13.30 - 14.00 น.

2. ชั้นปฏิบัติ (เดือนเมษายน - มิถุนายน 2549)

ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ดูแลกำกับนิเทศ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

จากการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดกับบุคคลออกิสติคจำนวน 13 ราย พบว่า บุคคลออกิสติคมีพฤติกรรมซ้ำลดลง จากก่อนการปฏิบัติ ร้อยละ 100 หลังจากปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแล้ว มีพฤติกรรมซ้ำเหลือร้อยละ 15.38

การเกิดอุบัติเหตุกับบุคคลออกิสติค พบว่ามีอุบัติเหตุลดลง จากก่อนการปฏิบัติ บุคคลออกิสติคเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 15.5 แต่หลังจากปฏิบัติ เกิดอุบัติเหตุร้อยละ 7.7

ส่วนพัฒนาการตามเกณฑ์ พบว่า ก่อนการปฏิบัติ บุคคลออกิสติคมีพัฒนาการตามเกณฑ์ร้อยละ 91.67 หลังจากการปฏิบัติ บุคคลออกิสติคมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.31

3. ชั้นตรวจสอบ

3.1 ตรวจสอบทุกวัน

มีการติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จากการประชุมปรึกษาเพื่อการดูแลบุคคลออกิสติคเฉพาะราย และจากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติประจำวัน

3.2 ตรวจสอบทุก 1 เดือน

สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และจากการรายงานการเกิดอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยจิตเวชประจำเดือน

3.3 ตรวจสอบทุก 3 และ 6 เดือน

สรุปผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และจากการรายงานการเกิดอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยจิตเวช

ผลลัพธ์ของโครงการ

1. พฤติกรรมซ้ำของบุคคลออกิสติคลดลง ร้อยละ 84.62
2. บุคคลออกิสติคปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 92.3
3. บุคคลออกิสติคมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม สติปัญญา บรรลุตามเป้าหมายของแผนการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 92.31

4. ชั้นปรับปรุงแก้ไข เดือนสิงหาคม 2549

ปรับแนวปฏิบัติและสื่อสาร / เพิ่มการนิเทศ / สร้างความตระหนัก / เน้นย้ำการป้องกันความเสี่ยงเฉพาะราย / จัดการแก้ไขตามผลการตรวจสอบ

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

การตระหนักและให้ความสำคัญของเจ้าหน้าที่ ในการค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นประเด็นอุปสรรคต่อพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม สติปัญญาของบุคคลออกิสติค และดำเนินการแก้ไข รวมทั้งตระหนักถึงการจัดการเชิงรุกกับภาวะเสี่ยงที่ป้องกันได้ โดยความใส่ใจ (ตลอดเวลา) ตลอดจนร่วมมือกันอย่างแท้จริงทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล จะทำให้บุคคลออกิสติคปลอดภัยและมีพัฒนาการบรรลุตามเป้าหมายของแผนการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด จนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมกับผู้อื่นได้อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

- เชิดชูเชย ลิมศิลา. (2541). **รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ "ออทิสซึม"**. สมุทรปราการ : ซี. แสงงามการพิมพ์.
- Edelson, S. M. (2001). Stereotyped behaviors. **Am Journal Occupational Therapy**, 53(2) : 145 - 152.
- Elliott, R. O., Dobbin, A. R., Rose, G. D., & Soper, H. V. (1994). Vigorous, aerobic exercise versus general motor training activities : Effects on maladaptive and stereotypic behaviors of adults with both autism and mental retardation. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24(5), 565 - 576.
- Kern, L., Koegel, R. L., & Dunlap, G. (1984). The influence of vigorous versus mild exercise on autistic stereotyped behaviors. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 14, 57 - 67.
- Levenson, L. T., & Reid, G. (1993). The effects of exercise intensity on the stereotypic behavior of individuals with autism. **Adapted Physical Activity Quarterly**, 10, 255 - 268.
- Rosenthal-Malek, A., & Mitchell, S. (1997). Brief report : The effects of exercise on the self-stimulating behaviors and positive responding of adolescents with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 27(2), 193 - 202.

การป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลัง

กัลยา ชื่นใจ *

แผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บป่วยเกือบทุกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพบมากที่สุด ในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว (Chuan, 2001) ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจะทุกข์ทรมานจากแผลที่เรื้อรัง ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น แผลกดทับเป็นแผลที่หายช้ามาก บางรายต้องผ่าตัดช่วยแก้ไข บางรายอาจเกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดจนถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอัมพาตและผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวนมากหนึ่งที่ต้องกลับไปดูแลแผลกดทับต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้านต้องอาศัยญาติและครอบครัวรับภาระในการป้องกันและดูแลแทนไปตลอดชีวิต การดูแลแผลกดทับแต่ละปียังทำให้ภาครัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับสูงถึง 30,000 ดอลลาร์ต่อราย (Buchanan, 1987) ในประเทศไทยภาครัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาแผลกดทับมากถึงปีละ 1,167,926 บาทหรือราว 55,000 บาทต่อราย (นลินทิพย์ ตำนานทอง และประมวลศักดิ์ โค้วสุวรรณ, 2540)

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเป็นผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บไขสันหลังทำให้ระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวและรับรู้สีกของร่างกายเสียไป การขยับของแขนขาทำได้ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ลดลงจนถึงไม่ได้เลย ระบบควบคุมการขยับถ่าย

อุจจาระหรือปัสสาวะเสียไปทำให้กลิ่นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอแบบสมบูรณ์จะพบการเกิดแผลกดทับมากที่สุดถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอแบบไม่สมบูรณ์พบร้อยละ 40 ส่วนผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังระดับอกและเอวแบบสมบูรณ์จะพบการเกิดแผลกดทับร้อยละ 50 แบบไม่สมบูรณ์พบร้อยละ 30 (Buchanan, 1987) แผลกดทับยังเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับมาศึกษาทำในโรงพยาบาล การรักษาแผลให้หายไฉนแต่ละครั้งต้องใช้เวลานานและเป็นสิ่งที่ยากยิ่ง

จากสถิติการกลับเข้ามาทำการรักษาด้วยเรื่องแผลกดทับของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลมหารชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2547 พบว่ามีร้อยละ 18.75 สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงปัญหาการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความช่วยเหลือในด้านความรู้เพื่อฝึกปฏิบัติป้องกันแผลกดทับให้เหมาะสมอย่างจริงจังก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันแผลกดทับให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติ

* พยาบาลระดับ 6 หรือผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหารชนครเชียงใหม่

จากการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติจำนวน 20 ราย ในเดือนมกราคม 2548 ถึงมีนาคม 2548 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติทุกรายไม่เคยรู้จัก ผลกดทับ และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผลกดทับ พบเพียงร้อยละ 5 ที่เคยดูแลแผลอีกเลขทั่วไปเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ จากผู้ดูแล (Bergstrom, 1994; Ayello, 2004)

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพื่อป้องกัน และดูแลผลกดทับของหอผู้ป่วยหนักออร์โธปิดิกส์ หญิง 2 ที่ผ่านมา ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกัน และดูแลผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่ง ได้ทำการพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ การให้ความรู้เรื่องผลกดทับสำหรับผู้ป่วย และญาติเป็นหนึ่งในแนวปฏิบัติที่ทางหอผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญ แนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติในเรื่องผลกดทับ เดิมยังขาดรายละเอียดที่ครอบคลุม ไม่ได้มีการฝึกทักษะ แก่ญาติอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถประเมินได้

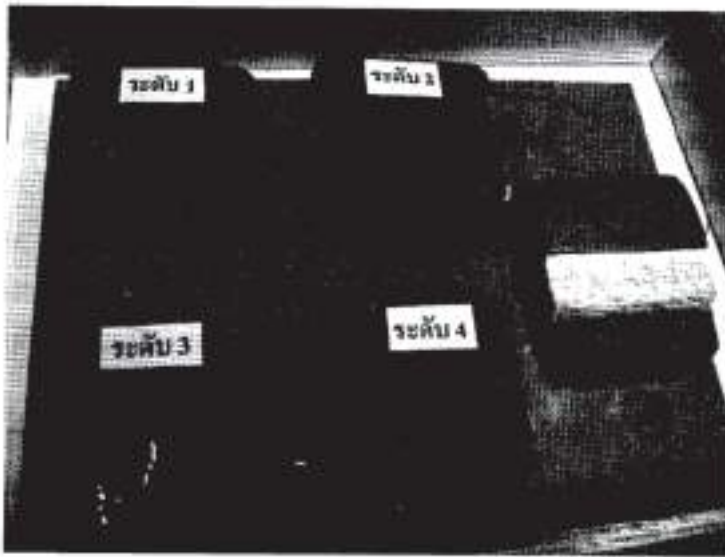
จากความสำเร็จดังกล่าวการพัฒนา รูปแบบ การให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันแก่ญาติจึงเริ่มต้น ในปี 2546 มีการบันทึกผลกดทับโดยการถ่ายภาพเพื่อ ให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นแผลที่แท้จริงที่กำลังเกิดขึ้น รวมทั้งการตีขึ้นของแผลเป็นระยะ ๆ อันเป็นเหตุจริงใจ ให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสนใจและต้องการเรียนรู้เรื่อง ผลกดทับมากขึ้น ในปี 2547 ได้จัดทำรูปแบบในการให้ ความรู้แก่ญาติขึ้นโดยใช้ Power point เนื้อหาประกอบด้วย รูปภาพและคำบรรยาย

เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้ ยังขาด การฝึกปฏิบัติในการประเมินและการป้องกันผลกดทับ จากข้อเสนอแนะของ MOH Nursing Clinical Practice

Guideline 1, 2001 (Chuan, 2001) กล่าวว่า การจัด โปรแกรมการให้ความรู้ ในเรื่องผลกดทับนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับญาติหรือผู้ให้การดูแล ผู้ป่วย และโปรแกรมการให้ความรู้ต้องประกอบด้วย โครงสร้าง รายละเอียด และระเบียบวิธีที่ครอบคลุม ดังนั้นในเดือนมกราคม 2548 จึงได้พัฒนาโปรแกรม การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการป้องกันผลกดทับ แก่ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขึ้น

โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ญาติ และผู้ป่วยโดยใช้สื่อการสอน Power point เดิม แต่เพิ่ม การสร้างแบบจำลองผลกดทับจากปูนปลาสเตอร์เพื่อ สื่อให้ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเห็นถึงผลกดทับ ระดับต่าง ๆ ในภาพสามมิติ จากนั้นฝึกทักษะ ในการป้องกันผลกดทับแก่ผู้ป่วยและญาติและสาธิต ย้อนกลับกับญาติจนเป็นที่แน่ใจว่าผู้ป่วยและญาติ มีทักษะและสามารถให้การป้องกันไม่ให้เกิดผลกดทับ ได้ แล้วให้คู่มือการป้องกันและดูแลผลกดทับสำหรับ ผู้ป่วยและญาติเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ รวมถึง ขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อสร้างแรงจูงใจและ สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ อันจะส่งผล ให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเมื่อกลับ ไปอยู่ที่บ้านและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย เป็นการตอบสนอง ในนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของรัฐในปัจจุบัน

การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และ ฝึกทักษะในการป้องกันผลกดทับที่กล่าวข้างต้น ในผู้ป่วยอัมพาตไขสันหลังระดับคอจำนวน 25 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2548 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ จำนวน 25 ราย ไม่เกิดผลกดทับหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน และเมื่อติดตามผล การเกิดผลกดทับต่อโดยการโทรศัพท์และสอบถาม ทางไปรษณีย์ พบว่า 24 รายไม่เกิดผลกดทับ และ 1 รายเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด



แบบจำลองแผลกดทับจากปูนพลาสติกเตอร์



คู่มือการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

เอกสารอ้างอิง

- นลินทิพย์ ตำนานทอง และประมวณศักดิ์ ไกรสุวรรณ. (2540). ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 12(2), 74 - 82 .
- หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ 1 โรงพยาบาลกรมทหารอากาศนครเชียงใหม่. (2547). สถิติผู้ป่วย. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
- Ayello, E. A. (2004). **Practice principles : Wound care essentials**. Philadelphia
- Bergstrom, N, et al. (1994). **Education and quality improvement: Treatment of pressure ulcers**. Rockville: AHCPR.
- Buchanan, L. E., Nawoczenski, D. A. (1987). **Spinal cord injuries: concepts and management**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Chuan, T. C. (2001). **Prediction and prevention of pressure ulcers in adults: MOH Nursing Clinical Practice Guidelines**. Retrieved Sep 10, 2005, from http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/Book_o.pdf.html

โครงการ CQI เพื่อแก้ปัญหาเรื่องเลือดผิด

ทีม CQI แก้ปัญหาเลือดผิด *

หลักการและเหตุผล

เลือดผิด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเริ่มตั้งแต่วิธีคำสั่งผิด เจาะเลือดผิดคน ใส่เลือดสลับ tube ให้เลือดไม่ตรงกับชนิดหรือส่วนประกอบของเลือดที่แพทย์ต้องการ ให้เลือดในจำนวนที่ไม่ตรงคำสั่งแพทย์หรือให้เลือดผิดคน

จากการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2550 พบว่าเกิดปัญหาเรื่อง "การให้เลือดผิด" ซ้ำในลักษณะเดิม โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งแรกเป็นการนำเลือดมาให้ผู้ป่วยเกินจำนวนที่แพทย์ต้องการ ด้วยสาเหตุการรับคำสั่งช้าซ้อน แม้ว่าหอผู้ป่วยจะมีการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางระบบการแก้ไขเชิงป้องกันการเกิดซ้ำไว้แล้ว (RCA) แต่ก็ยังเกิดอุบัติการณ์ครั้งที่ 2 ในลักษณะเดิมซ้ำอีก ด้วยสาเหตุปัญหาการสื่อสาร หอผู้ป่วยมีความเห็นว่าคุณสมบัติการที่เกิเกิดขึ้นส่งผลเสียอย่างมากต่อผู้ป่วยโดยตรง และมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนที่จะต้องวางระบบแก้ไขเชิงป้องกัน เพื่อมิให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำในลักษณะดังกล่าวอีก ทีมงานได้นำอุบัติการณ์ "เลือดผิด" และอุบัติการณ์อื่น ๆ มาวิเคราะห์ด้วยเหตุ

(function analysis) โดยใช้เกณฑ์พิจารณา 3 ด้าน คือ ความรุนแรง (severity) ที่เป็นปัญหาหรืออันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย การตรวจจับ (detection) ที่พิจารณาความยากง่ายในการตรวจพบความผิดพลาดก่อนถึงตัวผู้ป่วยและอุบัติการณ์ (occurrence) ที่องระบบควบคุมป้องกัน ซึ่งใช้แนวคิดของโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ และพบว่าคะแนน risk priority number (RPN) เรื่อง "เลือดผิด" ได้คะแนนสูงสุด สมควรนำมาแก้ไขเป็นเรื่องเร่งด่วนผู้ป่วยได้พิจารณาเห็นว่า ขั้นตอนและกระบวนการทำงานที่กำหนดไว้เป็นแนวปฏิบัตินั้น ยังมีจุดเปราะบาง (weakness point) ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งการไม่บรรลุเป้าหมายการทำงานในกระบวนการดังกล่าว (failure mode)

หอผู้ป่วยจึงได้จัดตั้งทีมแกนนำเพื่อแก้ปัญหาเลือดผิด โดยการวิเคราะห์ทั้งกระบวนการและค้นหาจุดอ่อนที่เป็นจุดเปราะบางที่นำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อหาสาเหตุรากของ failure mode และหาวิธีแก้ไขป้องกัน นำไปสู่การวางระบบ มีการติดตามและปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับการปฏิบัติ และเกิดวัฒนธรรมคุณภาพขั้นในที่สุด

* นางสาวศิริลักษณ์ จิรีปัญญาวัฒน์, นางสาวนันทลักษณ์ สันสยะวิชัย, นางขวัญชนก ราชจินดา, นางอำภา ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา และนางสาวชยปภา ศรีวิชัยเชียร หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 งานพยาบาลศัลยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเลือดผิด
2. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเลือดผิด

ตัวชี้วัด

1. จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่องเลือดผิดที่เกิดขึ้น
2. ร้อยละของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเลือดผิด

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

เมษายน 2550 - มีนาคม 2551

วิธีการดำเนินโครงการ

1. จัดตั้งทีมแกนนำของหอผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาเลือดผิด โดยทีมแกนนำของหอผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการตามโครงการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วย (เป็นหนึ่งใจทีมแกนนำ) ผู้ตรวจการพยาบาล ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นที่ปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาดูแล ประสานความร่วมมือเอื้ออำนวยความสะดวก และชี้แนะทิศทางการพัฒนาโครงการให้เหมาะสมกับการปฏิบัติและผลักดันให้เกิดเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรต่อไป
2. ประชุมกลุ่มทำ work shop FMEA โดยการวิเคราะห์ทั้งกระบวนการ และค้นหาจุดอ่อนที่เป็นจุดเปราะบางที่นำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อหาสาเหตุรากของ failure mode และหาวิธีแก้ไขป้องกันในเรื่องเลือดผิด
3. ทบทวนอุบัติการณ์และกำหนดขอบเขตและประเด็นของปัญหา เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจากตัวชี้วัดการให้เลือดผิดระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2550 พบว่า มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นถึง 2 ครั้งที่ส่งผลเสียโดยตรงกับผู้ป่วยคือได้รับเลือดไม่ตรงตามจำนวนแผนการรักษาของแพทย์

โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งแรก เป็นการนำเลือดมาให้ผู้ป่วยเกินจำนวนที่แพทย์ต้องการด้วยสาเหตุการรับคำสั่งที่คลาดเคลื่อน ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยจะมีการค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางระบบการแก้ไขซึ่งป้องกันการเกิดซ้ำไว้แล้ว (RCA) แต่ก็ยังเกิดอุบัติการณ์ครั้งที่ 2 ในลักษณะเดิมซ้ำอีกด้วยสาเหตุปัญหาการสื่อสาร

4. วิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ครั้งที่ 2 เพื่อนำมาวางระบบการแก้ไขซึ่งป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ พบว่าในการบวนการย่อยของการนำเลือดมาให้ผู้ป่วย (sub process) มีจุดเปราะบาง (weakness point) ที่เป็นสาเหตุนำมาซึ่งการไม่บรรลุเป้าหมายการทำงานในกระบวนการดังกล่าว (failure mode) อยู่หลายจุด ทีมงานมองเห็นโอกาสพัฒนาโดยการนำเอา **Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) concept** เข้ามาใช้วิเคราะห์เพื่อค้นหา failure mode และนำไปสู่การวางระบบป้องกันการเกิดอุบัติการณ์เชิงรุก มีมาตรการป้องกันจุดอ่อนหรือช่องโหว่ในระบบอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยในความดูแลรับผิดชอบต่อไป

5. การจัดทำมาตรการการปฏิบัติ โดยทีมแกนนำมีส่วนร่วมให้ความเห็น ประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและตัดสินใจร่วมกันให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วย

6. ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย โดยการประชุมกลุ่มถึงมาตรการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการให้เลือดผิดแก่บุคลากรหอผู้ป่วยคัลยกรรมหญิง 1 ทุกคน

7. นำไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย

8. ติดตาม กำกับดูแล เมื่อระวางนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ประเมินผลลัพธ์ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมแกนนำและผู้ได้รับมอบหมายในแต่ละเวร ติดตาม กำกับดูแลเมื่อมีคำสั่งการให้เลือดทุกราย รวบรวมอุบัติการณ์งู้อะตอน

9. ปรับปรุงมาตรการการปฏิบัติ / การเฝ้าระวัง และวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และรวบรวมอุบัติการณ์ทุกเดือนจนเสร็จสิ้นโครงการ

10. สรุปผลโครงการ

ผู้รับผิดชอบติดตามกำกับดูแล

นางสาววัชรภรณ์ ตานบุ๋มฉวี หัวหน้าหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สร้างโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้วิธีการ แก้ไขปัญหาทางของตนเอง โดยการนำแนวคิดใหม่ ๆ เข้ามาทำให้ทีมงานเรียนรู้และแก้ไขปัญหาของตนเอง เป็นการสร้างองค์การเรียนรู้ (learning organization) โดยทุกคนมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาไปพร้อมกัน

2. สร้างเสริมโอกาสให้ทีมงานได้แสดงภาวะผู้นำ การใช้หลักการ empowerment ก่อเกิดการยอมรับ และทำให้ทีมงานรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ทีมงานได้แสดงศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่

3. ทีมงานมองเห็นคุณค่าของการทำ workshop เกิดการสร้าง teamwork ที่แข็งแกร่งและเกิดความยั่งยืน กว่าที่การนำสิ่งใหม่ไปใช้โดยทีมไม่เข้าใจหรือไม่ได้มีส่วนร่วม

4. ได้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพหลากหลาย รูปแบบ ในลักษณะการบูรณาการเชื่อมโยงสิ่งที่เกี่ยวข้อง เกิดวัฒนธรรมองค์การเรียนรู้ (learning organization) นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ (interactive) กับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งน่าจะทำให้เกิดการพัฒนา

ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ โดยผลักดันให้สามารถขยายผลได้ ในโอกาสต่อไป

การประเมินผลลัพธ์ของดำเนินโครงการ

(ประเมินผลลัพธ์เดือนตุลาคม 2550)

1. จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 งานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ภายหลังการจัดทำโครงการ 'CQI เพื่อ แก้ปัญหาเรื่องเลือดผิด' ยังไม่เกิดอุบัติการณ์เลือดผิด (ประเมินผลในระหว่างเดือน ส.ค. - ต.ค. 2550) ดังแสดงผลในตารางที่ 1 แพทย์มีการสั่งให้เลือดเป็น จำนวนมากถึง 125 ครั้งและมีการให้เลือดผู้ป่วย มากกว่า 236 ถุง ทั้งนี้บุคลากรพยาบาลมีความใส่ใจ และตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นจุดเปราะบาง (weakpoint) ที่ทีมงานวิเคราะห์และเห็นว่าอาจเป็น failure mode ที่จะส่งผลเสียถึงผู้ป่วยโดยตรง คือขั้นตอนการเจาะเลือด ผู้ป่วยส่งตรวจ (grouping / matching) และขั้นตอน การนำเลือดลงให้ผู้ป่วย จะทำการสุ่มตัวผู้ป่วยและตรวจสอบ ด้วยพยาบาล 2 คนเสมอ

2. บุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในโครงการคิดเป็น 100 % และจากการสอบถาม ความพึงพอใจของบุคลากร พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 75 % ทั้งนี้บุคลากรบางส่วนมองเห็นคุณค่าของการทำ โครงการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่ผู้มีความเห็นว่า

ตารางที่ 1 แสดงการเกิดอุบัติการณ์การให้เลือดผิดเปรียบเทียบก่อน - หลังโครงการ

	ก่อนโครงการ				หลังโครงการ							
	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
อุบัติการณ์การให้เลือดผิด / ราย (เป็นจำนวนที่แพทย์มีคำสั่ง)	1	0	0	1	0	0	0	0				
	ระดับ C				ระดับ C							

การติดตามตรวจสอบ (กระบวนการตรวจสอบซึ่งเป็นหนึ่งใน P-D-C-A ของ Deming cycle) ใช้เวลามาก ทางกลุ่มจึงได้วางแผนที่จะดำเนินการลดระยะเวลาและปรับปรุงขั้นตอนการประเมินผล ได้กระตุ้นและลดต้นทุนลง

7.3 บุคลากรพยาบาลมีการประชุมปรึกษาหารือกันในประเด็นของการให้เล็ดบ่อยขึ้น และมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันในทุกระดับ เพื่อให้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานมีความสะดวกและคล่องตัวมากขึ้น เป็นการสร้างเสริมการทำงานแบบเป็นทีมที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีความรักกันมากขึ้น ได้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และที่สำคัญที่สุดคือทีมงานมีความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการขอขอบพระคุณที่ปรึกษาทุกท่าน ตั้งแต่มีนาคมต่อไปนี้ คุณจิราภรณ์ พี่พุ่มแก้ว หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก คุณสุนทร นวลจันทร์ฉาย และคุณเกษณา แซ่ลือ ผู้ตรวจการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจก ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการทำโครงการครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยต้อกระจกหญิง 1 ทุกท่าน ที่ได้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการจนโครงการสำเร็จลงได้ด้วยดี

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA การให้เลือด)
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 งานพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ (17 สิงหาคม 2550)

Process	Function / sub process	Requirement	Failure Mode
1. การรับ order	a. ตรวจสอบ order การให้เลือด b. ตรวจสอบใบ order sheet กับ chart ผู้ป่วยให้ตรงกัน c. รับ order ด้วยลายมือที่ชัดเจน	- รับ order ถูกทุกคน ถูกจำนวน ชัดเจน	- รับ order ผิดคน ไม่ชัดเจน จำนวนผิดพลาด
2. พิมพ์คำสั่งในคอมพิวเตอร์ / print sticker	a. ตรวจสอบชื่อ-สกุล HN ให้ถูกต้อง b. พิมพ์ G/M ชนิดส่วนประกอบ จำนวน ถูกต้องตาม order sheet c. Print sticker ตรวจสอบกับ order sheet อีกครั้ง	- พิมพ์คำสั่งถูกคนตาม order sheet - พิมพ์คำสั่งถูกจำนวนตาม order sheet - Print sticker ถูกคน	- พิมพ์คำสั่งผิดคน ผิดจำนวน - Print sticker ผิดคน
3. เตรียม tube ติด sticker	a. ติด sticker กับ tube G/M ก่อนนำไปเจาะเลือด b. ลงสมุด G/M ตามชนิดส่วนประกอบของเลือด จำนวนที่เตรียม โดยผู้รับ order	- ตรวจสอบก่อนและหลังการเจาะเลือด - tube G/M ต้องมี sticker ที่ print ติดอยู่	- ติด sticker ชื่อ สกุล HN ผิดคน - นำ tube G/M ที่ไม่มี sticker ไปเจาะเลือด
4. เจาะเลือด	a. ผู้เจาะเลือด ตรวจสอบกับ order sheet อีกครั้ง b. ก่อนเจาะเลือด นำ tube แยกใส่ภาชนะ (น้ำตกกรรม) ไปที่เตียงผู้ป่วยแต่ละราย c. ตรวจสอบชื่อ-สกุล HN กับ tube ให้ตรงกัน จากป้ายชื่อมือและสอบถามผู้ป่วย d. ก่อนนำเลือดที่เจาะใส่ tube ให้ตรวจสอบชื่อ-สกุล HN กับ tube ให้ตรงกับผู้ป่วย	- ตรวจสอบก่อนและหลังการเจาะเลือด - เจาะเลือดถูกต้องทั้งคน ชนิด และจำนวน unit	- ไม่ได้ตรวจสอบก่อนและหลังการเจาะเลือด - เจาะเลือดผิดคน
5. ส่งเลือดไปธนาคารเลือด	a. นำ tube G/M พร้อมสมุด G/M ส่งไปธนาคารเลือด		
6. ขอเลือดนำมาให้ผู้ป่วย	a. ติดต่อประสานงานกับธนาคารเลือด b. เขียนใบขอเลือด c. ตรวจสอบใบขอเลือดกับ order sheet, nurse note, ใบบันทึกสารละลาย ก่อนจะไปเอาเลือด	- ขอเลือดมาให้ถูกต้องตรงกับ order แพทย์	- ขอไม่ตรงกับ order แพทย์ (เช่น ได้แล้วขอมาซ้ำอีก)

Process	Function / sub process	Requirement	Failure Mode
7. รับเลือดมาจากธนาคารเลือด	<p>a. ตรวจสอบ ชื่อ สกุล HN กุ๊ปเลือด จำนวน unit ปริมาณเลือดในแต่ละ unit วันหมดอายุ หมายเลขของถุงเลือดกับใบคล้องเลือดและใบเลือด ตรวจสอบกับ order sheet อีกครั้งหนึ่ง (ตรวจสอบโดยพยาบาล 2 คน แล้วเซ็นชื่อร่วมกัน)</p> <p>b. คัดลอกเลือดที่ได้รับลง kardex ทันที</p> <p>c. แจ้งให้สมาชิกในห้องรับทราบ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเรื่องการ identify ทั้งชนิด จำนวน คน (ผู้ป่วย) ให้ครบถ้วน - การลงข้อมูลใน kardex ถูกต้อง - การสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างสมาชิกทีม 	<ul style="list-style-type: none"> - เลือดที่รับมาไม่ตรงกับ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย / ชนิด หรือจำนวน - รับทราบข้อมูลไม่ถูกต้อง - ความเข้าใจคลาดเคลื่อน
8. การนำเลือดไปให้ผู้ป่วย	<p>a. ก่อนนำเลือดไปให้ผู้ป่วย ตรวจสอบการให้เลือดกับ order sheet อีกครั้งหนึ่งและตรวจสอบ ชื่อ สกุล HN กุ๊ปเลือด จำนวน unit ปริมาณเลือดในแต่ละ unit วันหมดอายุ หมายเลขของถุงเลือด ใบคล้องเลือดและใบเลือด(ตรวจสอบโดยพยาบาล 2 คน และเซ็นชื่อร่วมกัน)</p> <p>b. นำเลือดไปที่เตียงผู้ป่วย double check โดยพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องของเลือดถุงที่จะให้โดยเปรียบเทียบกับใบคล้องเลือดและใบเลือด สอบถาม ชื่อ-สกุลผู้ป่วย กุ๊ปเลือด ประวัติการให้เลือด</p> <p>c. ก่อนการให้เลือด unit ต่อไป ทำตามขั้นตอน ข้อ 8a และ 8b</p> <p>d. วัด vital sign ก่อนให้เลือดและหลังให้เลือด 15 นาที</p> <p>e. สังเกตอาการข้างเคียงจากการให้เลือด ถ้ามีอาการผิดปกติ หยุดการให้เลือดและรายงานแพทย์ทันที</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้เลือดถูกต้อง ทั้งคน ชนิด และ จำนวน unit - การประเมินอาการก่อน และหลังการให้เลือด - การดูแลให้ปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้เลือดผิดคน - จำนวนเลือดที่ให้ไม่ตรงกับแผนการรักษาของแพทย์ (จำนวน unit ไม่ตรง) - ความล่าช้าในการประเมินพบความผิดปกติ / ภาวะแทรกซ้อน - ความล่าช้าในการช่วยเหลือ / แก้ไขปัญหาหลังได้รับเลือด

Process	Function / sub process	Requirement	Failure Mode
8. การบันทึก การให้เลือด	a. ลงเวลาการให้เลือดแต่ละ unit ใน kardex b. บันทึกการให้เลือดใน nurse note ในบันทึก การให้สารละลาย c. ผู้ให้ยาที่รับผิดชอบเรื่องเลือดต้องส่งเวรเรื่อง เลือดที่ให้เป็นแล้วและที่ยังเหลือค้างอยู่ ให้เวร ถัดไป และเซ็นรับทราบในใบเลือด d. Team leader ส่งเวร โดยสื่อสารแบบสองทาง ให้ชัดเจนและเข้าใจ	- มีหลักฐานข้อมูลยืนยัน เรื่องการให้เลือดถูกต้อง ครบถ้วน	- มีความคลาดเคลื่อน ในการสื่อสารข้อมูล การให้เลือด

การประเมินโครงการอบรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล *

ต่อเนื่องจากเดิมปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2550) ที่ผู้เขียนได้ประยุกต์เอาซีปปี้โมเดล (CIPP Model) มาเป็นแนวทางในการประเมินโครงการอบรมในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อสรุปผลการประเมินโครงการตามปีงบประมาณ 2549 (ตุลาคม 2548 - 30 กันยายน 2549)

ฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ในฝ่ายการพยาบาล ได้จัดโครงการสำหรับบุคลากรพยาบาลทุกระดับ เพื่อพัฒนาความรู้ด้านวิชาการ เพิ่มพูนทักษะทางการพยาบาล และเพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ตามปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 - 30 กันยายน 2549) ดังนี้

1. โครงการปฐมนิเทศให้แก่พยาบาลใหม่ และพนักงานช่วยการพยาบาลจำนวน 3 โครงการ
2. โครงการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ โครงการเฉพาะทางการพยาบาล โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ และโครงการบรรยายความรู้ทางวิชาการ รวมทั้งหมด 37 โครงการ
3. โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหอผู้ป่วย / หน่วยงาน จำนวน 101 โครงการ
4. โครงการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ จำนวน 11 โครงการ

5. โครงการบริการวิชาการแก่สังคม จำนวน 2 โครงการ

6. โครงการอื่น ๆ เช่น โครงการด้านวิจัย-สถิติ และโครงการด้านสารสนเทศ เป็นต้น จำนวน 7 โครงการ

โครงการต่าง ๆ สรุปเป็นภาพรวมใน 4 ด้าน ตามแนวทางประเมินของซีปปี้ (CIPP Model) ได้ดังนี้

1. ด้านสภาพแวดล้อมของโครงการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาล ที่มีหน้าที่ประสานงานด้านพัฒนาบุคลากรทุกระดับการพยาบาลในฝ่ายการพยาบาล มีความคิดเห็นว่าเป็นโครงการที่จัดทำในฝ่ายการพยาบาลได้รับการถ่ายทอดนโยบายทางด้านการพัฒนาบุคลากรของคณะ/หน่วยงาน การจัดทำโครงการเป็นไปตามแผนหลักของการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน มีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจนเหมาะสมกับสถานการณ์ และเป็นไปตามความต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน โดยมีค่าเฉลี่ยรวมด้านสภาพแวดล้อมของโครงการในระดับเห็นด้วยระดับมาก ส่วนความคิดเห็นต่อจำนวนความซ้ำซ้อนของโครงการในฝ่ายการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

* หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ

ผู้รับผิดชอบโครงการในฝ่ายการพยาบาล มีความคิดเห็นด้วยว่า โครงการที่จัดทำในฝ่ายการพยาบาล ได้ใช้งบประมาณในการดำเนินการทันกำหนดเวลา จำนวนบุคลากรที่ใช้ในโครงการมีความเพียงพอและเหมาะสม การบริหารโครงการมีความเหมาะสม แต่มีความคิดเห็นไม่แน่ใจต่อความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ และไม่แน่ใจต่อความเพียงพอและความเหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการ โดยมีค่าเฉลี่ยรวมด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการในระดับไม่แน่ใจ ($\bar{X} = 3.50$)

ความเพียงพอของงบประมาณ จำนวนโครงการที่ขออนุมัติทั้งหมด 73 โครงการ เป็นจำนวนเงิน 1,214,280 บาท ได้รับอนุมัติเพียง 43 โครงการ เป็นเงินสำหรับโรงพยาบาลจำนวน 517,037 บาท ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดอบรม จึงต้องขออนุมัติงบประมาณเพิ่มจากสถานบริการสุขภาพพิเศษและเก็บค่าลงทะเบียนจากผู้เข้ารับการอบรมในบางโครงการ คิดเป็นจำนวนเงินเท่ากับ 150,080 บาท และ 549,600 บาท ตามลำดับ รวมงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด 1,216,717 บาท

ทั้งนี้ เมื่อคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแล้วเท่ากับ 441.33 บาท/คน/ปี จากจำนวนบุคลากรทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล 2,528 คน

3. ด้านกระบวนการดำเนินโครงการ

ผู้รับผิดชอบโครงการในฝ่ายการพยาบาล มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของการกำหนดขั้นตอนและแนวทางในการดำเนินงานตามโครงการการประชาสัมพันธ์โครงการ การปฏิบัติตามแผนและปฏิทินการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผลตามแผนและระยะเวลาในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ยรวมด้านกระบวนการดำเนินโครงการในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.61$)

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องในฝ่ายการพยาบาลต่อกระบวนการดำเนินงานของหน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางพยาบาล พบว่า กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสมมากที่สุดในเรื่องการช่วยเหลือและการขออนุมัติงบประมาณและปรับโครงการให้ถูกต้องตามระเบียบคณะแพทยศาสตร์ การตรวจสอบค่าใช้จ่ายและใบเสร็จรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมและผลการประเมินหลังอบรมโครงการต่าง ๆ ร่องลงมา ได้แก่ การประสานงานกับสภาการพยาบาลเพื่อพิจารณาขออนุมัติหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ ส่วนในเรื่องการจัดส่งรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมโครงการต่าง ๆ ไปยังสภาการพยาบาล พบว่า มีความเหมาะสมปานกลาง

ความคิดเห็นจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยงานคลังและงบประมาณ งานการเจ้าหน้าที่ งานโสตทัศนศึกษา งานอาคารสถานที่ และงานบริหารกลางโรงพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นโดยรวมต่อการจัดทำโครงการของฝ่ายการพยาบาลและการประสานงานระหว่างกรรมการฝ่ายการพยาบาลและหน่วยงานดังกล่าว มีความเหมาะสมปานกลาง ส่วนความคิดเห็นของหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบงานจัดเตรียมงานโครงการต่าง ๆ ของฝ่ายการพยาบาลพบว่าบางโครงการมีความล่าช้าไม่ทันเวลา

4. ด้านผลการดำเนินงานโครงการอบรม

ผู้รับผิดชอบโครงการในฝ่ายการพยาบาล มีความคิดเห็นต่อผลของการอบรมบุคลากรพยาบาลที่ได้รับว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำความรู้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน โดยมีค่าเฉลี่ยรวมด้านผลการดำเนินโครงการอบรมในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ($\bar{X} = 4.58$)

ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมในการประเมินผลการอบรมโครงการ 44 โครงการ พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม

มีความพึงพอใจต่อการอบรมในระดับมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 24 โครงการ ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นว่า เนื้อหาการอบรมที่ได้รับทำให้มีความรู้มากขึ้นกว่าเดิม และสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่เข้ารับการอบรม (competency) ในโครงการที่มีการประเมิน ได้แก่ โครงการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจฉุกเฉิน โครงการปฐมนิเทศ โครงการพยาบาลที่เลี้ยง และโครงการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและอุปกรณ์การแพทย์

โครงการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลประเมินความรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.3 และ 58.9 ตามลำดับ ส่วนการประเมินสมรรถนะโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 83.1 และ 87.9 ตามลำดับ ทั้งนี้มีการเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ร่วมงาน ร้อยละ 85.7 และมีการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน ร้อยละ 25.4

โครงการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่และโครงการพยาบาลที่เลี้ยง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการพยาบาลใหม่ประเมินความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากหลังโครงการที่เลี้ยง ส่วนการประเมินสมรรถนะโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 49.8 และ 94.7 ตามลำดับ

โครงการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและอุปกรณ์การแพทย์ พบว่า พยาบาลประเมินความรู้ความสามารถของตนเองก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 และหลังการอบรมประเมินความรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.6 ส่วนการประเมินสมรรถนะโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ร้อยละ 81.3 และ 86.6 ตามลำดับ ทั้งนี้มีการเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ร่วมงาน ร้อยละ 84.9 และมีการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน ร้อยละ 24.7

นอกจากนี้ บุคลากรพยาบาลในฝ่ายการพยาบาลได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทุกระดับ โดยระดับพยาบาลเข้ารับการอบรมและได้หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศึกษาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ทั้งหมดเฉลี่ย 24.97 หน่วย/คน/ปี ระดับผู้ช่วยพยาบาลเข้ารับการอบรม ได้ชั่วโมงอบรมสะสมทั้งหมดเฉลี่ย 6.22 ชั่วโมง/คน/ปี และระดับพนักงานช่วยพยาบาลเข้ารับการอบรมได้ชั่วโมงอบรมสะสมทั้งหมดเฉลี่ย 5.25 ชั่วโมง/คน/ปี

สรุปปัญหาและอุปสรรคจากการประเมินโครงการ

ปัญหาและอุปสรรคที่รวบรวมได้จากการประเมินโครงการ สรุปได้เป็นประเด็นใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การจัดทำโครงการอบรม / ประชุมของฝ่ายการพยาบาลและหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาล
 - 1.1 การจัดลำดับความสำคัญของโครงการยังไม่เหมาะสม
 - โครงการบางเรื่องจัดแบบเร่งด่วน ไม่ทราบแผนและกำหนดการล่วงหน้า
 - 1.2 มีความซ้ำซ้อนของโครงการในบางประเด็น
 - โครงการของแต่ละงานการพยาบาล บางโครงการมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน
2. การประสานงานและการสื่อสาร เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่ตรงประเด็น เนื้อเรื่องกับบุคลากรที่ควรส่งอบรมไม่ชัดเจน และบางครั้งไม่เหมาะสม ทั้งตำแหน่งและจำนวนคนที่เข้าอบรม
3. งบประมาณที่ได้รับจากเงินบำรุงโรงพยาบาลไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับจำนวนโครงการและจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนาทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล

งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติเพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากรเท่ากับ 517,037 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่ได้รับ จากจำนวนบุคลากรทั้งหมดของฝ่ายการพยาบาล 2,528 คน เท่ากับ 204.52 บาท/คน/ปี ดังนั้น หน่วยพัฒนาและมีกิจกรรมทางการพยาบาลจึงต้องขออนุมัติงบประมาณสนับสนุนจากสถานบริการสุขภาพพิเศษและค่างวดทะเบียนจากผู้เข้าอบรม เพื่อให้เพียงพอต่อการพัฒนาและมีกิจกรรมของบุคลากรพยาบาลฝ่ายการพยาบาล

4. จำนวนชั่วโมงการเข้ารับการอบรมความรู้ และทักษะของบุคลากรพยาบาลระดับผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาลมีไม่พอเพียงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมง/คน/ปี)

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการศึกษา

หน่วยพัฒนาและมีกิจกรรมทางการพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา เป็นหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่หนึ่งตามโครงสร้างในการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลได้รับรวมข้อมูลจากการประเมินโครงการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ข้อเสนอแนะ จากหลายหน่วยงานที่มีการประเมินทั้งหมด นำมาสรุป เป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะร่วมกับหน่วยพัฒนา และมีกิจกรรมทางการพยาบาล ดังนี้

1. ตัวแผนหรือโครงการ

ฝ่ายการพยาบาลน่าจะมีการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายร่วมกันในระดับผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล และผู้บริหารโครงการ หรือผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบการพัฒนาบุคลากร เพื่อสามารถกำหนดประเด็นความสำคัญของโครงการที่ควรต้องจัดให้กับบุคลากรพยาบาลในแต่ละระดับ อีกทั้งอาจช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อนของโครงการที่อาจเกิดขึ้นในระบบ และน่าจะเป็นประโยชน์กับหอผู้ป่วย และหน่วยงานในการวางแผนเพื่อหมุนเวียนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึงทุกระดับ

ด้านตัวบุคลากรเอง ก็สามารถวางแผนการเข้ารับการอบรม เพื่อพัฒนากสมรรถนะของตนเอง อีกทั้งเป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้วย

2. การประสานงานและการสื่อสาร

น่าจะใช้วิธีการสื่อสารที่สามารถสร้างความเข้าใจ ได้ตรงกันทั้งในเรื่องประเด็นและเนื้อหา อาทิเช่น จัดให้มีการประชุมเป็นวาระ ๆ เพื่อชี้แจงแผนงานหรือสร้างความเข้าใจให้กับผู้รับผิดชอบโครงการในฝ่ายการพยาบาล หรือระหว่างฝ่ายการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากฝ่ายการพยาบาล เพื่อลดปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหรือที่อาจจะเกิดขึ้นใหม่ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างกันด้วย

3. งบประมาณที่ได้รับเพื่อการดำเนินโครงการ

ควรได้รับการพิจารณาจากคณะแพทยฯ ให้เพียงพอและครอบคลุมในการดำเนินโครงการ (ซึ่งควร จะรวมถึงค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดที่เกิดขึ้นจริงในการดำเนินการ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโครงการที่มีความสำคัญและจำเป็น ต่อการพัฒนาวิชาชีพ น่าจะได้รับการอนุมัติให้จัดทำและดูแล เรื่องงบประมาณให้เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรพยาบาล มีจำนวนมาก และมีความจำเป็นที่บุคลากรพยาบาลทุกคน ทุกระดับ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางด้านความรู้ และทักษะของตนเองเพื่อนำพองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ ทางการพยาบาล

4. การจัดตั้งกองทุน / มูลนิธิ

ฝ่ายการพยาบาลควรมีการจัดตั้งกองทุน / มูลนิธิ เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรพยาบาล ซึ่งผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลอาจจัดหาแหล่งทุนสนับสนุน จากทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อเป็นสวัสดิการ ให้บุคลากรพยาบาลได้มีโอกาสในการเรียนรู้หรือศึกษาดูงานในด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ โดยเท่าเทียมกัน

5. การจัดอบรม / ประชุมของหอผู้ป่วย / หน่วยงาน

การจัดอบรม / ประชุมทุกครั้งของหอผู้ป่วย / หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบโครงการควรมีการส่งรายชื่อเพื่อบันทึกรายชื่อผู้รับการอบรมลงในระบบสารสนเทศ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะระดับ ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล จะได้มีจำนวนชั่วโมงสะสมของการเข้ารับการอบรมต่าง ๆ ไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมง/ปี ตามเกณฑ์ ซึ่งหน่วยพัฒนา และมีอบรมทางการแพทย์ ได้จัดทำระบบบันทึกจำนวน CNEU และชั่วโมงสะสมของการเข้ารับการอบรมสำหรับบุคลากรให้ทุกงานการพยาบาลได้รับทราบ และจัดทำรายงาน โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

- ระยะที่ 1 : ตุลาคม - ธันวาคม (3 เดือนแรก)
- ระยะที่ 2 : ตุลาคม - มีนาคม (6 เดือน)
- ระยะที่ 3 : ตุลาคม - มิถุนายน (9 เดือน)
- ระยะที่ 4 : ตุลาคม - กันยายน เป็นการสรุปจำนวน CNEU และจำนวนชั่วโมงสะสมของบุคลากรตลอดปี

รายงานดังกล่าว จะทำให้ผู้รับผิดชอบดูแลด้านการพัฒนาบุคลากร ได้รับทราบเป็นระยะ ๆ ทั้งนี้ที่ผ่านมา พบปัญหาว่า หลายงานการพยาบาลมีการจัดอบรมบุคลากรระดับผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยการพยาบาล แต่ไม่ได้ส่งรายชื่อให้ทางหน่วยพัฒนา ลงบันทึกข้อมูลในระบบ ทำให้จำนวนชั่วโมงการอบรมต่าง ๆ ของบุคลากรพยาบาลขาดหายไป

6. ผู้บริหารระดับหอผู้ป่วยและหน่วยงาน

ควรสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกโครงการ ได้มีบทบาทหรือโอกาสในการขยายผลและเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- นาวิรัตน์ เลกะกุล. (2543). การประเมินผลโครงการและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประอร โทมลภิส. (2548). เทคนิคการฝึกอบรมและการพัฒนาเป็นกลุ่ม. กรุงเทพฯ : ธนาพรส.
- ศิริวรรณ ศิริอารยา. (2548). การสร้างหลักสูตรและรูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ : ธนาพรส.
- ศิริวรรณ ศิริอารยา. (2548). การติดตามและรายงานสัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ : ธนาพรส.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2542). เทคนิคการประเมินโครงการ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วราภ ชัยเลิศวัฒนกุล. (2548). บทบาทผู้นำที่ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อสัมฤทธิ์ผลขององค์การ. กรุงเทพฯ : ธนาพรส.
- O'shea, K. L. (2002). *Staff Development Nursing Secrets*. Philadelphia : J. B. Hanley & Belfus.

เกณฑ์ในการประเมินโครงการอบรม : หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

การประเมินตามรูปแบบของชิปปี้ (CIPP Model) ตัวบ่งชี้และเกณฑ์

ประเด็นที่ต้องการประเมิน	ตัวบ่งชี้	เกณฑ์
C : ตัวแผนหรือโครงการ - ความสอดคล้องกับแผน/ความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย - ความซ้ำซ้อนกับโครงการอื่น	- จำนวนประเด็นที่สอดคล้องกับแผนงาน/ความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมาย - จำนวนประเด็นของโครงการที่ซ้ำซ้อนกับโครงการอื่น	- ความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการ มีความสอดคล้องกันในระดับเห็นด้วย - จำนวนโครงการที่มีความซ้ำซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 10
I : ตัวกระบวนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานโครงการ (หน่วยพัฒนาและฝึกอบรมทางการพยาบาล และหน่วยงานในฝ่ายการพยาบาล) : ปัญหาและอุปสรรค	- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง (งานคลัง งานการเจ้าหน้าที่ โสตทัศนูปกรณ์ งานอาคารสถานที่)	- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกันในระดับเห็นด้วย/เหมาะสม
- กระบวนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง (งานคลัง งานการเจ้าหน้าที่ โสตทัศนูปกรณ์ งานอาคารสถานที่) : ปัญหาและอุปสรรค	- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานโครงการต่อความรู้และประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง	- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินโครงการ มีความสอดคล้องกันในระดับเห็นด้วย/เหมาะสม
- ความเพียงพอของงบประมาณ	- งบประมาณที่ได้รับต่อค่าใช้จ่ายรวมในโครงการ	- งบรายรับ-จ่ายมีความใกล้เคียงกันหรือเท่ากัน
P : ความเหมาะสมของเทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการอบรม	- ความคิดเห็น/ความพึงพอใจของบุคลากรที่เข้ารับการอบรม	- ความคิดเห็น/ความพึงพอใจ/ประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับมาก
P : ความรู้/ความสามารถของบุคลากรที่ได้รับ การอบรม	- Competency ของบุคลากรที่ได้รับ การอบรม (เฉพาะโครงการที่มีการประเมิน) - ความรู้ที่ได้รับหลังการประเมิน	- Competency ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 - ความคิดเห็นต่อความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นกว่าเดิม หรือการทดสอบความรู้ ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50

ประเด็นที่ต้องการประเมิน	ตัวบ่งชี้	เกณฑ์
ผลของโครงการ	ดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้	เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด - พยาบาลได้รับ CNEU ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยต่อปี - PN ได้รับการอบรมไม่น้อยกว่า 10 ชม. ต่อปี - HP ได้รับการอบรมไม่น้อยกว่า 10 ชม. ต่อปี
ผลลัพธ์ของโครงการ/ประเด็นของโครงการ	การนำความรู้ไปขยายผล	จำนวนโครงการและ Guideline ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

นวัตกรรม เข็มขัดคล้องถุงปัสสาวะ

นนทิณัฐ ธัมทะมาลา *

ที่มาของปัญหา

การผ่าตัดใส่ท่อระบายปัสสาวะจากไต (nephrostomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อให้มีการระบายน้ำปัสสาวะจากไตออกสู่ภายนอก เพื่อลดการตั้งของน้ำปัสสาวะจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีการอักเสบของท่อไต (ureters) มีนิ่วในไตหรือมีนิ่วในท่อไต ซึ่งแพทย์จะพิจารณาใส่ท่อระบายไว้ชั่วคราวร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น และจะถอดออกเมื่ออาการของโรคดีขึ้น หรือใส่ท่อระบายเป็นการถาวรในกรณีที่มีภาวะการตีตันของท่อไตเป็นระยะทางยาว มีการเสียหายของท่อไตที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้ หรือเป็นมะเร็งของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและมีการลุกลามไปที่ท่อไตเป็นช่วงยาว เป็นต้น

การผ่าตัดใส่ท่อระบายปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะ (cystostomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนทางเดินของน้ำปัสสาวะไม่ให้ไหลจากกระเพาะปัสสาวะผ่านท่อปัสสาวะ (urethra) แต่ให้ผ่านทางท่อระบายที่ใส่เข้าไปแทน ซึ่งแพทย์จะใส่ไว้เพื่อทำการบำบัดรักษาชั่วคราวในกรณีที่มีการอุดตันของท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บของท่อปัสสาวะและมีการฉีกขาด ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกและไม่สามารถใส่สายสวนปัสสาวะได้ ผู้ป่วยที่มีน้ำปัสสาวะค้างจำนวนมากร่วมกับภาวะการอักเสบ

ของกระเพาะปัสสาวะ แพทย์จะใส่ท่อระบายในกระเพาะปัสสาวะไว้ชั่วคราวร่วมกับการรักษาโรคด้วยวิธีอื่น และจะถอดออกเมื่ออาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อระบายปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะแบบถาวร เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะ neurogenic bladder ซึ่งไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของต่อมลูกหมาก ร่วมกับภาวะการถูกทำลายของท่อปัสสาวะ เป็นต้น

หน่วยผ่าตัดเล็กให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อระบายปัสสาวะจากไตและจากกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็น top five ในหัตถการความเสี่ยงที่สำคัญ โดยจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการเปลี่ยนท่อระบายปัสสาวะจากไตและกระเพาะปัสสาวะและสวนล้างท่อระบายปัสสาวะในปี 2546 ถึง 2548 มีจำนวน 81, 201 และ 167 ราย ตามลำดับ

จากการที่ผู้ประดิษฐ์ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเล็กคลยกรรวมทั่วไป ได้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะใส่ท่อระบายปัสสาวะเมื่อกลับบ้าน ทั้งในด้านการดูแลท่อระบาย ภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติที่พบ และเป็นกังวลในด้านภาพลักษณ์ในการเข้าสังคม

* พยาบาลระดับ 6 หน่วยผ่าตัดเล็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่

และไม่สะดวกสบายในการหิ้วถุงรองปัสสาวะตลอดเวลา ตลอดจนการเททิ้งปัสสาวะจากถุงรองรับ ดังนั้นผู้ประดิษฐ์ จึงได้พัฒนา คิดค้น ออกแบบในการทำเข็มขัดคล้อง ถุงปัสสาวะขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน และลด ภาวะเกี่ยวกับการติดเชื้ของระบบทางเดินปัสสาวะ ในการป้องกันการใช้ยาลดอักเสบของน้ำปัสสาวะ และผู้ป่วย จะได้นั่งเดินชีวิตประจำวันและกลับสู่สังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ
2. เพื่อสามารถเข้าไปอยู่ในสังคมและทำงานใช้ชีวิตตามปกติได้
3. เพื่อสะดวกในการหิ้วปัสสาวะทิ้ง
4. เพื่อรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

วัสดุอุปกรณ์

1. ผักสำหรับเย็บเข็มขัด
2. ผักตีนตุ๊กแก
3. ฟองน้ำชนิดบาง

วิธีประดิษฐ์

ใช้ผ้าที่มีขนาดยาวพอสำหรับเย็บรอบเอวของผู้ป่วยได้ ความกว้างประมาณ 2 นิ้วในผู้ใหญ่ ในเด็กประมาณ 1 นิ้ว ใช้ฟองน้ำเย็บสอดไว้ด้านใน เพื่อให้หนาขึ้น ใช้ผักตีนตุ๊กแกเย็บไว้ที่ส่วนปลายของเข็มขัด เพื่อใช้เป็นตัวยึดเข็มขัดแทนการใช้หัวเข็มขัดแบบเจาะรู ขนาดของผักตีนตุ๊กแกให้มีขนาดความกว้างเท่ากับตัวเข็มขัด และยาวประมาณ 3 - 4 นิ้วขึ้นไป เพื่อให้มีแรงยึดพอสำหรับที่เข็มขัดจะต้องรับน้ำหนักจากถุงรองรับปัสสาวะ ใช้กระดาษกาวติดเย็บให้เป็นลักษณะรูปห่วง เพื่อใช้เป็นตัวคล้องติดกับตัวเข็มขัด เมื่อนำถุงรองรับปัสสาวะไปแขวนไว้ระดับถุงอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ



ภาพที่ 1 เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะ

ค่าใช้จ่าย

1. ผักดิบฟอก 3 เมตร	150 บาท
2. ผักตีนตุ๊กแก 3 เมตร	180 บาท
3. ฟองน้ำอย่างบาง 1 เมตร	40 บาท
4. ค่าจ้างเย็บ 60 เส้น	360 บาท
รวมรายจ่าย	730 บาท



ภาพที่ 2 เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะซึ่งนำไปใช้กับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับ

ด้านการใช้งาน

1. สะดวกในการเก็บปัสสาวะทิ้ง
2. จุกเปิดและปิดของถุงรองรับไม่อยู่ติดกับพื้น ซึ่งอาจทำให้สกปรก
3. ไม่ต้องยกถุงขึ้นลงบ่อย ๆ ซึ่งอาจเกิดการไหลย้อนกลับของปัสสาวะ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย
4. ไม่เป็นภาระในการหิ้วหรือต้องวางถุงไว้ที่พื้น
5. สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวก
6. สามารถรักษาระดับของถุงรองรับปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ
7. ป้องกันการหกปนหรือของสายปัสสาวะ

ด้านวัสดุในการผลิต

1. ใช้วัสดุหาง่าย ราคาถูก (อาจใช้เศษผ้าที่มีอยู่แล้วมาประดิษฐ์)
2. สามารถประดิษฐ์ใช้เองได้
3. ขนาดของเข็มขัดและส่วนประกอบมีความเหมาะสมในการใช้งาน
4. สามารถซักทำความสะอาดและนำกลับมาใช้ใหม่ได้

ด้านภาพลักษณ์

1. สามารถเก็บถุงรองรับปัสสาวะไว้ข้างในกางเกงหรือกระโปรงหรือผ้าถุงได้ ทำให้สามารถเข้าสังคมได้เป็นปกติ
2. มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่รู้สึกอายและไม่กังวลใจ

ตัวชี้วัด

ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้

วิธีติดตามประเมินผลเพื่อเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะเมื่อผู้ป่วยใช้งานไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะ

ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะระหว่างเดือนตุลาคม 2547 - ธันวาคม 2548 หน่วยผ่าตัดเล็ก งานพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในการสำรวจความคิดเห็นต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อระบายปัสสาวะจากไตและจากกระเพาะปัสสาวะ จากหน่วยผ่าตัดเล็ก งานพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2547 - ธันวาคม 2548 จำนวน 60 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	66.7
หญิง	20	33.3
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	1.7
21 - 40 ปี	14	23.3
41 - 60 ปี	38	63.3
มากกว่า 60 ปี	7	11.7
อาชีพ		
แม่บ้าน	8	13.3
เกษตรกรรม	20	33.3
รับจ้าง	22	36.7
ค้าขาย	4	6.7
รับราชการ	3	5.0
พนักงานเอกชน	1	1.7
อื่น ๆ (คนชรา)	2	3.3
รายได้		
ไม่มีรายได้	6	10.0
น้อยกว่า 1,000 บาท	2	3.3
1,000 - 5,000 บาท	39	65.0
5,000 - 10,000 บาท	8	13.3
10,001 - 20,000 บาท	4	6.7
มากกว่า 20,000 บาท	1	1.7
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	5.0
ชำระเงินเอง	2	3.3
ประกันสังคม	8	13.3
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47	78.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	66.7
หญิง	20	33.3
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	1.7
21 - 40 ปี	14	23.3
41 - 60 ปี	38	63.3
มากกว่า 60 ปี	7	11.7
อาชีพ		
แม่บ้าน	8	13.3
เกษตกรรวม	20	33.3
รับจ้าง	22	36.7
ค้าขาย	4	6.7
รับราชการ	3	5.0
พนักงานเอกชน	1	1.7
อื่น ๆ (คนชรา)	2	3.3
รายได้		
ไม่มีรายได้	6	10.0
น้อยกว่า 1,000 บาท	2	3.3
1,000 - 5,000 บาท	39	65.0
5,000 - 10,000 บาท	8	13.3
10,001 - 20,000 บาท	4	6.7
มากกว่า 20,000 บาท	1	1.7
วิธีการรักษาพยาบาล		
สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	5.0
ชำระเงินเอง	2	3.3
ประกันสังคม	8	13.3
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47	78.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 41 ปี ถึง 60 ปี ร้อยละ 63.3 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 มีรายได้อยู่ในระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 65.0 และผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี ส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 78.3

ตารางที่ 2 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้เข็มฉีดยาคัดกรองถุงรณรงค์รับปีสสาวะโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน

ความพึงพอใจ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ควรปรับปรุง ร้อยละ
ด้านความสะดวกในการใช้งาน	94.0	6.0	-	-
ด้านวัสดุในการผลิต	62.5	35.9	1.6	-
ด้านภาพลักษณ์	87.1	12.1	0.8	-
โดยรวม	81.2	18.0	0.8	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้เข็มฉีดยาคัดกรองถุงรณรงค์รับปีสสาวะ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18 และระดับน้อย ร้อยละ 0.8 ส่วนความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในด้านความสะดวกในการใช้งานมากที่สุด ร้อยละ 94 รองลงมาคือ ด้านภาพลักษณ์ ร้อยละ 87.1 และด้านวัสดุในการผลิต ร้อยละ 62.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้เข็มฉีดยาคัดกรองถุงรณรงค์รับปีสสาวะในด้านความสะดวกในการใช้งาน จำแนกตามรายข้อ

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย		ควรปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สะดวกในการเก็บปีสสาวะทิ้ง	60	100	-	-	-	-	-	-
2. จุดปิด / เปิดของถุงรณรงค์ไม่อยู่ติดกับพื้น ซึ่งอาจทำให้สกปรกได้	52	86.7	8	13.3	-	-	-	-
3. ไม่ต้องยกถุงขึ้นลงบ่อย ๆ ซึ่งอาจเกิดการไหลย้อนกลับของปีสสาวะ	56	93.3	4	6.7	-	-	-	-
4. ไม่เป็นการระคายเคือง / ถู	60	100	-	-	-	-	-	-
5. สามารถเก็บกักรวมต่าง ๆ ได้สะดวกหมดความกังวล	54	90.0	6	10.0	-	-	-	-
โดยรวม	-	94.0	-	6.0	-	-	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะ ด้านความสะดวกในการใช้งานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.0 โดยทุกคนมีความพึงพอใจมากที่สุด ในด้านความสะดวกในการขับปัสสาวะทิ้งและไม่เป็นภาระในการหิ้ว / ถือ

ตารางที่ 4 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะในด้านวัสดุในการผลิต จำแนกตามรายชื่อ

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย		ควรปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้วัสดุพหุง่าย ราคาถูก	17	28.3	42	70.0	1	1.7	-	-
2. สามารถประคองผู้ใช้ได้เอง	15	25.0	42	70.0	3	5.0	-	-
3. ขนาดของเข็มขัดและส่วนประกอบมีความเหมาะสม	59	98.3	1	1.7	-	-	-	-
4. ประโยชน์และความคุ้มค่าในการใช้งาน	59	98.3	1	1.7	-	-	-	-
โดยรวม	-	62.5	-	35.9	-	1.6	-	-

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะด้านวัสดุในการผลิต โดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.5 โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในขนาดของเข็มขัดและส่วนประกอบมีความเหมาะสม และมีประโยชน์และความคุ้มค่าในการใช้งาน ร้อยละ 98.3

ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะในด้านภาพลักษณ์ จำแนกตามรายชื่อ

ความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย		ควรปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สามารถเก็บถุงรองรับปัสสาวะไว้ข้างในกางเกงหรือกระโปรง หรือผ้าถุงได้	59	98.3	1	1.7	-	-	-	-
2. รักษาภาพลักษณ์ ทำให้ดูดีในสายตาผู้อื่น	52	86.7	8	13.3	-	-	-	-
3. ไม่รู้สึกอาย ไม่กังวลใจ	49	81.7	10	16.7	1	1.7	-	-
4. ความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นหลังใช้เข็มขัด	49	81.7	10	16.7	1	1.7	-	-
โดยรวม	-	87.1	-	12.1	-	0.8	-	-

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้เข็มขัดคล้องถุงรองรับปัสสาวะในด้านภาพลักษณ์โดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 87.1 โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่สามารถเก็บถุงรองรับปัสสาวะไว้ข้างในกางเกงหรือกระโปรงหรือผ้าถุงได้และทำให้สามารถเข้าสังคมได้เป็นปกติ ร้อยละ 98.3

แนวทางการพัฒนา

จากผลการสำรวจความพึงพอใจ ทำให้ผู้ประกอบการที่มีความคาดหวังที่จะเผยแพร่วิถีทำเข็มขัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนอื่น ๆ โดยอาจนำไปดัดแปลงและหาวัสดุที่มีอยู่แล้ว ผู้ประติษฐ์ขึ้นใช้เองอย่างง่าย ๆ โดยมีหลักการและวิธีการนำมาใช้อย่างเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณทีพพร ตรีศวร หัวหน้าหน่วยผ่าตัดเล็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำนวัตกรรม "เข็มขัดคล้องถุงปัสสาวะ"

นวัตกรรม ตัวหนีบ “ชัชยาพร”

ชัชยาพร สุยะวา *

หลักการและเหตุผล

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและซับซ้อน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (CA-UTI) จากการรายงานของ ICWN หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 ในเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 พบว่ามีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 21.73, 9.31, 7.52, 10.81, และ 20.35 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทางการแพทย์ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ได้ใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อมาระยะหนึ่ง แต่การติดเชื้อยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงมีการวิเคราะห์ต่อไปว่าสาเหตุร่วมที่อาจทำให้การติดเชื้อไม่ลดลง คือการหักพับสายสวนปัสสาวะ ในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่คาสายสวนไม่ถูกต้อง ทำให้มีปัสสาวะไหลย้อนกลับ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้

ทางหอผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญนี้ จึงได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการหักพับสายสวนปัสสาวะในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่คาสายสวนให้ถูกต้องปลอดภัย จึงได้มีการคิดนำตัวหนีบสายยูรีน (urinovolumeter) ที่ใช้เสร็จแล้วเตรียมจะทิ้ง กลับมาใช้

ในการหนีบสายสวนปัสสาวะที่ต่อกับ urine bag ธรรมดา ซึ่งไม่มีตัวหนีบติดกับสาย เพื่อให้เกิดความสะดวกและช่วยลดเหตุการณ์หักพับสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (CA-UTI)
2. เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการหักพับสายสวนปัสสาวะ ในขณะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

อุปกรณ์

ตัวหนีบที่เหลื่อใช้จากชุด urinovolumeter

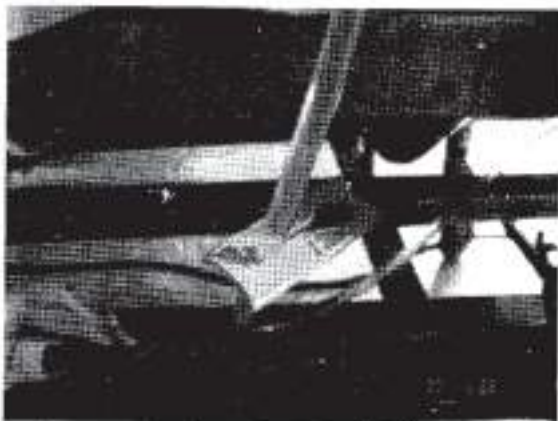
วิธีทำ

1. นำตัวหนีบที่เหลื่อใช้จากชุด urinovolumeter มาตัดบริเวณส่วนหัวของตัวหนีบให้แยกจากกัน นำไปล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้ง (ดังรูปที่ 1)
2. นำตัวหนีบที่สะอาดแล้วไปติดที่สายของถุง urine bag ธรรมดาซึ่งไม่มีตัวหนีบติดกับสาย (ดังรูปที่ 2)

* ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ระดับ 4 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 งานพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่



รูปที่ 1 ตัวหนักที่เชื่อมเข้ากับชุด urinovolumeter



รูปที่ 2 นำตัวหนักที่สะอาดแล้ว ติดที่สาย urine bag

ค่าใช้จ่าย

ไม่มี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (CA-UTI)
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กรกฎาคม 2550

บวระสิทธิ์อุปการณ์และหาทดลองใช้

ผลการดำเนินงาน

ได้ลดอัตราการติดเชื้อปัสสาวะของบุคลากรระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2550 จำนวน 29 คน พบว่าบุคลากรที่ติดเชื้อก่อนนวัตกรรม 100 % และลดอัตราการติดเชื้อของนวัตกรรม คิดเป็น 100 %

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณสมนึก อภษบุตร หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ คุณตฤณี ดิยะไพรัตน์ ผู้ตรวจการพยาบาล และคุณวัชรินทร์ โพธิ์กุล วิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำนวัตกรรมครั้งนี้

อุปกรณ์พลาสติกจัดทำ ในการผ่าตัดรักษานิ้วในโตโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนังบริเวณเอว

นราพร พุทธวงศ์ *

ความเป็นมา

การผ่าตัดรักษานิ้วในโตโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนังบริเวณเอว จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ เพื่อเจาะไต พบว่าในการผ่าตัดต้องใช้ผ้าม้วนเป็นอุปกรณ์ในการจัดทำ และต้องใช้ผ้าม้วนใหม่ในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผ้าเปียกน้ำ การใช้อุปกรณ์พลาสติกจะช่วยลดเวลาจัดทำได้ โดยการประดิษฐ์อุปกรณ์พลาสติกรูปแบบใหม่จะช่วยเพิ่มความสะดวกในการผ่าตัด อีกทั้งลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดเวลาจัดทำผ่าตัดและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด

วิธีการทำ

1. นำพลาสติกอัดขนาดกว้าง 4 นิ้ว ยาว 20 นิ้ว จำนวน 5 ชิ้น
2. หนังสือขนาดกว้าง 8 นิ้ว ยาว 20 นิ้วหนา 1 นิ้ว จำนวน 2 ม้วน
3. นำอุปกรณ์ทั้งหมดมาตัดเป็นรูปต่าง ๆ โดยใช้หนังสือคลุมพลาสติก ดังนี้

- 3.1 ชั้นที่ 1 รูดวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 นิ้ว สูง 2 นิ้ว หนา 2 นิ้ว จำนวน 1 อัน สำหรับรองรับระยะดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงอุปกรณ์พลาสติกสำหรับรองรับระยะ

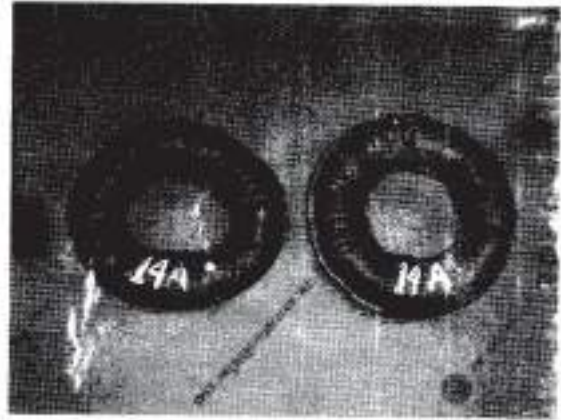
* พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หน่วยผ่าตัด 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร

3.2 ชั้นที่ 2 และ 3 รูปสามเหลี่ยมด้านไม่เท่า ขนาด 10 x 13 x 6 นิ้ว สูง 4 นิ้ว จำนวน 2 อัน สำหรับรองรับแร่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงอุปกรณ์พลาสติกสำหรับรองรับแร่

3.4 ชั้นที่ 6 และ 7 รูปวงกลมสีน้ำตาลผ่าศูนย์กลาง 5 นิ้ว สูง 2 นิ้ว ทน 2 นิ้ว จำนวน 2 อัน สำหรับรองเข่า ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงอุปกรณ์พลาสติกสำหรับรองเข่า

3.3 ชั้นที่ 4 และ 5 รูปหมอนยาวครึ่งวงกลม ขนาดกว้าง 18 นิ้ว ยาว 44 นิ้ว สูง 4 นิ้ว จำนวน 2 อัน สำหรับรองลำตัว ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงอุปกรณ์พลาสติกสำหรับรองลำตัว

3.5 ชั้นที่ 8 รูปสามเหลี่ยมด้านไม่เท่าขนาด 12 x 18 x 8 นิ้ว สูง 4 นิ้ว จำนวน 1 อัน สำหรับรองปลายเท้า ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงอุปกรณ์พลาสติกสำหรับรองปลายเท้า

วิธีการใช้

1. นำอุปกรณ์ทั้งหมดมาใช้ในการจัดทำท่านอนคว่ำ โดยวางไว้บนเตียงผ่าตัด ดังภาพที่ 6



2. หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด นำอุปกรณ์ทั้งหมดล้างด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้ง นำกลับมาใช้ใหม่ได้อีก

ผลการศึกษา

นำอุปกรณ์พลาสติกที่ประดิษฐ์แล้ว มาใช้ในผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 ถึงเดือนมีนาคม 2550 รวมทั้งหมด 42 ราย พบว่าไม่สามารถใช้ได้ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยตัวเล็ก ใช้อุปกรณ์แล้วไม่พอดีในการจัดทำ

จากผลการศึกษาเรื่องการใช้เวลาในการจัดทำ พบว่าในกรณีที่จัดทำโดยใช้ม้วนผ้าใช้เวลาเฉลี่ย 7 นาที แต่อุปกรณ์พลาสติกใช้เวลาเฉลี่ย 3 นาที คิดเป็นเวลาทั้งหมดร้อยละ 57

สำหรับอุปกรณ์พลาสติกราคาชุดละ 1,000 บาท สามารถนำมาทำความสะอาดและนำกลับมาใช้ใหม่ได้ ในขณะที่ม้วนผ้าต้องใช้ผ้าขนาด 150 x 100 เซนติเมตร จำนวน 4 ผืน และผ้าขนาด 100 x 100 เซนติเมตร จำนวน 2 ผืน ซึ่งแต่ละการผ่าตัดไม่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ ต้องนำไปทำความสะอาดโดยการซักผ้า ค่าใช้จ่ายในการซักผ้าที่ใช้จัดทำต่อผู้ป่วย 1 รายคิดเป็น 42 บาท (หน่วยบริการหลัก งบบริการกลาง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2550) ในการผ่าตัด 100 ราย จะเสียค่าใช้จ่ายในการซักผ้า 4,200 บาท ในขณะที่ใช้อุปกรณ์พลาสติกเสียค่าใช้จ่าย 1,000 บาท เป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76

สรุป

การใช้อุปกรณ์พลาสติกจัดทำในการผ่าตัดรักษา นิ้วในโตโดยการส่องกล้องผ่านรูผิวหนังบริเวณเอว ที่ประดิษฐ์ขึ้นนี้ สามารถช่วยลดเวลาการผ่าตัดได้อีกทั้งสามารถนำกลับมาใช้ใหม่จึงเป็นการลดปริมาณการซักผ้า ลดการใช้ไฟฟ้าในการใช้เครื่องซักผ้า เป็นการลดต้นทุนในการผ่าตัด เป็นประโยชน์ในการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกทางหนึ่ง

นวัตกรรม เครื่องตัด ampule ยา เกียรติศักดิ์

เกียรติศักดิ์ ชันทราชูร์ *

หลักการและเหตุผล

การเตรียมยาฉีดสำหรับผู้ป่วยเป็นหน้าที่ประจำของพยาบาลผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็น medication nurse ในแต่ละครั้งที่มีการเตรียมยาที่อยู่ใน ampule ต้องใช้วิธีหัก ampule ยา โดยใช้มือข้างหนึ่งจับหลอดยาอีกมือหนึ่งบีดปลายหลอดยาไว้แล้วหักลงไป ยาที่ใช้เป็นประจำในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 คือ Dexamethasone ขนาด 5 mg. ซึ่งบรรจุใน ampule ยา ขนาด 1 CC. ซึ่งทำไดยาก และมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุการบาดเจ็บในขณะทำงาน เพราะในอดีตเคยมีอุบัติเหตุ ampule ยาหักและบาดมือพยาบาลผู้เตรียมยา จากการสังเกตและจากข้อมูลที่ได้พูดคุยกับพยาบาลพบว่า การหัก ampule ยา ทั้งขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ล้วนต้องทำด้วยความระมัดระวัง และเสี่ยงสูงมากต่อการถูก ampule บาดมือ เนื่องจากต้องใช้มือทั้ง 2 ข้างเป็นตัวบังคับแรงในการหัก ampule ยา และต้องใช้มือหยิบส่วนปลายของ ampule ยา เพื่อนำไปทิ้งในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ และนำไปกำจัดด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไป

ผู้ประดิษฐ์จึงเกิดความคิดที่จะทำนวัตกรรมสำหรับหัก ampule ยา เพื่อสะดวกในการใช้และลดการบาดเจ็บจากการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการหัก ampule ยา
2. เพื่อความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้งานเครื่องตัด ampule ยา

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 จำนวน 20 คนเป็นผู้ทดลองใช้เครื่องหัก ampule ยา

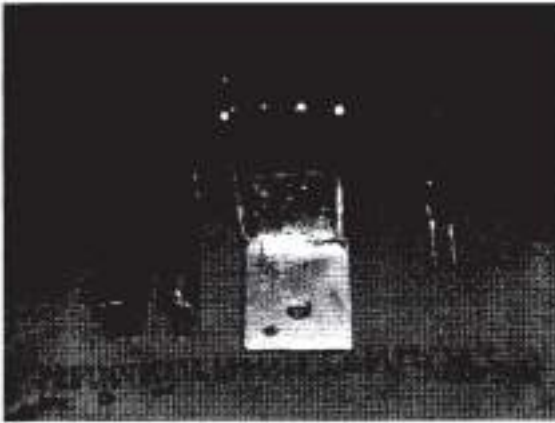
ระยะเวลาดำเนินโครงการ

เดือน พ.ค. - ก.ย. 48

วิธีการประดิษฐ์

1. นำแผ่นโลหะมาตัด เลื่อยและการอบเป็นรูปตัววี ขนาด 1/2 นิ้ว และตัดแผ่นโลหะที่ทำเป็นฐานยึดในการติดตั้งให้มีลักษณะดังภาพที่ 1
2. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้มาประกอบกันเป็นเครื่องตัด ampule ยา เกียรติศักดิ์ ดังภาพที่ 2
3. นำเครื่องตัด ampule ยา เกียรติศักดิ์ มาติดตั้งในห้องเตรียมยา และหาภาชนะรองรับเศษ ampule ยา ที่โรงพยาบาลกำหนด ดังภาพที่ 3

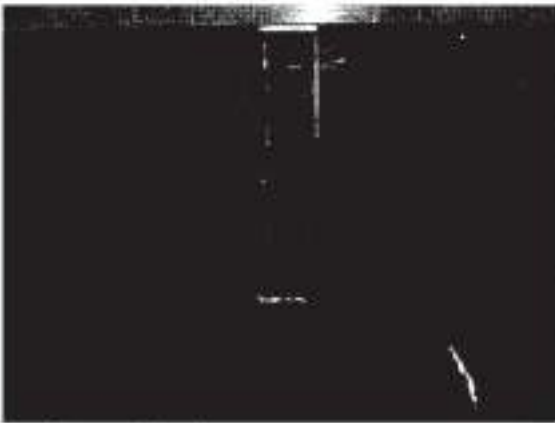
* พนักงานช่วยการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมทราชนครเชียงใหม่



ภาพที่ 1 อุปกรณ์ประกอบเครื่องตัด ampule ยา



ภาพที่ 2 ประกอบอุปกรณ์เครื่องตัด ampule ยา



ภาพที่ 3 ตัดตั้งเครื่องตัด ampule ยา



ภาพที่ 4 แสดงการหัก ampule ยา

วิธีการใช้งาน

ให้พยาบาล medication nurse ทดลองใช้ โดยทำความสะอาดเครื่องตัด ampule ยาด้วยสำลีชุบ alcohol ก่อน และใช้มือข้างที่ถนัดจับ ampule (ซึ่งทำความสะอาดด้วย alcohol) สอดเข้าไปจนพิศพอติ

ตรงตำแหน่งคอคอของ ampule ยา แล้วหักเบา ๆ จะทำให้คอ ampule ยาหัก แล้วตกลงไปในภาชนะที่เตรียมไว้รองรับเศษ ampule ทั้งนี้ได้นำไปให้พยาบาลผู้ทำหน้าที่ medication nurse ในหอผู้ป่วยชัลยกรรม

ขาย 3 จำนวน 20 คนทดลองใช้ และเก็บข้อมูล จากนั้นมีการประเมินผลการใช้งานเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำเสนอเพื่อขยายผลต่อไป

การประเมินผลโครงการ

ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการตามแผนพบว่า นวัตกรรมดังกล่าวใช้ได้ผลดี ผู้ปฏิบัติพึงพอใจในการใช้งาน 100 % และไม่เกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บจาก ampule ยาบาดมือในขณะใช้งานเลย ได้มีการนำเสนอผลงานทั้งภายในองค์กรและภายนอก องค์กรแบบ oral presentation ของ PCT Neuro ซึ่งจัดที่สวนบัววิสาข์ วันที่ 6 เม.ย. 2549 นอกจากนี้มีนักศึกษาในระดับปริญญาโทจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งเข้ามาเยี่ยมชม ทางทีมงานได้อธิบายวิธีการประดิษฐ์และ การใช้งานให้ทราบ เพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ต่อไป

งบประมาณโครงการ

ไม่มีค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นเศษวัสดุเหลือใช้

ผลการใช้งาน

จากการเก็บข้อมูลการใช้งานระยะเวลา 3 ปีพบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมาก 100 % เนื่องจากสามารถตัด ampule ยาได้ดีในทุกขนาด โดยยังไม่มีอุบัติเหตุการถูก ampule ยาบาดมือเลย และปัจจุบันยังคงใช้งานได้ดียิ่ง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยขณะทำงาน และไม่เกิดอุบัติเหตุใด ๆ ขณะที่ใช้นวัตกรรมนี้
2. เกิดความคล่องตัวและสะดวกในการปฏิบัติงาน
3. เป็นตัวอย่างของความคิดสร้างสรรค์ที่แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน และสามารถขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ได้
4. สร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรเจ้าของผลงาน ทำให้เกิดความรัก-สามัคคี เอื้ออาทรเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเองก็แก้ปัญหาของผู้ปฏิบัติและช่วยแก้ไข้ปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณเกษดา แซ่ลือ และคุณสมล นวลจันทร์ฉาย ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ คุณจิรภรณ์ พึ่งพุ่มแก้ว หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำนวัตกรรมครั้งนี้

นวัตกรรม เครื่องยัดสายเครื่องช่วยหายใจการรกแรกเกิด

วราพร ปิตตานี*

หลักการและเหตุผล

ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีกลุ่มอาการที่ทักให้เกิดภาวะหายใจลำบากที่เรียกว่า respiratory distress syndrome (RDS) หรือ hyaline membrane disease (HMD) เป็นผลเนื่องจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ร่วมกับโครงสร้างของปอด ซึ่งมีพัฒนาการไม่เต็มที่ (immature lung)

ในทารกที่มีอาการหอบมากหรือต้องการออกซิเจนมากกว่า 40% ในการรักษาเพื่อรักษาระดับความดันออกซิเจนมากกว่า 40% มักได้รับการช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวก โดยเลือกใช้ continuous positive airway pressure (CPAP) ทางรูจมูก (nasal CPAP) หรือทางท่อหลอดลมคอเพื่อต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอต้องได้รับการดูแลเรื่องระดับความลึกของท่อหลอดลมคอที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ปอดมีการขยายตัวและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องได้รับการดูแลในเรื่องของความชื้นที่เหมาะสมจากเครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้ก๊าซที่เข้าถึงถุงลมมีความอึดตัวด้วยไอน้ำ เหมือนการหายใจตามธรรมชาติ ช่วยป้องกันการสูญเสียน้ำและความร้อนจากทางเดินหายใจ และการสูญเสียหน้าที่ในการโบกพัดสารคัดหลั่งของ cilia ป้องกันไม่ให้สารคัดหลั่งเหนียวและอุดตันทางเดินหายใจ

ปัญหาที่พบขณะทารกใช้เครื่องช่วยหายใจมีหลายประการ เช่น ระดับของความลึกของท่อหลอดลมคอสึกหรือคื่นเกินไป ซึ่งเกิดจากการยัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่เหมาะสม รวมถึงการจัดทำนอนหงายยกและเอียงเรย์เปิดทำได้ลำบาก เนื่องจากทารกมักอยู่ในท่าตะแคงหน้า ทำให้ลำคอไม่อยู่ในแนวเดียวกับตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ โดยท่ออาจมึลลิกเข้าไปในปากหรือรั้งขึ้นเหนือมุมปาก ทำให้แพทย์อ่านฟิล์มแล้ววินิจฉัยตำแหน่งความลึกของท่อช่วยหายใจผิดพลาดได้ และทารกแรกเกิดบางรายจำเป็นต้องจัดให้อยู่ในท่านอนหงายหน้าตรง เช่น ทารกแรกเกิดที่ได้รับสารลดแรงตึงผิวไปปอด ทารกหลังผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดหน้าท้อง หรือได้รับการใส่สายสวนสะดือ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเกิดการกลั่นตัวของไอน้ำกลายเป็นหยดน้ำ ณ จุดควบแน่น (condensation) จากเครื่อง heated humidifier ทำให้น้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ มีโอกาสไหลเข้าสู่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการอุดตันทางเดินอากาศ ภาวะพร่องออกซิเจน แคมพีเรียและไวรัสสามารถอาศัยเกาะโมเลกุลของน้ำเข้าสู่ตัวผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น pneumonia หรือ pulmonary infection ได้

* พยาบาลระดับ 6 หรือผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ประดิษฐ์เครื่อง-
ยึดสายเครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงายหน้าตรงใน
ผู้ป่วยที่ได้รับสารลดแรงตึงผิวในปอดในระยะแรก
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและผ่าตัดทางหน้าท้องรวมทั้งผู้ป่วย
ที่ได้รับการใส่สายสวนสะดือทางหลอดเลือดดำ และ/
หรือหลอดเลือดแดง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเอกซเรย์ปอด
สามารถนอนหงายศีรษะและลำคอตรง และระดับ
ความลึกของท่อหลอดลมคอที่กำหนดอยู่ที่ระดับมูสปาก
พอดี
3. เพื่อแก้ไขปัญหาการเกิดการอุดตันทางเดิน
อากาศและภาวะพร่องออกซิเจน

วัสดุอุปกรณ์

1. สแตนเลส
2. นีออนูมีเนียม

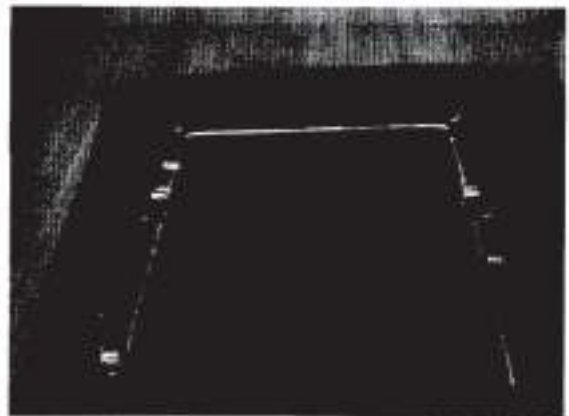
วิธีการประดิษฐ์

1. ใช้สแตนเลสเส้นกลมตัดเป็นรูปตัวแอล 2 อัน
โดยมีท่อกลางเชื่อมติดอยู่ที่ตัวแอล 1 ตัว และมุม
ของตัวแอลทั้ง 2 ตัว มีท่อกลางเชื่อมติดอยู่
2. ใช้สแตนเลสเส้นกลมขนาดเล็กทำเป็นเสา
2 ข้าง พร้อมทั้งเป็นคานาด้านบน
3. บริเวณส่วนที่เป็นคานาด้านบนมีตัวยึด
สายเครื่องช่วยหายใจ 2 อัน ยื่นมาข้างหน้า สามารถ
ปรับระดับสูงต่ำได้ และปรับความกว้างหรือแคบได้
มีตัวยึดสายเครื่องช่วยหายใจอีก 4 ตัวที่ยึดติดอยู่กับที่

ท่อกลาง



ภาพแสดงสแตนเลสรูปตัว L 2 อัน



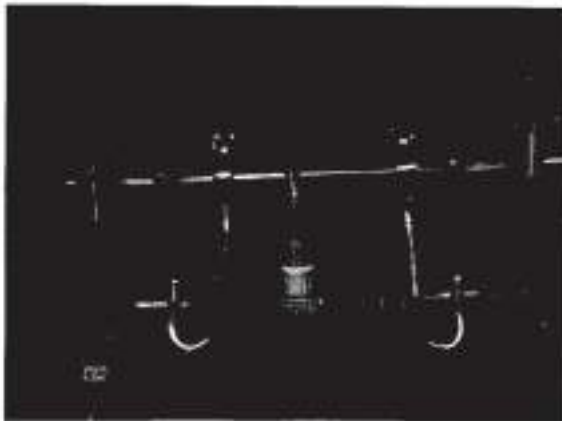
ภาพแสดงการเชื่อมต่อสแตนเลสรูปตัว L 2 อัน



ภาพแสดงเครื่องยึดสายเครื่องช่วยหายใจทารกแรกเกิด

วิธีการใช้งาน

1. นำสแตนเลสตัวแอล 2 ตัวมาเชื่อมต่อกันทางตำแหน่งศีรษะของผู้ป่วย
2. นำเสาที่มีคานด้านบนสวมลงไปที่ท่อกลางตรงมุมของตัวแอล 2 ข้าง
3. ให้อุปกรณ์สายเครื่องช่วยหายใจที่ปรับขึ้นมาข้างหน้าได้เป็นอุปกรณ์สายส่วนที่ใกล้กับข้อต่อที่จะต่อเข้ากับท่อหลอดลมคอ
4. ปรับระดับความลึกของท่อหลอดลมคอที่กำหนดให้อยู่ที่ระดับมุมปากพอดี
5. สำหรับสายเครื่องช่วยหายใจรุ่นที่เป็นข้อต่ออ ต้องจัดให้อยู่ในลักษณะห้องข้างเพื่อป้องกันมีน้ำไหลเข้าท่อหลอดลมคอ



ภาพแสดงการติดตั้งเครื่องยึดเครื่องช่วยหายใจทารกแรกเกิด

ค่าใช้จ่าย

ค่าวัสดุและค่าแรง 1,300 บาทต่อ 1 ชุด

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับสารลดแรงตึงผิวในปอดระยะแรกสามารถนอนหงายหน้าตรงได้โดยไม่ต้องมีการปิดของลำคอ

2. ผู้ป่วยสามารถนอนหงายหน้าตรงในการเอกซเรย์ปอดและ/หรือท้อง

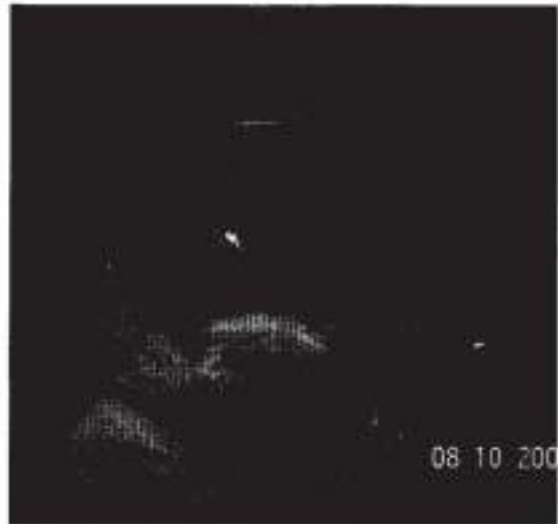
3. แพทย์สามารถดูระดับความลึกของท่อหลอดลมคอได้ถูกต้อง

4. ท่อหลอดลมอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

5. น้ำที่เกิดจากการกลืนตัวของไอน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ จะอยู่บริเวณห้องข้าง ไม่ไหลกลับเข้าสู่ท่อหลอดลมคอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ *มศ. พญ. วรัญญ์ ตันติประภา* ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ *คุณกมลสินีย์ บำรุงศรี* หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด *คุณวราภรณ์ พงษ์เรืองเกียรติ* พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการประดิษฐ์นวัตกรรมครั้งนี้



นวัตกรรม โต๊ะคลายเมื่อย พิเศษ 3

เครือวัลย์ คำทอง *

หลักการและเหตุผล

โรคจอประสาทตาหลุดลอกเป็นโรคที่พบมากใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 3 โรงพยาบาลสมทวารชนนครเชียงใหม่ การรักษาผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกมีหลายวิธี แต่การรักษาโดยการผ่าตัดที่มีการฉีดแก๊สเข้าไปในแก้วลูกตา หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องนอนคว่ำหน้า/นั่งก้มหน้า เพื่อให้แก๊สลอยขึ้นไปดันจอประสาทตาที่หลุดลอกให้ติด ผู้ป่วยต้องนอนคว่ำหน้า / นั่งก้มหน้าอย่างน้อยวันละ 16 ชั่วโมงอย่างน้อย 5 วัน จนกว่าจอประสาทตาจะติดและแก๊สจะซึมหมด ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบาย มีความทุกข์ทรมานจากการนอนคว่ำหน้า / นั่งก้มหน้านาน ๆ และอึดอัดปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ หลัง และเข่า ส่งผลให้พักผ่อนได้น้อย นอนคว่ำหน้า นั่งก้มหน้าได้ไม่นาน การรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

ผู้ประดิษฐ์ได้มองเห็นปัญหาดังกล่าว จึงคิดวิธีแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก โดยการไปซอร์นเซ็นและ over bed เก้า ๆ และซารุตจากพัสดุมาทำการดัดแปลง และทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 แบบ โดยการใช้งบประมาณทั้งสิ้น 490 บาท ปรากฏว่าได้ผลดี มีการตอบรับจากผู้ป่วย ผู้ป่วยพึงพอใจและสบายในการนอนคว่ำหน้าและช่วยคลายความปวดเมื่อย

เป้าหมายและตัวชี้วัด

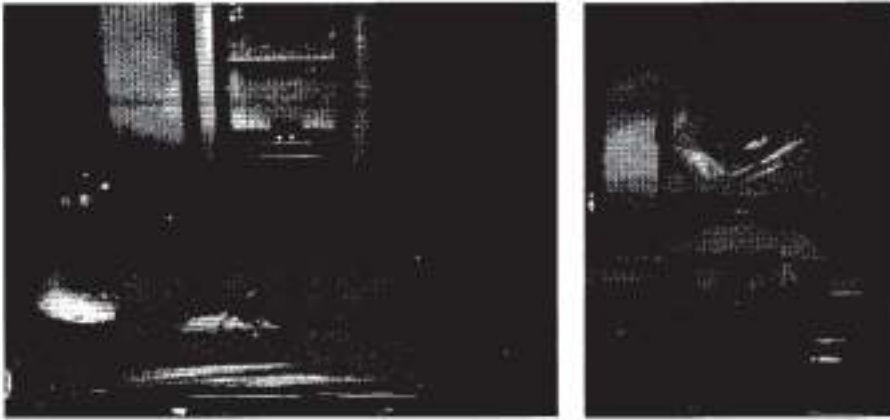
1. ลดความไม่สบายจากการนอนคว่ำนาน ๆ โดยการนั่งคว่ำหน้าบนโต๊ะคลายเมื่อย
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและสะดวกในการใช้โต๊ะคลายเมื่อย

วิธีการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน

1. นำรถเข็นและ over bed ที่ซารุตมาทำการซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ดีและหาสีใหม่ให้สวยงามพร้อมใส่ลูกล้อเพื่อให้สามารถเข็นได้
2. นำ over bed ที่ซ่อมแล้วมาเจาะรูกลม ๆ ตรงกลางให้พอดีกับหน้าของผู้ป่วยที่จะสามารถคว่ำหน้าได้และหายใจได้สะดวก
3. นำอุปกรณ์ไปหุ้มเบาะหนังให้เรียบร้อย
4. นำผ้าดิบไปให้ช่างทำผ้าหุ้มเบาะเพื่อสามารถถอดซักทำความสะอาดได้
5. นำหมอนที่เจาะรูตรงกลางวางบน over bed และทดลองใช้กับผู้ป่วยพิเศษ 3 ผู้ป่วยทุกรายที่ได้ใช้นวัตกรรมนี้ประเมินว่า ใช้ได้ผลดี ลดอาการอึดอัดและอาการปวดเมื่อย เนื่องจากสามารถเปลี่ยนอิริยาบถจากการนอนคว่ำนาน ๆ ได้

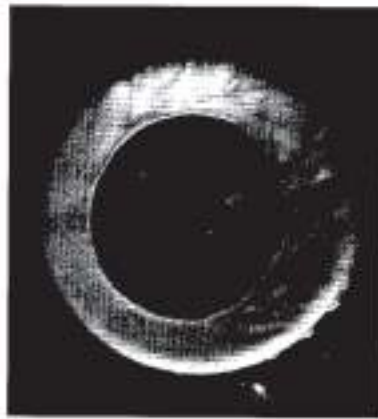
* ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ระดับ 4 หอผู้ป่วยพิเศษ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลสมทวารชนนครเชียงใหม่

รูปก่อนทำนวัตกรรม



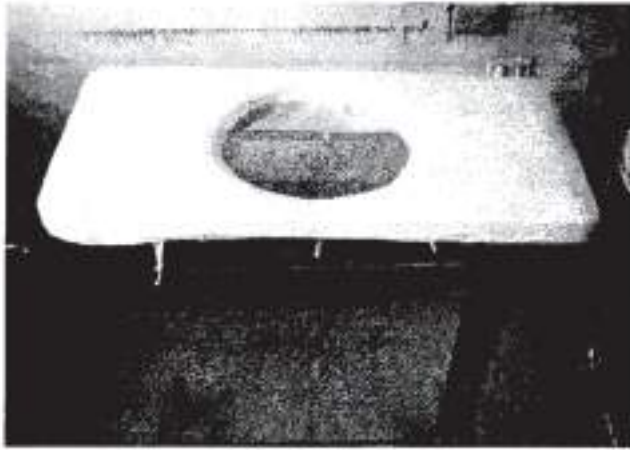
รูปนวัตกรรม โต๊ะคลายเมื่อย พิเศษ 3

แบบที่ 1 โต๊ะนั่งข้างเตียง



รูปนวัตกรรม โต๊ะคล้ายเมื่อย พิเศษ 3

แบบที่ 2 โต๊ะนั่งบนเตียง



ผลลัพธ์

ตารางแสดงผลการประเมินความพึงพอใจนวัตกรรม
(N = 30)

ลักษณะอุปกรณ์	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
แบบที่ 1 โต๊ะนั่งข้างเตียง	28	2	0
แบบที่ 2 โต๊ะนั่งบนเตียง	29	1	0

จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย มีความพึงพอใจในนวัตกรรมทั้ง 2 แบบอยู่ในระดับมากกว่า ร้อยละ 90

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ช่วยทำให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหน้า / นิ่งก้มหน้า ได้นานขึ้น ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ช่วยลดอาการอึดอัดและการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อจากการนอนคว่ำหน้า / นิ่งก้มหน้า

ง่าย ๆ ง่าย ๆ กับ 5 ส

กรมการแพทย์ จิตเวชกรรม *

น้องไออุ่น : พี่ครับเห็นใครต่อใครพูดกันว่าทำ 5 ส
ตรวจ 5 ส ง่ายจะตายใกล้ ๆ... จะตรวจ
ค่อยทำ... คณะกรรมการยังไม่ทำเลย
ตั้งแต่ตรวจ... บอกแล้วว่าเรื่องง่าย ๆ ทำไม
ไม่ทำ พี่ครับ 5 ส คืออะไรครับ ได้ยิน
มานานนนแล้ว

พี่ข้าวโอ๊ต : 5 ส เป็นแนวความคิดการจัดระเบียบสถานที่
ของใช้ในบ้าน ที่ทำงาน สำนักงานให้เก๋อยู่
ปลอดภัย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงงาน
เพิ่มผลผลิตของงานด้วยละ

น้องไออุ่น : 5 ส เก่งจังนี่... เป็นไง... ไปได้ยังไงกันละพี่
พี่ข้าวโอ๊ต : พี่ไปอ่านหนังสือของอาจารย์สิทธิ สิมทอง
กับอาจารย์เชษฐพงศ์ สิมธารามา ท่าน
บอกว่า ปี ค.ศ. 1985 (พ.ศ. 2528) ญี่ปุ่น
เขามีการจัดระเบียบความเรียบร้อย
ในที่ทำงานโดยใช้ระบบที่เรียกว่า 5 S
และปี ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529) มีการพิมพ์
หนังสือ 5 S เล่มแรกขาย ซึ่งกลายเป็น
หนังสือยอดนิยมอย่างไม่น่าเชื่อ ส่วน
ประเทศไทยเรา บริษัทแรก ๆ ที่นำมาใช้
คือบริษัท เอ็น เอส เค สบวิง (ประเทศ
ไทย) จำกัด แต่ยังมี 5 S อยู่ ต่อมา
บริษัทปูนซิเมนต์ไทย มาปรับเป็นภาษา

ไทย 5 ส (สะสาง สะดวก สะอาด
สุขลักษณะ สร้างนิสัย) บางบริษัท เช่น
บริษัทบริดจ์สโตน จำกัด ใช้ 4 ก (ก่าจัด
กำหนด เก็บกวาด และกฎเกณฑ์) ซึ่งใช้
หลัก 5 ส เหมือนกันหมดแหละ ต่อมา
ก็แพร่กระจายไปทุกหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็น
โรงเรียน โรงพยาบาล หน่วยราชการ
ต่าง ๆ

น้องไออุ่น : อ้อ... เป็นอย่างนี้เอง แต่ เอ๊ะ! แล้วทำไม
ไม่เห็นรุ่งเหมือนญี่ปุ่นเลยละครับพี่

พี่ข้าวโอ๊ต : อาจารย์สุวัฒน์ แซ่ตัน ท่านเคยเขียน
บทความในวารสารคุณภาพ ปี พ.ศ. 2542
ว่า...ทำไม 5 ส ในเมืองไทยจึงไม่ประสบ
ความสำเร็จ... เพราะคนไทยส่วนใหญ่
คิดว่าเป็นเรื่องง่าย ชัด ๆ ง่าย ๆ จัดให้เป็น
ระเบียบเท่านั้น ก็ใช้ได้แล้ว จมิม ๆ แล้ว
การทำ 5 ส ต้องทำตามลำดับจนครบ 5 ส
ผลของการปฏิบัติ ไม่ใช่ การทำความ-
สะอาด จัดของให้เป็นระเบียบ หรือหลัก
ทฤษฎี ดูก็งามตาอย่างเดียว แต่ต้องฝึก
และปฏิบัติจนทำให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ
จึงจะสำเร็จ สรุปว่าคนไทยส่วนใหญ่
ไม่รู้จริงนั่นแหละ

* หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

- น้องไออุ่น** : เอาละ...ถ้าผมอยากวิ่ง ฟ็ลลิ่งแล้ว 5 สภาพรวม ๆ เท่าที่รู้ให้ฟังหน่อยสิ เอาที่เป็นหัวใจของแต่ละ ส นะ
- พี่ข้าวโอ๊ต** : ก็ได้น้องเอ๊ย...ตั้งใจฟังนะ ส ตัวที่ 1 เรียกว่า "สะสง" สาเหตุที่ต้องมีการสะสง เพราะเกิดการ "สะสม" ของใช้ที่เกินจำเป็นในการทำงาน ต้องสะสง มีฉะนั้นสิ่งที่เราจะต้องพบคือ ของที่ไม่เจอที่ทำงานคับแคบ พื้นที่ในการจัดเก็บของไม่พอ ขั้นตอนการทำ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่
1. **ของที่จำเป็น**ในการทำงานที่ต้องใช้ประจำโดยคำนึงถึงรายการของ ปริมาณของ และสถานที่เก็บของ
 2. **ของที่ไม่จำเป็น**ในการทำงาน ถ้ายังใช้ได้ ก็หาที่เก็บให้เรียบร้อย ถ้าใช้ไม่ได้ก็ทิ้ง หรือแปรสภาพ
 3. **ของรอการตัดสินใจ** ไม่ว่าจะป็นอุปกรณ์ ของใช้ เอกสาร หนังสือ 2 และ 3 ปริญญาตรี / หัวหนีก่อนแต่ละดี
- น้องไออุ่น** : พูดย่าง ๆ หรือหัวใจ "สะสง" คือมีของที่จำเป็นเท่านั้นในบ้านหรือที่ทำงาน
- พี่ข้าวโอ๊ต** : ถูกต้องนะครับ
- น้องไออุ่น** : เข้าใจ ส ที่ 1 แล้ว เดียวต้องบอกแม่เราก่อนนะทีละ ส ที่ 2 ละว่าไ
- พี่ข้าวโอ๊ต** : ส ที่ 2 คือ "สะตวก" ส นี้เป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน จัดของเป็นหมวดหมู่ เป็นระเบียบ ส สะตวกเกิดขึ้นเพราะขณะทำงานเกิดการ "สะสม" หาของไม่เจอบ้าง เครื่องมือของใช้ไปหมด ไปหมด คนอื่นมาช่วยทำงานไม่ได้

ไม่รู้อยู่ที่ไหน ไม่มีป้ายหรือสัญลักษณ์บอกได้เลย

หัวใจของ ส สะตวก คือ เน้น

1. ประสิทธิภาพ มีการบ่งชี้ (ด้วยป้าย ด้วยสี สัญลักษณ์ต่าง ๆ) ตามลำดับการใช้งาน

2. เน้นคุณภาพ จะเห็นชัด คือดูความปลอดภัย เช่น สารเคมีใดจะเก็บอย่างไร ที่ใดเพื่อไม่ให้เสื่อม หรือเกิดอันตราย อุบัติเหตุ ของโตมลิตก่อนต้องจัดเพื่อให้เห็นได้ก่อน จะได้ไม่หมดอายุของเสียหาย จึงได้มีระบบ first in first out (มาก่อน ใช้ก่อน) ในการเก็บสินค้าเก็บที่สุดใจ

และสุดท้าย 3. ความปลอดภัย ก็คล้าย 2 ข้อแรกคือเก็บสิ่งใดให้คำนึงถึงมาตรฐานของสิ่งนั้น เช่น ถ้าของติดไฟง่าย ต้องเก็บให้ห่างจากจุดที่มีประกายไฟง่าย ของหนักต้องอยู่ข้างล่าง ถ้าไปอ่านบทความของอาจารย์สุวัฒน์ แซ่ตัน ท่านอธิบายว่า สะตวก ตรงกับภาษาอังกฤษว่า orderliness หรือ functional storage โดยให้พิจารณาจะทำให้สะตวก ต้องรู้ด้านการจัดการสิ่งของ สถานที่ โดยใช้ความรู้ทางด้านการยศาสตร์ (ergonomic) เข้าร่วมกับพุดง่าย ๆ การทำที่ทำงานให้เกิดความสะดวก ต้องอาศัยการจัดการเป็นหลักนั่นเอง

น้องไออุ่น : ถ้าจับหัวหน้าส่วนนั้น ๆ ต้องให้คำชี้แนะ และเป็นทีปรึกษาแหละ จึงจะสำเร็จตรงนี้เอา ส ที่ 3 ดีกว่า ว่าไปเลยพี่... ชักสนุก

พี่ข้าวโอ๊ต : ส "สะอาด" ฟังดูแล้ว ส ตัวที่ 3 เหมือนง่ายสุด เพราะคิดว่าปัด ๆ กวาด ๆ ถู ๆ ก็พอ และมีกคิดว่า เป็นหน้าที่คนงานทำความสะอาด ที่จริงแล้ว การทำความสะอาดระบบ 5 ส มี 3 ระดับ

1. ระดับประจำวัน (daily cleanliness) โอเค อาจเป็นหน้าที่ประจำของเจ้าตัวและคนงานทำความสะอาดได้

2. ทำความสะอาดแบบตรวจสอบ (cleanliness inspection) เป็นการทำความสะอาดแบบใช้ตาสำรวจ หูฟังเสียง จมูกสัมผัสกลิ่นได้ เช่น กลิ่นไหม้ เป็นต้น บางครั้งต้องใช้สัมผัสช่วย เช่น อาจร้อน / เย็นผิดปกติ

3. ทำความสะอาดแบบบำรุงรักษา (cleanliness maintenance) ถ้าการทำ ความสะอาด แล้วพบสิ่งผิดปกติเล็กน้อย จะได้จัดการซ่อมแซม และเป็นข้อมูลดูแลรักษาเครื่องยนต์ / อุปกรณ์ต่าง ๆ ต่อไป เป็นไงเหมือนง่าย แต่ไม่ง่ายเลย ใช่มั้ยน้อง

น้องไออุ่น : นี่แค่ทำความสะอาดนะเนี่ย มีนา.... คนไทยเราจะรู้ไหมเนี่ยว่า หัวใจของ ส สะอาด คือ การทำความสะอาด เป็นการตรวจสอบ

พี่ข้าวโอ๊ต : ไหนไหน ก็ไหนไหนแล้ว ว่ากัน ส ที่ 4 - 5 พร้อม ๆ กันไปเลยนะ ส ที่ 4 คือ "สุขลักษณะ" แบ่งเป็น 2 ความหมาย บางตำราว่า รักษา 3 ส แรกให้ดีไว้เสมอ และอีกความหมายหนึ่งคือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านที่ทำงานให้ดีขึ้น และไม่กลับสู่สภาพเดิมที่ไม่ดี มีความคิด

สร้างสรรค์ปรับเปลี่ยนให้ดียิ่งขึ้น เพื่อความอยู่ เสริมสร้างสุขลักษณะร่างกาย และจิตใจของคนอยู่หรือของคนทำงาน ถ้ารู้เรื่องและช่วยกันทำอย่างเข้าใจ ที่ทำงานจะมีสุขลักษณะที่ดี ถ้าไม่สนใจทำหรือทำ 3 ส แรกไปวัน ๆ ตามหัวหน้าสั่ง ไม่นานจะกลับแบบเดิมคือ สลัม เขาจึงพูดกันว่า ถ้าที่ทำงานปรับปรุงให้น่าอยู่เสมอ ๆ เสมือนอยู่ในที่ที่สุขลักษณะที่ดี ถ้าไม่ดีเหมือนอยู่ในสลัม

ส ตัวสุดท้ายหรือ ส ตัวที่ 5 คือ "สร้างนิสัย" พูดย่าง ๆ ก็คือ ปฏิบัติตามมาตรฐาน 5 ส ระเบียบกฎเกณฑ์ของหน่วยงานสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย หรือที่อาจารย์สุวรรณ แซ่ตัน ท่านว่าทำจนเป็น instinct (สัญชาตญาณ) หรือ การสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานนั่นเอง เป็นไฉน...ฟังแล้วทำไหว บ

น้องไออุ่น : มีนา เห็นอบรม 5 ส กันอยู่เรื่อย แทบทุกที่ อบรมกันจัง พอตามผลงาน พูดเป็นเสียงเดียวกันว่า "ไม่มีเวลา" แล้วที่จะแก้อย่างไร

พี่ข้าวโอ๊ต : แสดงว่า คนที่พูดไม่รู้จัก 5 ส จริงจังแหละ 5 ส คืองานประจำ ให้นึกถึงว่าตอนเริ่มทำงานใหม่ ๆ ได้ะโล่ง งานก็มีทำ ถ้าจัดระเบียบและเข้าใจงานเรื่อย ๆ งานก็จะหมด และจัดเป็นหมวดหมู่ แต่ยิ่งทำงาน งานยิ่งมากขึ้น แต่เราก็ยิ่งมากขึ้น ทำงานได้เร็วมากขึ้น รู้จักจัดระเบียบ / งานมากขึ้น ถ้าเราทำได้ตั้งแต่แรกความเป็นระเบียบ และเป็นนิสัยก็เกิดตามมานั้นแหละ นี่แสดงว่าคนที่บ่น ทำอะไร

น้องไออุ่น

ไว้ระเบียบจนเป็นนิสัย จะเริ่มสะสางใหม่
ก็ยากเลยมันไม่มีเวลาไป
ซัดแจ้งเลยพี่...แสดงว่าพวกที่ถูกบังคับ
ไว้อบรม / ท้า 5 ส ไม่เข้าใจจริง ทูกระดืบ
ไม่เอาจริง ที่เห็นเป็นรูปธรรมบ้าง
ก็เป็นเอกชนตั้ง ๆ ที่เขาอบรม 5 ส
แล้วเอาจริงเอาจัง ต่อยอดไปเรื่อย ๆ
จนได้รับรองระดับสากล ก็ด้วยพื้นฐาน
5 ส นี่แหละ ได้ข่าวว่าภาคราชการจะเล่น
เรื่อง award...award อะไว้อีกแล้ว
ส่งสารผู้ปฏิบัติจัง ต้องปั้นตัวชีวิตให้เขา
เอาไปแสดงตามกระแสนั้นไปเรื่อย ๆ...
ได้มะมันได้อุปแล้ว... วันนีพอนะทีนะ
ผมว่างแล้ว เราหัดบกันแอะ พู่งนี้ค่อย
คุยกันต่อ

พี่ข้าวโอ๊ต

ดีเหมือนกัน แต่ก่อนไปนอนเราต้องเก็บ
ของเล่นก่อนนะ ย้ำสอนว่า ต้องฝึกเก็บ
ของให้เป็นระเบียบตั้งแต่เรายังเด็ก ๆ

พี่ของน้องไออุ่น และพี่ข้าวโอ๊ต

มิตรภาพลุ่มแม่น้ำโขง...เชื่อมโยงไทย-ลาว

สิริลักษณ์ สลักคำ *

ประเทศลุ่มแม่น้ำโขงอันประกอบด้วยไทย จีน พม่า กัมพูชา และลาว ได้มีโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการร่วมกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวิสัยทัศน์เดิมขององค์กร (ตอนนี้มีมีการปรับปรุงวิสัยทัศน์ใหม่แล้ว) จะเป็นโรงเรียนแพทย์ชั้นนำในระดับภูมิภาค (ภูมิภาคคือในบรรดาประเทศลุ่มแม่น้ำโขง!) และได้มีโครงการแลกเปลี่ยนวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพกับประเทศเพื่อนบ้านดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 3 - 4 ปีที่ผ่านมา ได้มีพยาบาลจากเมืองคุนหมิง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และพยาบาลจากนครเชียงใหม่ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มาดูงานและฝึกอบรมด้านการพยาบาลที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งในสาขาการบริหารการพยาบาล การพยาบาลดัลยศาสตร์ การพยาบาลอายุรศาสตร์ การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ การพยาบาลสูติ - นรีเวชวิทยา การพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและหักฟัน รวมทั้งการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการนี้ ส่วนมากมักจะเป็นพยาบาลจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนและจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เดินทางมาดูงานและฝึกอบรมที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้มาศึกษาอบรมและดูงาน

ทั้งในโครงการระยะสั้นเป็นสัปดาห์และในโครงการระยะยาวเป็นเดือน

อย่างเข้ามาปีนี้ คณะแพทยศาสตร์มีคำริว่าพยาบาลจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ น่าจะเป็นผู้เดินทางไปให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใ้บุคลากรที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเลย โดยไม่ต้องให้พี่น้องพยาบาลลาวเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป เกินความจำเป็น แทนที่จะมีพยาบาลลาวเดินทางมาศึกษาอบรมและดูงานที่เชียงใหม่ครั้งละ 5 คน 10 คน ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มมากขึ้นเป็นไปตามจำนวนบุคลากรที่ต้องเดินทางมา โฉนเลยจะส่งพยาบาลไทยไปแค่ 1 - 2 คน ก็จะสามารถไปให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลลาวได้ทั้งโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลไทยที่จะไปตั้งมากษต่างประเทศ ก็ไม่ได้ยากเย็นเหมือนจะส่งไปญี่ปุ่นหรืออเมริกาที่ต้องฝึกหัด "Ohayo" "Konchiwa" "Konbanwa" หรือ "Good morning" "Good afternoon" อะไรเลย ดังนั้นจึงเลือกพยาบาลจำนวน 2 คนให้เดินทางไปในครั้งนี้

หนึ่งในสองที่ถูกเลือกก็คือตัวผู้เขียนเอง คิดไตร่ตรองว่าทำไมนะเราถึงถูกเลือก นึกขึ้นได้ว่าฝ่ายการพยาบาล โดยท่านหัวหน้างานวิชาการและพัฒนา คุณไพโรจน์ อุตศิริ ได้เคยสำรวจความสามารถด้านภาษาต่างประเทศของพยาบาลในฝ่ายการพยาบาลทุกคน ว่าใครมีความสามารถพูดภาษาต่างประเทศอะไร

* หัวหน้าหน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานวิชาการและพัฒนา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้บ้าง ที่จะสามารถสื่อสารได้โดยไม่มีปัญหา ซึ่งฝ่ายการพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นล่ามรายชื่อพร้อมความสามารถด้านภาษาไว้ เมื่อว่าหากมีผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ต่างถิ่นต่างภาษามาเป็นลูกค้ำหรือผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมทราชนครเชียงใหม่ของเรา จะได้ส่งไปเป็นล่ามสื่อสารภาษาได้ เพราะเราพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ซึ่งหนึ่งใน core-values ที่ใช้คือ customer focus ผู้ป่วยของเรา แม้นอกจากต่างถิ่นต่างภาษาก็ไม่ได้เกิดมี barrier ที่จะทำให้การดูแลรักษาและการสื่อสาร สิ่งของความไม่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ จำได้ว่าตนเองแจ้งไปว่าภาษาอังกฤษก็พอสื่อสารได้บ้าง แต่ถ้าจะให้เชี่ยวชาญจริงต้องนี้...ภาษาลาว ค่อยอดอย่างสรรพคุณกับหัวหน้าไฟโรจนในคราวนั้นไปว่า เชี่ยวชาญไม่เชี่ยวชาญก็เอาเป็นว่า แม้อัลบัก็ยังสามารถละเมอเป็นภาษานี้ได้ก็แล้วกัน (ไม่ได้ไปจำเรียนภาษาลาวที่ไหนดอกนะ... เป็นด้วยว่าที่เห็นตัวเองก็อยู่ลุ่มแม่น้ำโขงเหมือนกัน แต่ลุ่มแม่น้ำโขงตอนใต้ต้นฝั่งผาแต้ม!) ฝ่ายการพยาบาลคงไปดูในท่าเทียบนั้น ก็เลยจะเน้นเหตุผลว่าทำไมถูกเลือกเป็น first priority และผู้ที่ถูกเลือกไปพร้อม ๆ กันอีกคนคือ คุณอัมพัทธ์ ทักสินสุข ซึ่งผู้เขียนคุ้นเคยที่จะเรียก "พี่อัม" หัวหน้าหอผู้ป่วยเวรเช้า "พี่อัม" ก็มี competency ด้านภาษาพร้อมไปประเทศลาวได้เลย เพราะเป็นคนเมือง (คนเชียงใหม่เราเรียกกันว่าเป็นคนเมือง) และแพทย์พยาบาลลาวสามารถฟังภาษาเชียงใหม่เข้าใจได้คืออยู่แล้ว เป็นอันว่าเราสองคนสมเหตุสมผลด้วยประการทั้งปวงว่าให้เป็นผู้เดินทางไปแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับพยาบาลลาวที่โรงพยาบาลเสตธาทีลาต (Settathirath Hospital) ณ นครเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ไปที่ KM และ CoP ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ chemotherapy กำหนดเดินทางของเราคือระหว่างวันที่ 7 - 12 สิงหาคม 2550 ที่ผ่านมา

ก่อนการเดินทางท่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณอุณเดส สุวิวรรณ แจ้งให้เรารอที่ท่าทางโรงพยาบาลเสตธาทีลาตได้ขอความอนุเคราะห์ขอตั๋วไปเที่ยวผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาลสมทราชนครเชียงใหม่ไว้ และขอให้เราทั้ง 2 คน แยกลักษณะนี้ไปพร้อมด้วย เป็นผู้ป่วยเตียงผู้ป่วยจำนวน 50 มิน การเดินทางในครั้งนี้ เราเดินทางโดยสายการบินลาว (Laos Airline : มีสัญลักษณ์ของสายการบินเป็นรูปดอกจำปาลาว) โดยตรงจากเชียงใหม่ไปเมืองหลวงพระบาง และต่อสายการบินลาวภายในประเทศไปยังนครเวียงจันทน์ ในรอบสัปดาห์จะมี 2 เที่ยวบินจากเชียงใหม่คือในวันอาทิตย์และวันอังคาร เราตัดสินใจเดินทางไปเที่ยววันอังคารที่ 7 สิงหาคม และกลับเที่ยววันอาทิตย์ที่ 12 สิงหาคม สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเดินทางอยู่ที่จำปูเตียงผู้ป่วยจำนวน 50 มินที่จะแบ่งไปฝากโรงพยาบาลลาว บวรจุลกลองกระตาะขได้ 2 กลองใหญ่ ซึ่งน้ำหนักแล้วปาเข้าไป 43 กิโลกรัม แค่นี้ก็ไม่เหลือน้ำหนักไว้สำหรับกระเป๋าเดินทางของเราแล้ว ก็เลยคิดกันว่าจะอย่างไรกันแน่ เราส่งทางบริษัทรับ-ส่งพัสดุข้ามชาติไปจะดีกว่า จะได้ไม่ต้องเสียค่าปรับเรื่องน้ำหนักสัมภาระเกิน ด้วยความกรุณาจาก "พี่อัม" ซึ่งอาสาเป็นผู้ไปติดต่อบริษัทรับ-ส่งพัสดุในตัวเมืองเชียงใหม่ ค่าตอบที่ได้รับหนักใจยิ่งกว่าเดิม เพราะถ้าส่งเป็นพัสดุไปเวียงจันทน์ คิดว่าค่าตกเป็นเงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันกว่าบาท ซึ่งแพงกว่าค่าเครื่องบินที่เราเดินทางกันเสียอีก ค่าตัวเครื่องบินเชียงใหม่-เวียงจันทน์ ต่อคน 7,750 บาท ก็เลยทำ brainstorm กับ 2 คนว่าจะทำอย่างไรดีกับจำปูเตียง 2 กลองนี้ถึงจะไปถึงเมืองเวียงจันทน์ได้ ถ้าเราจะไปบอกว่า "ซื้อเองที่ลาวไปเลยเถอะ" ยังจะราคาถูกกว่านำไปจากเมืองเชียงใหม่ ขณะครุ่นคิดหาทางออกกันอยู่ โชคดีที่ท่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ท่านบอกว่า ถ้าไม่สามารถทำได้ ก็อรอนไปพร้อมเครื่อง hemodialysis ที่จะส่งไปที่โรงพยาบาล

เสดกาทีลาตโดยรถตู้ผ่านเส้นทางเมืองหนองคายเข้าสู่ประเทศลาวทางข้ามมิตรภาพ ก็แล้วกัน เอ้อ! ค่อยโล่งอกไปที (ขณะที่เขียนบทความนี้ เวลาผ่านไปมาแล้วสองเดือน กล่องผ้าปูเตียงก็ยังอยู่ใต้หอพยาบาล 9 ยังรอรถตู้ และไม่รู้ว่าจะได้ออกเดินทางเมื่อไหร่)

วันเดินทางเครื่องบินสายการบินลาวออกจากท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่เวลาบ่าย 3 โมง ไปถึงเมืองหลวงพระบางประมาณบ่าย 4 โมงเย็นหน่อย ๆ รอต่อเครื่องบินในประเทศที่จะไปเวียงจันทน์ประมาณเกือบ ๆ 3 ชั่วโมง เพราะเครื่องจะบินออกจากหลวงพระบางไปเวียงจันทน์ในเวลา 1 ทุ่ม ขณะที่นั่งรอต่อเครื่องบินที่หลวงพระบาง ก็เลยชวนกันออกมานั่งเล่นรอที่ที่นั่งบริเวณด้านนอกของอาคารสนามบิน หมายถึงจะขอดูเมืองมรดกโลกสักหน่อย ถึงแม้ว่าจะไม่มีเวลามากพอที่จะเข้าไปเที่ยวในตัวเมืองหลวงพระบางได้ เพราะกลัวกลับไม่ทันเวลาเครื่องบินออก จะตกเครื่องซะเปล่า ๆ และจะไม่มีที่นั่งนอนกัน เพราะตามแผน เขาให้ตรงไปนอนที่เวียงจันทน์เลย ก็จำกรรมอีกนั่นแหละ ระหว่างที่นั่งรอ กะจะปล่อยอารมณ์ชมวิวเมืองสักหน่อย ก็ไม่รู้ก้องทัฬหแสงทิวมาจากไหน บินล้อมหน้าล้อมตาอยู่ตลอด (สงสัยแมลงหัวมีเมืองลาวไม่เคยเห็นพยาบาลไทย) นั่งคุยกับ "พีเอ็ม" ก็ไม่ค่อยรู้เรื่องกัน เพราะ "พีเอ็ม" ก็่วนอยู่กับการไล่แมลงหรือออกจากหน้าจากตา ในเวลาเดียวกัน ก็มีหนุ่มน้อยหนุ่มใหญ่ชาวลาวเวียนกันเข้ามาได้ถามเป็นระยะ ๆ ว่า "เจ้าอยากเข้าไปเที่ยวเมืองหลวงพระบางปะ? เหมารถไปปะ? สิพามาส่งให้ทันยนต์บินออก" เราก็ได้แต่ตอบไปว่า "ยังไป ขอบใจหลาย" และพร้อม ๆ กัน ก็แอบสังเกตว่าทำไมแมลงทิวไม่ยักกะตอมคนลาวบ้าง ทำไมสนใจตอมตอมมอมอยู่แต่กับคนไทย

ในที่สุด เราก็ได้เดินทางต่อไปยังเมืองเวียงจันทน์ เครื่องบินก็ตรงเวลาดี เราไปถึงเวียงจันทน์เวลาประมาณเกือบ 2 ทุ่ม เมื่อรับกระเป๋าเสร็จเรียบร้อยแล้ว ก็ออกมา

และพบกับทีมผู้บริหารพยาบาลลาว 4 - 5 คน ซึ่งนำทีมโดย ท่านสิสุพัต หัวหน้าพยาบาล ที่ได้มายืนรอรับด้วยใบหน้าเบื่อนรอยยิ้มพร้อมช่อดอกไม้ 2 ช่อใหญ่ สอบถามได้ความว่า มารอรับกันตั้งแต่เลิกงาน 4 โมงเย็นกว่า ๆ แล้ว เพราะเข้าใจว่าเราจะเดินทางไปถึงเวลา 6 โมงเย็น (การสื่อสารแห่งประเทศไทยก็ไม่แตกต่างจากการสื่อสารแห่งประเทศไทย) ออกจากสนามบิน ทีมพยาบาลลาวก็พาไปรับประทานอาหารเย็น โดยพาไปรับประทานอาหารที่ร้านกลางตัวเมืองเวียงจันทน์ซึ่งอร่อยมาก ๆ (คงเป็นเพราะรู้สึกหิวมากด้วยกระมัง) แต่รับประทานอาหารไปได้สักพัก ก็เริ่มสังเกตเห็นว่า มีแต่พยาบาลไทยรับประทานอาหารเอา ๆ ทีมพยาบาลลาวไม่ค่อยรับประทานอาหารกันเลย ก็เลยสอบถามได้ความว่า ช่วงที่รอพวกเขาเดินทางไปยังไม่ถึงกัน ก็รอแล้วรอเล่า 6 โมงเย็นก็แล้ว ทุ่มหนึ่งก็แล้ว พยาบาลไทยก็ไปไม่ถึงสักที ทนไหวจ้าวกันไม่ไหว เลยออกจากสนามบินไปรับประทานอาหารเย็นกันก่อน แล้วจึงค่อยกลับเข้าไปรอต่อใหม่ ตกกลางคืนนั้นพยาบาลไทยเลยอนุญาตเป็นเจ้ามือในการรับประทานอาหารมือเย็นมือนั้น (เพราะจริง ๆ แล้ว ก็มีแต่เราสองคนรับประทานอาหารเอาแล้วจ้า)

เสร็จจากรับประทานอาหาร ทีมพยาบาลลาวก็พาเราเข้าพักที่โรงแรมชื่อ "เจริญไช" (เจริญชัย) อยู่ใกล้ตลาดเช้า (ตลาดเช้า) ค่าโรงแรมคืนละ 500 บาทต่อคน (1 บาทเท่ากับ 285 กีบของลาว) เป็นห้องคู่แบบ twin beds มีที่นอน ตู้เขวนเสื้อ-ผ้า และห้องน้ำให้เท่านั้น ไม่มีตู้เย็น ไม่มีน้ำดื่ม และไม่มีอาหารเข้าให้ แต่เราก็ได้บริหารความเสี่ยง โดยได้นำขนมและกาแฟหรืออินวันติดตัวไปพร้อมจากเชียงใหม่แล้ว สำหรับอาหารมื้อเช้าแต่ปัญหาเราก็คือ ไม่มีน้ำร้อนชงกาแฟ เลยต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าของโรงแรมทุกวัน "ขอน้ำร้อน"

รุ่งขึ้นเช้าวันพุธที่ 8 สิงหาคม รถตู้โรงพยาบาลเสดกาทีลาตพร้อมพยาบาลลาวคุณสุกสีมารับเราไปที่



ทำนองผู้อำนวยการฯ เปิดงานการบรรยายวิชาการ

โรงพยาบาล เรามีเวลาเพียง 3 วันที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางวิชาการ วันแรก พยาบาลลาว-ไทย เลยร่วมกันวางแผนกลยุทธ์ว่า 3 วันที่จะอยู่ด้วยกัน กับทางผู้บริหารการพยาบาลลาวและพี่น้องบุคลากร ของโรงพยาบาลเสดถาทิลาต เราจะดำเนินการอย่างไรบ้าง และได้ข้อสรุปวันแรกหลังจากวางแผนกลยุทธ์แล้ว ตอนบ่ายเยี่ยมชมแผนกและหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อดู context และ core-values ของโรงพยาบาล ก่อนการแลกเปลี่ยนด้าน criteria / standards ซึ่งเราก็ได้ไปเยี่ยมชมแผนกคนเจ็บนอก (ผู้ป่วยนอก) แผนกคนเจ็บใน (ผู้ป่วยใน) ห้องประสูติ (ห้องคลอด) แผนกเด็กแดง (ทารก) แผนกเด็กกน้อย (กุมาร) ห้องปาด



ที่มพยาบาลผู้บริหารของลาว

(ห้องผ่าตัด) ห้องมรณัม (ห้องไอซียู) และห้องเชคซู (ห้อง recovery room)

ในวันรุ่งขึ้น ผู้เขียนได้บรรยายและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาล ผู้เข้ารับฟังการบรรยายประกอบด้วย ท่านหมอ (แพทย์) นักเรียนแพทย์ พยาบาล นักเรียน พยาบาล และนักศึกษาฝึกงาน ซึ่งก็ได้รับความสนใจ มากพอสมควร มีการซักถามปัญหาด้วยความสนใจสนใจ จากผู้ฟัง (อาจเป็นเพราะผู้เขียนได้บรรยายเป็นภาษา อีสานบ้านตัวเอง...ซึ่งเข้าใจกันได้ดีทั้งห้องที่ไทย-ลาว เหมือนละครทีวีช่องเจ็ดสี "เพลงรักริมฝั่งโขง : น้อง จำปากับอ้ายพิน" และท่านหมอยังขอถอดแบบเรียน ไปอีกด้วย (ขอ copy files ที่บรรยาย) งานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาล เสดถาทิลาต ก็ดำเนินการได้ค่อนข้างดีในบางระบบ อาทิเช่น ระบบการจัดการเรื่องขยะ การจัดการเรื่อง สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย หน่วยผ่าตัด เป็นต้น ส่วนเรื่องการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในผู้ป่วย ถึงแม้ ยังไม่มีระบบ แต่ก็ได้มีดำริจะดำเนินการแล้ว คิดว่า งานด้านนี้ของโรงพยาบาลคงจะดำเนินการไปได้ดี และครอบคลุมในอนาคตที่ไม่ไกลนัก



ที่มพาเที่ยวชมเมืองเวียงจันทน์

วันศุกร์ วันสุดท้าย คุณอัมพัลย์ บรรยายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ chemotherapy ซึ่งก็ได้รับความสนใจจากผู้ฟังและมีข้อซักถามมากมายเช่นกัน (คุณอัมพัลย์บรรยายด้วยภาษาคำเมืองเจียงใหม่) ส่วนเรื่องการบริหารการพยาบาล เราก็ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้เขียนได้สอบถามเรื่องก้าวขึ้นเป็นผู้บริหารการพยาบาลของลาวมีวิธีการคัดเลือกอย่างไร คำตอบคือ คัดเลือกจากพยาบาลประจำการ senior ที่ "เฮ็ดเวียกหัวหาญ" (ที่ทำงานขยันขันแข็ง) ก็จะถูกคัดเลือกขึ้นอยู่ในสิ่งผู้บริหารการพยาบาล ประเด็นอื่น ๆ ก็ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ในการไปครั้งนี้ ก็นับว่าเป็นประโยชน์และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี คิดว่าเราได้เรียนรู้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย สิ่งที่คุณเขียนประทับใจอย่างมากคือระบบของโรงพยาบาลเสดดาทิลาดที่ทางฝ่ายการพยาบาลจัดการบรรยายวิชาการทางการพยาบาลขึ้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมาเข้าร่วมรับฟังด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่านหมอได้มาร่วมฟังการบรรยายตลอดการบรรยายนั้น ๆ ด้วย ซึ่งโรงพยาบาลในประเทศไทยเอง ก็น้อยแห่งนักที่จะทำได้แบบนี้



ท่านสิสุพัต (ซ้ายสุด) และคุณสุมาลี (ขวาสุด) มาส่งที่สนามบินวันกลับ

เราเดินทางกลับเชียงใหม่ในวันอาทิตย์ที่ 12 สิงหาคม ทักการฉลองวันแม่พอดี ในวันเสาร์ก่อนกลับทีมพยาบาลลาวได้พาพวกเราเที่ยวชมเมืองเวียงจันทน์และเมืองไก๊ลี้เคียง รวมทั้งสถานที่สำคัญหลายแห่งซึ่งก็เป็นที่น่าสนใจมาก และโอกาสนี้ ขอขอบคุณทีมผู้บริหารการพยาบาลลาวของ Settathirath Hospital ให้ ณ โอกาสนี้