



Medication System

16 มีนาคม	09.00-10.00 น.		
2554	10.30-12.00 น.	A2Y	Information Management in Hospital Pharmacy
	13.00-14.30 น.	A3Y	Vaccine Story: FAQ in Clinical Practice
	15.00-16.30 น.	A4Y	Understanding the Resistant Organism: Jigsaw of the Solution
17 มีนาคม	08.30-10.00 น.	B1Y	Medication Review: A Must-Do Task
2554	10.30-12.00 น.	B2Y	Quality Enhancement of Drug Administration
	13.00-14.30 น.	B3Y	Preventable Drug Interactions in the Neurologic Patients
	15.00-16.30 น.	B4Y	Trigger Tools & Adverse Drug Events
18 มีนาคม	08.30-10.00 น.	C1Y	Unused Medicines
2554	10.30-12.00 น.	C2Y	Medication-related Problems in Community Setting
	13.00-14.30 น.		

ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ภก.รศ.ดร. คณะเภสัชศาสตร์ ม.นครสวรรค์

nui_nathorn@yahoo.com

คมกฤช ศรีไสว, ภก.

รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

kaipharmacy@rocketmail.com

ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ, ภก.*

รพ.อุตรธานี

damrongkeat@hotmail.com

ปัจจุบันสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการเภสัชกรรมในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการใช้เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วและลดความผิดพลาดในการให้บริการแล้ว ยังได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยระบบสารสนเทศทางเภสัชกรรมเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยให้เภสัชกรสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพของระบบบริการเภสัชกรรมและระบบยาของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลต่างก็นำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยกันทั้งสิ้นโดยเฉพาะการจ่ายยา การมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะช่วยคัดกรองความคลาดเคลื่อนทางยาได้เป็นอย่างดี อาทิ

- การแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ยาบางชนิด เช่น การแพ้ยา
- การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (preventable adverse drug event: pADE)
- การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงยาที่มีข้อจำกัดการใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น การใช้ยาในผู้ป่วย G6PD และการป้องกันการใช้ยา streptokinase ซ้ำภายใน 1 ปี
- การทบทวนประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในกระบวนการ medication reconciliation
- การใช้ยาบางชนิดที่มีความจำเป็นต้องใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการพิจารณาสั่งใช้ยา เช่น ยา warfarin หรือยาเคมีบำบัด
- การสั่งยาที่มีข้อบ่งใช้ซ้ำซ้อนกัน การป้องกันการใช้ยาซ้ำ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด

- ในส่วนของการบริหารเภสัชกรรม ระบบสารสนเทศทางเภสัชกรรมช่วยทำให้เภสัชกรเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น สามารถติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

เนื่องจากมีข้อมูลเกิดขึ้นตลอดกระบวนการให้บริการทางเภสัชกรรม ทำให้มีฐานข้อมูลที่สำคัญ สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อเข้าใจถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาในระดับโรงพยาบาลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์การใช้ยา ปัญหาการใช้ยาเชิงคลินิก ผลกระทบของยาในเชิงเศรษฐศาสตร์และการเงินการคลัง ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในด้านส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผลมากขึ้น การทบทวนและการประเมินการใช้ยา (drug utilization review/ evaluation) รวมถึงการใช้ข้อมูลจากการศึกษามาประกอบการกำหนดนโยบาย รวมทั้งติดตามผลกระทบของนโยบายอีกด้วย

เมื่อนำข้อมูลการจ่ายยาไปเชื่อมโยงกับข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลโรค ข้อมูลทางการเงิน สิทธิการรักษา ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ จะยิ่งทำให้ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเป็นเสมือนขุมทรัพย์ที่รอให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ามาศึกษา โดยนำข้อมูลจากการปฏิบัติในพื้นที่ของตนเองมาศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการศึกษาในลักษณะจากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) และการศึกษาในลักษณะจากงานประจำสู่งานวิจัยและสู่นโยบาย (Routine to Research and to Policy: R2R2P)

16 มีนาคม 2554 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 1-3 (Y)

ธีรพงษ์ ตัณฑวิเชียร, ศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

terapong_tantawichien@hotmail.com

จันทิมา โยธาทัทักษ์, ภญ.

รพ.สุราษฎร์ธานี

applesan2011@gmail.com

วัคซีนจัดเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และมีความคุ้มค่าอย่างยิ่งในการป้องกันโรค โรคบางโรคเมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่มีทางรักษาแต่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ด้วยวัคซีน และจากการที่วัคซีนชนิดเดียวกันอาจมีการเตรียมมาจากเซลล์ต้นกำเนิดได้หลายอย่าง หรืออาจเตรียมจากเชื้อโรคสายพันธุ์ต่างๆ ได้หลายสายพันธุ์ ดังนั้นวัคซีนจะมีประสิทธิภาพสูงสุดก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับวัคซีนอย่างถูกชนิด ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและครบตามคอร์สซึ่งมักจะมากกว่า 1 ครั้ง อีกทั้งวัคซีนจัดเป็นยา จึงอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ในทางปฏิบัติบุคลากรทางการแพทย์มักพบปัญหาหลายอย่าง เกี่ยวกับการใช้วัคซีน เช่น

- ผู้ป่วยมาฉีดวัคซีนไม่ตรงตามนัด จะทำอย่างไรดี ต้องเริ่มต้นนัดใหม่หรือไม่?
- ผู้ป่วยแพ้วัคซีนตั้งแต่เข็มแรก เข็มต่อไปจะฉีดได้ไหม?
- ผู้ป่วยได้รับวัคซีนครั้งแรกแบบ ID ครั้งนี้เผลอฉีด IM จะทำอย่างไรดี? dose ต่อไปต้องนัดฉีด ID หรือ IM?
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์จะฉีดวัคซีนได้ไหม?
- ผู้ป่วย HIV จะฉีดวัคซีนได้ไหม?
- โรงพยาบาลเปลี่ยนบริษัทที่ซื้อวัคซีนพิษสุนัขบ้า ครั้งที่แล้วผู้ป่วยได้รับ PVRV ครั้งนี้จะเปลี่ยนไปใช้ PCEC ได้หรือไม่?

ถ้าท่านเป็นผู้หนึ่งที่เคยสงสัย สับสน งุนงง ตัดสินใจไม่ถูกเมื่อพบปัญหาเหล่านี้ เราขอเชิญชวนให้ท่านเข้ามาฟังการบรรยายในห้องนี้ ซึ่งรูปแบบการบรรยายจะเป็นการถาม-ตอบตรงประเด็นจากผู้ปฏิบัติที่พบปัญหา และท่านจะได้รับคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญที่จะทำให้ท่านสามารถนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้วัคซีนในทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปรีชา มณฑกานติกุล, ภก.ผศ.ดร.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

pypmt@mucc.mahidol.ac.th

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ส่งผลเสียทุกระดับ ตั้งแต่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จนถึงโรงพยาบาลและประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพชนิดใหม่ๆ เพื่อใช้ในการรักษา แม้กระนั้นปัญหาเชื้อดื้อยากลับไม่ลดลง แต่ยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น เชื้อจุลชีพก่อโรคที่สำคัญหลายชนิดค่อยๆ เปลี่ยนแปลงจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพียงชนิดเดียว จนกลายเป็นเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (multidrug-resistant organisms: MDROs) ส่งผลให้การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพมีความยากลำบากมากขึ้น

ปัญหาของเชื้อดื้อยาเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเลือกใช้ขนาดยาและระยะเวลาในการให้ยาที่เหมาะสม การใช้ยาต้านจุลชีพในปศุสัตว์ การแก้ไขปัญหาคือการใช้วิธีการใดวิธีการเดียวจึงไม่อาจแก้ไขปัญหานี้ได้

จึงมีความสำคัญเร่งด่วนที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมองให้เข้าใจถึงแก่นของปัญหา วางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กำหนดฐานข้อมูลและติดตามข้อมูลดังกล่าวของโรงพยาบาลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ เช่น การติดตามอัตราการบริโภคยาต้านจุลชีพโดยใช้ DDD (defined daily dose) การติดตามร้อยละของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล รวมถึงการทำงานวิจัยเบื้องต้นในรูปแบบ R2R2R (Routine to Research to Routine) อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคต่อไป

สุวัฒนา จุฬวัฒน์พล, ภาญ.รศ.ดร.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

pyscl@mahidol.ac.th

พัทธยา สุ่มแก้ว, ภก.

รพ.ศรีสังวร จ.สุโขทัย

pattayaso@ymail.com

การให้ยาบำบัดรักษาโรคให้ได้ผลตามเป้าหมาย มีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยนั้น จะต้องประกอบด้วยขั้นตอนที่มีคุณภาพตั้งแต่การเลือกและสั่งใช้ยา การจัดหา/เตรียมและจ่ายยา การให้หรือการบริหารยาแก่ผู้ป่วย และการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ยา

เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คือ การทบทวนการใช้ยา ค้นหา/คัดกรอง แก้ไข และ/หรือ ป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการได้รับยาไม่ตรงกับข้อบ่งชี้หรือการวินิจฉัยโรค การได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา การได้รับยาซ้ำซ้อน การได้รับยาที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ หรือ แม้กระทั่งความคลาดเคลื่อนทางยา ฯลฯ ในผู้ป่วยทุกราย

ในสถานการณ์ที่มีความจำกัดของอัตรากำลังของเภสัชกรโรงพยาบาลในปัจจุบัน อาจทำให้การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมไม่สามารถกระทำได้ดีเต็มรูปแบบสำหรับผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ขณะที่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเภสัชกรคลินิกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นแล้วก็ตาม ดังนั้นการสอดแทรกการดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมให้อยู่ในกระบวนการทำงานประจำซึ่งได้แก่ การจัดหา การเตรียม และการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย จึงเป็นภาระรับผิดชอบที่สำคัญและจำเป็นของเภสัชกร โดยเภสัชกรที่ประจำอยู่ที่ห้องจ่ายยาจะต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ผลการวินิจฉัยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ ซึ่งอาจอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศในการออกแบบระบบการกระจายยาของโรงพยาบาลให้อื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ ไม่ว่าจะผ่านทางใบสั่งยาผู้ป่วยนอกหรือในแบบบันทึกภาพรวมการใช้ยา (drug profile) ของผู้ป่วยในที่เภสัชกรจัดทำขึ้น ทั้งนี้ เพื่อใช้ในการทบทวน ค้นหา และคัดกรองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และส่งต่อข้อมูลไปยังเภสัชกรคลินิกเพื่อนำไปสู่การแก้ไขและ/หรือป้องกันปัญหาเหล่านั้นให้ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ

ในการทบทวนหรือคัดกรองปัญหาการใช้ยาข้างต้น เกษัชกรต้องมึ่องค์ความรู้และทักษะในการวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาเป็นอย่างไรดี เมื่อพบสิ่งที่ไม่ถูกต้อง/คลาดเคลื่อน เกษัชกรต้องวิเคราะห์ให้ได้ถึงความรุนแรงของผลที่อาจเกิดขึ้นต่อประสิทธิภาพของการรักษา ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย และต้องทำการติดต่อกลับไปยังผู้สั่งใช้ยา แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับปัญหาที่พบ นัยสำคัญของปัญหานั้นหากไม่ได้รับการแก้ไข และที่สำคัญ เกษัชกรต้องพิจารณาเสนอข้อแนะนำในการแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผลและเป็นไปได้ให้แก่ผู้สั่งใช้ยา

โรงพยาบาลศรีสวรรค์ สุขุขทัย เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ทีมงานเกษัชกรได้เห็นความสำคัญของการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยหรือการคัดกรองปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบกับมีเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบให้เกษัชกรเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ โรงพยาบาลแห่งนี้มีขนาด 307 เตียง มีเกษัชกรทั้งหมด 13 คน โดยเป็นเกษัชกรประจำที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน 4 คน ด้วยปัจจัยสนับสนุนดังกล่าวทำให้เกษัชกรสามารถคัดกรองปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาได้เพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2552 สามารถคัดกรองปัญหาได้ 80 ครั้ง ปี 2553 จำนวนปัญหาที่พบเพิ่มเป็น 189 ครั้ง และในปี 2554 (ตุลาคม 2553-กุมภาพันธ์ 2554) พบปัญหา 154 ครั้ง

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ขนาดยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 20.07 การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 10.64 การได้รับยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 8.51 การเลือกใช้ยาไม่เหมาะสมกับภาวะของโรค ร้อยละ 8.27 การเลือกแบบแผนการให้ยาไม่เหมาะสม (เช่น ผิดความเร็ว ให้ระยะเวลาสั้นเกินไป หรือสารน้ำที่ใช้ผสมไม่เหมาะสม) ร้อยละ 6.38 ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ร้อยละ 5.44 และปัญหาอื่นๆ เช่น การไม่ใช้ยาตามสั่ง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ เช่น การสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้

ทั้งนี้เมื่อเกษัชกรประสานกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาเพื่อเสนอการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาเหล่านั้น พบว่าโดยรวมแพทย์ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวถึงร้อยละ 90.08 ให้ความร่วมมือในการแก้ไขบางประเด็นร้อยละ 4.96 และไม่ยอมรับข้อเสนอในการแก้ไขเพียงร้อยละ 4.96

จะเห็นได้ว่า การทบทวนการใช้ยาหรือการคัดกรองปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเกษัชกรที่อยู่ในงานประจำนั้น สามารถป้องกันปัญหาจากการใช้ยาได้เป็นอย่างดี บทบาทนี้จึงเป็นภาระรับผิดชอบที่เกษัชกรทุกคนพึงปฏิบัติ อันจะส่งผลให้การบริหารทางเภสัชกรรมของเกษัชกรบรรลุเป้าหมาย คือ การใช้ยาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, ภญ.

รพ.ศิริราช

wimhp@yahoo.com

ปนิฏฐา นาคช่วย

รพ.ศิริราช

sipna@mahidol.ac.th

วีรชัย ไชยจามร, ภก.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.สยาม

zernpharm@yahoo.com

ในกระบวนการใช้ยา นอกเหนือจากการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์มักจะนึกไม่ถึง และก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล คือวิธีการบริหารยา (drug administration) อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่า โอกาสการเกิดความผิดพลาดจากการบริหารยา (drug administration error) มีอัตราสูงถึงร้อยละ 25-75 และความผิดพลาดจากการบริหารยาที่พบบ่อย ได้แก่ การบริหารยาด้วยอัตราเร็วที่ไม่เหมาะสม ลืมให้ยา ให้ยาผิดขนาดหรือผิดคน และความไม่เข้ากันระหว่างยาและสารน้ำที่ให้ เป็นต้น ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเหล่านี้อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น ยากลุ่มรักษามะเร็ง (antineoplastic agent) เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด extravasation หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงหากได้รับขนาดยาที่ผิดพลาด และการเกิดปฏิกิริยาเนื่องจากอัตราเร็วในการให้ยาไม่เหมาะสม (infusion related reaction) จากยากลุ่ม monoclonal antibody และยา vancomycin ทำให้เข้าใจผิดในเรื่องของการแพ้ยา และส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วยในอนาคต รวมถึงปัญหาจากความไม่เข้ากันระหว่างยาและสารน้ำ เช่น เกิดการตกตะกอน หรือยาเสื่อมสภาพ ทำให้ยาไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา และเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

ผู้ที่มีความสำคัญสูงสุดในกระบวนการให้ยาคือพยาบาล ในขั้นตอนตั้งแต่การรับคำสั่งการรักษา จนถึงการติดตามผลของยาหลังให้ยา หากมีระบบที่ดี มีการตรวจสอบครบถ้วน แม้ความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้จากปริมาณงานที่มากเกินไป แต่ก็สามารถตรวจพบได้ก่อนโดยไม่เกิดอันตรายรุนแรงถึงผู้ป่วย ท่านจะได้รับฟังกระบวนการทำงานจากหอผู้ป่วยที่มีงานยุ่งที่สุดแห่งหนึ่ง ที่มีความพยายามลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาจนประสบความสำเร็จ โดยไม่ได้ใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนแต่อย่างใด

โรงพยาบาลสามารถกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา เช่น การเขียนสั่งยาโดยแพทย์ การกำหนดฉลากโดยเภสัชกร การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อย่างเหมาะสม การจัดทำรายการยาที่มีความพิเศษในการให้ยา การใช้ฉลากสีแยกแยะยาแต่ละกลุ่ม เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้โดยง่ายและไม่เกิดความผิดพลาด การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล ต้องมีวิธีการที่หลากหลายสำหรับบุคลากรกลุ่มต่างๆ การบรรยายจะเน้นวิธีปฏิบัติและตัวอย่างต่างๆ เพื่อให้ผู้ฟังสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตจริง

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, ภก.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

pytss@mahidol.ac.th

ปฏิกิริยาระหว่างยากับยา (drug-drug interaction: DDI) หมายถึง การที่ยาชนิดหนึ่งที่อยู่ภายใต้ (object drug) ถูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับยาในเลือดหรือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอีกชนิดหนึ่ง (precipitant drug) ร่วมด้วย โดยการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ (1) ด้านเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic DDI) การเกิดปฏิกิริยาแบบนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับยาที่เป็น object drug ในกระแสเลือด และ (2) ด้านเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamic DDI) ซึ่งจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับยาในกระแสเลือดเกิดขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาจึงเกิดขึ้นได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับด้านบวก พบว่าอาจทำให้ยาทั้งสองชนิดที่ใช้ร่วมกันออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้น แต่ในด้านลบอาจทำให้ยาที่เป็น object drug มีประสิทธิภาพในการรักษาลดลง มีอาการไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดพิษจากการใช้ยาได้ทั้งๆ ที่เป็นการใช้ยาในขนาดปกติ โดยเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาท เช่น ยากันชัก ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาป้องกันอาการปวดศีรษะ ยาแก้ปวด ยารักษาอาการเศร้า เป็นต้น เป็นยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาได้บ่อย และผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาของยากลุ่มนี้อาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

แต่ในความหลากหลายรูปแบบของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาก็ยังถือว่ามีควมโชคดี คือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาสามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ และผลที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาจะเป็นไปในทิศทางใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดได้ โดยความรู้ทางเภสัชวิทยาของยาจัดเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำมาใช้ประเมินโอกาสของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา เช่น phenytoin, carbamazepine, phenobarbital เป็นยากันชักที่มีผลเหนี่ยวนำให้เอนไซม์ระบบ cytochrome P450 ทำงานมากขึ้นกว่าปกติ จึงทำให้ยาอื่นที่ใช้เอนไซม์นี้ถูกเปลี่ยนแปลงหรือถูกทำให้หมดฤทธิ์ได้เร็วขึ้น อาจทำให้ผลในการรักษาลดลงหรือสั้นลงได้ (การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยานี้เป็นด้านเภสัชจลนศาสตร์) หรือการใช้ยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน (เช่น ergotamine, sumatriptan) ร่วมกับ pethidine หรือ

tramadol จะมีโอกาสทำให้เกิดภาวะ serotonin syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่มีระดับของสารสื่อประสาทชนิด serotonin ในระบบประสาทส่วนกลางมากเกินไป และอาจทำให้เกิดอาการไข้สูง กล้ามเนื้อเกร็ง ชัก ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยานี้เป็นด้านเภสัชพลศาสตร์)

จากตัวอย่างดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาในผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนใหญ่นั้นเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่าความรู้ทางเภสัชวิทยาของยาจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินโอกาสการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยารวมถึงนำความรู้ดังกล่าวมาเลือกยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาน้อย ในขณะที่ยังให้ผลในการรักษาเหมือนเดิมอยู่ ดังนั้น “เภสัชกร” จึงมีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ทางเภสัชวิทยามาทำนายโอกาสและผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

แต่มีได้หมายความว่าบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นจะไม่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยานี้ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีความรู้ทางเภสัชวิทยามากเท่ากับเภสัชกร แต่หากมีการวางระบบ วางแนวทาง หรือวางนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยา/การติดตามการใช้ยาที่ดี ก็สามารถทำให้ทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งในสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน รายการยาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน ก็อาจมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่เหมือนกันก็ได้ เช่น บางแห่งมีการกำหนดคู่ยาที่มีโอกาสทำให้เกิดการเสียชีวิต (fatal drug interactions) ขึ้น และตั้งเป้าหมายว่าในการปฏิบัติงานจะต้องไม่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาดังกล่าวขึ้น หรือบางแห่งมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยในการตรวจสอบ/เตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้น

โดยสรุป การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะยาในโรคระบบประสาทเท่านั้น แต่หมายรวมถึงยาทุกชนิด และแนวทางในการป้องกันก็มีหลายแบบขึ้นกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล และความร่วมมือจากบุคลากรทางสาธารณสุขทุกวิชาชีพ อย่างไรก็ตามการทำนายการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยานั้นเปรียบเสมือนการทำหน้าที่เป็น “หมอดู” หมายความว่าผลของปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอาจจะเกิดขึ้นจริงตามที่คาดไว้ หรืออาจไม่เกิดขึ้นก็ได้ หรืออาจจะเกิดในลักษณะอื่นที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก็ได้ แต่ “การทำนาย” หรือ “การเตือน” ผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความตระหนักขึ้น รวมถึงทำให้เกิดการวางแผนติดตามอาการ/อาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อจะได้แก้ไขได้อย่างรวดเร็ว

ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ, ภก.ผศ.ดร. คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

pyptk@mahidol.ac.th

สมมารต วานิชสัมพันธ์, ภก.

รพ.ไทยนครินทร์

s_vanich@yahoo.com

วนิชา ปิยะรัตนวัฒน์, ภญ.

รพ.สมุทรสาคร

vanicha1@hotmail.com

Trigger Tools หรือ เครื่องมือส่งสัญญาณอันตรายของการดูแลรักษาผู้ป่วย นำมาใช้สำหรับเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event: ADE) การทราบถึงลักษณะของ ADE จะทำให้สามารถกำหนดแนวทางแก้ไขอันตรายจากการใช้ยา และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้ว Trigger Tools ที่แนะนำโดย Institute for Healthcare Improvement (IHI) ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับการค้นหา ADE ประกอบด้วย การใช้ยารักษาหรือแก้ไข ADE ที่เกิดขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึง ADE และการเปลี่ยนแปลงขนาดการใช้ยา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วย

โรงพยาบาลไทยนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาด 200 เตียง ได้เริ่มนำ Trigger Tools มาค้นหา ADE ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยการเลือก trigger จาก IHI 10 triggers มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาล ได้แก่ Chlorpheniramine (CPM) inj., Vitamin K inj., Naloxone inj., Flumazenil inj., Anti-emetic inj., Prothrombin Time (PTT) >100 sec, International Normalised Ratio (INR) >6, Glucose <50 mg%, Blood urea nitrogen (BUN)/serum creatinine (SCr) เพิ่ม >2เท่า และ *Clostridium difficile* positive culture เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหา ADE โดยการทบทวนเวชระเบียนแบบย้อนหลังอย่างเป็นระบบและเป้าหมายชัดเจน สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทีมเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการอ่านเวชระเบียน พบว่าสามารถค้นหา ADE 55 เหตุการณ์ เป็น preventable ADE 17 เหตุการณ์ (ร้อยละ 30.9) และเป็นความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา (medication error: ME) 14 เหตุการณ์จาก 17 เหตุการณ์ โดยที่ระบบการรายงาน ME รายงาน ADE ได้เพียง 1 เหตุการณ์

ผลการดำเนินการดังกล่าวได้นำมาพัฒนาระบบความปลอดภัยจากการใช้ยา ได้แก่ การจัดระบบการเฝ้าระวังการแพ้ยาที่ครอบคลุมการแพ้เวชภัณฑ์ การแพ้ยาในห้องผ่าตัด แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ยาซ้ำในกรณีที่เป็นสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีประวัติแพ้ยา รวมถึงการกำหนดแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่มีการใช้ยา warfarin นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับเปลี่ยน trigger ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและดำเนินการทบทวนเวชระเบียนระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 509 เตียง ได้นำ Trigger Tools มาผสมผสานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย เนื่องจากเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยด้านยาได้เพียงประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด โดยอาศัยการคัดกรองจากสำเนาคำสั่งแพทย์ และดำเนินการทบทวนเวชระเบียนระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ การค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา

ผลการดำเนินการในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ trigger จากการคัดกรองระดับ $SCr \geq 1.5$ mg/dl ของผู้ป่วยที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลพบผู้ป่วยที่ต้องมีการปรับขนาดยา 276 คน และพบภาวะไตวายเฉียบพลันจากยา 14 คน นอกจากนี้ การใช้ trigger คือ 50% glucose สำหรับการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำที่เกิดจากยา 41 คน ปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนและเพิ่ม trigger ที่สอดคล้องกับการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเพิ่มขึ้น ได้แก่ $SCr \geq 1.2$ mg/dl สำหรับยา colistin inj., $SCr \geq 1.5$ mg/dl สำหรับยาอื่นๆ, $INR \geq 3$ สำหรับยา warfarin, Potassium level ≥ 5 mmol/L สำหรับยากลุ่ม potassium sparing, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor, Angiotensin II Receptor Blockers, Dilantin level ≥ 20 μ g/mL, Digoxin level ≥ 2 ng/mL, Depakine level ≥ 100 μ g/mL, Hematocrit $\leq 30\%$ สำหรับยา Zidovudine, Alanine transaminase (ALT) ≥ 150 unit/L สำหรับยารักษาไวรัสโรด และ Nevirapine

จากการนำ Trigger Tools มาใช้ค้นหาและติดตาม ADE ของโรงพยาบาลทั้งสอง แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับลักษณะของโรงพยาบาล แต่ก็ประสบความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยน trigger ที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยด้านยา

ไพยม วงศ์ภูวรักษ์, ภาว.รศ.ดร.

รพ.สงขลา

kjawee@gmail.com

จารุวี กาญจนศิริอำรง, ภาว.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์

payom.w@psu.ac.th

ยาเหลือใช้เป็นปัญหาของการรักษาพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่ง ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการมียาเหลือใช้เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและการสูญเสียยาในทางเศรษฐกิจ

ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น ประชาชนที่ไม่ใช่ครอบครัวของข้าราชการหรือผู้มีสวัสดิการประกันสังคม จำเป็นต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่ายาเอง ในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการสำรวจยาเหลือใช้ที่เจ้าของยาระบุว่าไม่ใช้แล้วตามบ้านในจังหวัดสงขลา จำนวน 453 ครอบครัว พบยาเหลือใช้จำนวน 1,004 รายการ มียาที่ระบุชื่อยาได้ 984 รายการ กลุ่มยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อและข้อ (23.3%), ยารักษาโรคติดเชื้อ (19.2%), ยารักษาโรคในทางเดินหายใจ (16.9%), ยารักษาโรคในทางเดินอาหาร (13.1%) และยารักษาโรคภูมิแพ้และกตภูมิคุ้มกัน (9.2%) รูปแบบยาที่พบส่วนมากคือ ยาเม็ดและแคปซูล (63.7%) และยาน้ำ (30.4%) โดยส่วนใหญ่เป็นยาที่ได้จากสถานพยาบาลของรัฐ (80.2%) โดยเจ้าของยาระบุสาเหตุที่ทำให้มียาเหลือใช้ดังนี้ อาการ/โรคที่เป็นอยู่หายแล้วจึงไม่ต้องใช้ยานั้นอีก (73%), โรคที่เป็นไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องใช้ยาให้หมด (30.9%), ผู้จ่ายยาไม่ได้ย้าว่าต้องใช้ยาให้หมด (25.1%), และได้รับยามากเกินไป (21.1%) โดยพบว่าผู้ได้รับยาจากแหล่งที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐยอมรับมากกว่าผู้ได้รับยาจากเอกชน ว่าสาเหตุของการมียาเหลือใช้เกิดจากผู้จ่ายยาไม่ได้ย้าว่าต้องใช้ยา ให้หมด (odd ratio 3.68, CI 1.40-9.67) และได้รับยามากเกินไป (odd ratio 4.42; CI 1.51-12.92)

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหายาเหลือใช้ จึงได้จัดทำโครงการนำร่องสำรวจข้อมูลยาเหลือใช้ในปี พ.ศ. 2553-2554 โดยสำรวจข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ (1) ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 12 แฟ้มย้อนหลัง 2 เดือน ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ที่ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเรื้อรัง (2) ยาที่ผู้ป่วยนำมาคืนที่โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2554

จากการวิเคราะห์ข้อมูลยาเหลือใช้ของผู้ป่วยอายุ 12 ปีขึ้นไปที่เป็นโรค 4 โรคคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย จากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 12 แฟ้มย้อนหลังตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2553-30 กันยายน 2553 ของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่ามีเฉพาะข้อมูลปริมาณการส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์แต่ละครั้ง แต่ไม่มีข้อมูลขนาดการใช้ยา จึงประมาณการปริมาณการใช้ยาต่อวัน ด้วยขนาดยาสูงสุดที่สามารถใช้ได้ต่อวันจากแนวทางการรักษาโรค คือ JNCVII, 2004; ACE Guideline, 2007; GINA guideline, 2010; แนวปฏิบัติบริการกระทรวงสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 และ British National Formulary, 2010 ส่วนยาที่เป็นสูตรเฉพาะของบริษัทใช้ข้อมูลจาก MIMS, 2010 โดยเลือกวิเคราะห์เฉพาะรูปแบบยาที่สามารถคำนวณขนาดการใช้สูงสุดต่อวันได้ชัดเจน คือ ยารับประทาน ยาพ่น ทั้งนี้ไม่รวมยาใช้ภายนอกและยาฉีด insulin ซึ่งขนาดยาขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ไม่สามารถกำหนดปริมาณขนาดยาสูงสุดได้ ผลการวิเคราะห์พบว่ามูลค่ายาเหลือใช้เมื่อคิดจากราคาขายเป็นเงิน 105,529 บาท (ประมาณการต่อปี 633,174 บาท) จากจำนวนผู้ป่วย 2,199 คน โดยรูปแบบยาเหลือใช้ที่มีมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรกคือ Berodual[®] inhaler จำนวน 53.4 อัน มูลค่า 17,022 บาท, GPO vir S 30[®] จำนวน 378 เม็ด มูลค่า 7,749 บาท และ Spiriva[®] จำนวน 68 แคปซูล มูลค่า 4,556 บาท โดยผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพมีมูลค่ายาเหลือใช้ 52.2 บาท/ราย ซึ่งต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช่สิทธิ (219.7 บาท/ราย) มูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็น 291 บาท/ราย, อายุ 30-60 ปี คิดเป็น 141 บาท/ราย และอายุ 12-30 ปี คิดเป็น 96 บาท/ราย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลประมาณการที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากในสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยอาจไม่ได้ใช้ยาในขนาดสูงสุดที่สามารถใช้ได้ต่อวัน และเป็นข้อมูลของยาเพียงบางรูปแบบในผู้ป่วยอายุ 12 ปีขึ้นไปเพียง 4 โรค จึงควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลจากขนาดการสั่งจ่ายยาจริง ในยาทุกรูปแบบและผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคจะทำให้ได้ข้อมูลยาเหลือใช้และมูลค่าที่สูญเสียที่สะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้ป่วยนำยามาคืนที่โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรังในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ทั้งสิ้น 406 ราย โดยมีผู้รับราชการ (8.37%) สิทธิบัตรที่ใช้เป็นบัตรทอง 44.09%, เบิกได้ข้าราชการ 20.44%, โครงการ

จ่ายตรง 17.49% และอื่นๆ พบว่ามูลค่ายาคืนทั้งหมด เป็น 452,855.07 บาท เป็นยาที่ยังไม่หมดอายุและเสื่อมสภาพ 443,464.12 บาท (97.93%) เป็นยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพแล้ว 9,390.95 บาท (2.07%) กลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) central nervous system 162,891.73 บาท (35.97%) (2) cardiovascular system 14,645.6 บาท (3.21%) และ (3) nutrition 31,661.29 บาท (6.99%) มูลค่ามากกว่าครึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 249,609.22 บาท (55.12%) รองลงมาได้แก่ ยาในบัญชียาหลัก (ง) 62,026.36 บาท (13.7%), ยาในบัญชียาหลัก (ก) 61,552.6 บาท (13.59%), ยาในบัญชียาหลัก (ค) 36,884.53 บาท (8.14%), ยาในบัญชียาหลัก (ข) 27,279.11 บาท (6.02%), ยาในบัญชียาหลัก (จ2) 9,720 บาท (2.15%) และยาในบัญชียาหลัก (จ1) 5,783.25 บาท (1.28%) สาเหตุของการนำยามาคืนโรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ยาเหลือสะสมมาก 44.11% (2) ผู้ป่วยต้องเข้านอนโรงพยาบาล 29.21% และ (3) ผู้ป่วยลืมใช้ยา 5.49% โดยแหล่งที่มาของยามาจากโรงพยาบาลศูนย์ 61.17%, โรงพยาบาลทั่วไป 27.83% และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3.6%

จากข้อมูลยาเหลือใช้ทั้ง 2 แหล่งสรุปได้ว่า ในระยะเวลาเก็บข้อมูลเพียง 1-2 เดือน ในโรงพยาบาลเพียง 3 แห่ง พบว่ามียาเหลือใช้คิดเป็นมูลค่าจำนวนมาก จึงสมควรมีมาตรการในการดูแลการใช้ยาให้คุ้มค่าและลดการสูญเสียยาโดยไม่จำเป็น

ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์, ภก.

รพ.ตราด

big.bcc@hotmail.com

วัชรารภรณ์ กุลวงศ์, ภญ.

รพร.บ้านดุง จ.อุดรธานี

tikky_peanut@hotmail.com

จตุพร ทองอิม, ภญ.*

ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน

opharm2000@hotmail.com

จากปัญหาที่พบว่ามียาเหลือใช้จำนวนมากในแต่ละครัวเรือนเมื่อมีการสำรวจยาเหลือใช้ โดยที่ผู้ป่วยนำยามาคืนที่สถานพยาบาล หรือเมื่อเภสัชกรลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่วนหนึ่งของปัญหาที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง ทั้งที่เภสัชกรจากสถานพยาบาลได้มีการส่งมอบและแนะนำไปครั้งหนึ่งแล้วก็ตาม แต่อาจด้วยความจำกัดของเวลา ทำให้ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจและใช้ผิดวิธี ส่วนหนึ่งเป็นยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษในการบริหารยา การลงเยี่ยมบ้านของเภสัชกรจะทำให้เห็นสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวัน จะช่วยให้เภสัชกรปรับวิธีการแนะนำการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและร่วมมือมากขึ้น

โรงพยาบาลตราดเป็นตัวอย่างของการที่มีเภสัชกรหนึ่งคนทำงานประจำในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยทำงานเต็มเวลาร่วมกับสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่อนามัยในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงนั้น มีเภสัชกรลงทำงานปฐมภูมิด้วยกัน 6 คนโดยหมุนเวียนกันออกสัปดาห์ละครั้ง รูปแบบการทำงานอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาล พื้นที่ อัตรากำลังและขนาดของปัญหา แต่กิจกรรมหลักคืองานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการจ่ายยา งานจัดการระบบดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน (เยี่ยมบ้าน) งานเฝ้าระวังและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การอบรมเรื่องยาให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครหมู่บ้าน และผู้สูงอายุ

ขอเชิญติดตามการทำงานของเภสัชกรจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งที่จะมาเล่าประสบการณ์การทำงาน ที่ต้องอาศัยทักษะในการทำงานที่นอกเหนือไปจากงานวิชาชีพ เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ช่างสังเกต ฯลฯ เพื่อให้งานเป็นไปอย่างราบรื่นและสามารถบรรลุเป้าหมายได้ ประสบการณ์จากการเยี่ยมบ้านพบว่าหากสามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้

ถูกต้องแล้วการรักษาจะมีประสิทธิภาพ ลดการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ หากนำปัญหาที่พบบ่อยกลับมาพูดคุยกับแพทย์ผู้ให้การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบยา เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น



Patient Safety

16 มีนาคม	09.00-10.00 น.		
2554	10.30-12.00 น.	A2Z	Antibiotic Smart Use ความท้าทายแห่งยุคสมัย
	13.00-14.30 น.	A3Z	Trigger Tool Update & Preventable AE
	15.00-16.30 น.	A4Z	การพัฒนาจิตวิญญาณในงาน IC
17 มีนาคม	08.30-10.00 น.	B1Z	Patient Safety Innovation in King Chulalongkorn Memorial Hospital
2554	10.30-12.00 น.	B2Z	How to Integrate Value Stream & Risk Management?
	13.00-14.30 น.	B3Z	Tacit in Sepsis, Integrate the Silo
	15.00-16.30 น.	B4Z	Safety in Anesthesia
18 มีนาคม	08.30-10.00 น.	C1Z	Actionable Knowledge in Patient Safety
2554	10.30-12.00 น.	C2Z	Safety in Critical Care
	13.00-14.30 น.		

กำธร มาลาธรรม, ผศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

kmalathum@hotmail.com

พิสนธิ์ จงตระกูล, ผศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

mdcu2002@yahoo.com

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, นพ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

anuwat@ha.or.th

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ภญ.ดร.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

nithimaj@hotmail.com

ผุสดี บัวทอง*, ภญ.

pussadee@ha.or.th

สถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยา และอันตรายของยาปฏิชีวนะ

กำธร มาลาธรรม, ผศ.นพ.

(คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี)

เป็นที่ยอมรับกันว่าเชื้อก่อโรคมิแวนโนมที่เชื้อดื้อยาที่เราใช้มากขึ้นเรื่อยๆ เชื้อก่อโรคที่สำคัญ ได้แก่ เชื้อมาเลเรีย วัณโรค ไวรัสเอดส์ และแบคทีเรียทั่วไป ปัญหาการดื้อยาของมาเลเรีย วัณโรค และไวรัสเอดส์ มีลักษณะคล้ายกัน กล่าวคือ เกี่ยวข้องกับการได้ยาไม่ครบขนาดหรือปริมาณที่ควรได้ในผู้ป่วยแต่ละคน ส่วนการดื้อยาของแบคทีเรียมีที่มาจากลักษณะดังกล่าวเช่นกันแต่มีความซับซ้อนกว่า คือส่วนใหญ่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมทั้งในคนและในสัตว์ เช่น ใช้เกินจำเป็น ใช้ไม่ถูกขนาด และยังมีการแพร่กระจายของเชื้อสู่ผู้อื่นได้ง่ายจากการสัมผัสทั้งทางตรงและทางอ้อม

การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2552 เชื้อ *Escherichia coli* ที่แยกได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยภาพรวมมีอัตราความไวต่อยา ceftriaxone น้อยลงจากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 67 ซึ่งการดื้อยานี้น่าจะมาจากกลไกสำคัญคือการสร้าง extended-spectrum β -lactamase

โดยที่เดิมเชื้อเหล่านี้พบในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่มีการวิจัยพบว่าคนที่สุขภาพดีในบางชุมชนก็มีเชื้อประเภทนี้ในสัดส่วนที่สูงมาก เชื่อว่าน่าจะมี ความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในสัตว์ และการใช้ยากลุ่ม 3rd generation cephalosporins ในคนอย่างกว้างขวาง การพบ

เชื้อชนิดนี้มากเป็นแรงผลักดันให้แพทย์ใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างยิ่งขึ้น คือยาในกลุ่ม carbapenems จึงพบว่าขณะนี้ในโรงพยาบาลต่างๆ มีเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อต่อยากลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก

การเฝ้าระวังของศูนย์ฯ พบว่ายากลุ่มนี้สามารถต้านเชื้อ *A. baumannii* ได้ดีมากในระยะ 10 ปีเศษก่อนหน้านี้ แต่ในขณะนี้เชื้อไวต่อยากลุ่มนี้เพียงร้อยละ 5-41 เท่านั้น ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่อัตราการดื้อยาจะยิ่งมีมาก เชื้อนี้เป็นเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะไม่มียาที่ใช้ได้ผลจริงๆ สำหรับรักษาการติดเชื้อชนิดนี้

แม้เชื้อดื้อยาลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะพบในโรงพยาบาล แต่มีความเป็นไปได้ที่เชื้อจะแพร่ออกสู่ชุมชน และเป็นไปได้ที่ในอนาคตันใกล้ เชื้อ *E. coli* ในชุมชนอาจเกิดการดื้อยากลุ่ม carbapenems ดังที่เกิดขึ้นแล้วในเอเชียใต้ ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเท่านั้นแต่ยังอาจมีผลไปถึงเศรษฐกิจด้วย เนื่องจากรายได้ของประเทศส่วนหนึ่งมาจากนักท่องเที่ยว รวมทั้งกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของประเทศไทยด้วย ทุกภาคส่วนจึงต้องตื่นตัวเข้ามาร่วมแก้ปัญหาให้ก่อนที่จะลุกลามจนไม่สามารถแก้ไขได้

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

พิสนธ์ จงตระกูล, ผศ.นพ.

(คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

โรคหวัด-เจ็บคอ ท้องร่วง-อาหารเป็นพิษ และแผลเลือดออกทั่วไป เป็นโรคที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน แต่เป็นเรื่องแปลกที่มีการใช้ยาไม่สมเหตุสมผลในโรคทั้งสามอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะบ่อยเกินความจำเป็น หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษาโรคมาตรฐานบ่งชี้อย่างชัดเจนว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของโรคข้างต้นไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากไม่ช่วยให้หายเร็วขึ้นและไม่ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อน

บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ในการแยกโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียออกจากการติดเชื้อไวรัส ยังขาดความตระหนักในปัญหาเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ และยังมีความเข้าใจผิดในหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคข้างต้น เช่น เข้าใจผิดว่าการมีไข้สูง หรือคอแดงมาก หรือน้ำมูกหรือเสมหะมีสีเขียวเหลือง หรือไอมากเป็นเวลานาน (2-3 สัปดาห์) หรือผู้ป่วยเคยใช้ยาปฏิชีวนะมาก่อน ต่างเป็นข้อบ่งชี้ให้สั่งยาปฏิชีวนะกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดที่ต่างได้รับการแก้ไขในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมในโครงการ Antibiotics Smart Use

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามข้อบ่งชี้ ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพจริง มีความเสี่ยงต่ำ และไม่เสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น สถานพยาบาล

ทุกแห่งจึงควรให้ความสนใจกับคุณภาพการรักษาพยาบาลใน 3 โรคพื้นฐาน เพื่อขยายมาตรฐานการรักษาโรคอย่างสมเหตุสมผลไปยังกลุ่มโรคต่างๆ อย่างครบถ้วนต่อไป

Antibiotics Smart Use ... ทุกคน คือ ฮีโร่

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ภาณุ.ดร. (ค่านักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

ดิฉันดูหนังเรื่อง Band of Brothers ซึ่งเล่าชีวิตของทหารอเมริกันที่ไปสู้รบในสงครามโลกครั้งที่ 2 และเกิดความประทับใจในบทบาทของทุกตัวละคร ที่จริง ๆ แล้วทหารที่ไปรบทั้งหมดนั้นคือพลเรือนธรรมดาที่อาสาเข้ามาทำหน้าที่ในสมรภูมิ หนังเรื่องนี้สะท้อนภาพของวีรบุรุษว่า วีรบุรุษหรือฮีโร่ก็คือคนธรรมดาที่เมื่อสถานการณ์จำเป็นก็สามารถทำบางสิ่งที่เหนือธรรมดาได้ (A hero is an ordinary man who does an extraordinary thing) ในตอนท้ายของหนัง มีการสัมภาษณ์ทหารคนหนึ่งซึ่งเข้าร่วมรบในสงครามครั้งนั้น ที่ตอนนี้อายุกว่า 80 ปีแล้ว หลานของเขาถามเขาว่าปู่เป็นฮีโร่ใช่ไหม เขาตอบหลานไปว่า “ปู่ไม่ได้เป็นฮีโร่ แต่ปู่ทำงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับพวกฮีโร่เหล่านั้น”

ดิฉันมองการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิเคราะห์ และพื้นที่เจ้าของโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) ว่าไม่ต่างอะไรจากฮีโร่ในหนังเรื่องนั้น เพราะเขาคือผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในสังคมไทย เขาสามารถทำให้ชาวบ้านมีสุขภาพที่ดีขึ้นเพียงแค่เขาเปลี่ยนตัวเองให้จ่ายยาปฏิชีวนะให้น้อยลง เขาสามารถแก้ความเข้าใจผิดของชาวบ้านเพียงแค่ทำตัวเป็นตัวอย่างและสอนชาวบ้านไม่ให้เรียกยาปฏิชีวนะว่ายากแก็กอีกเสบ เขาสามารถขยายงานเป็นเครือข่ายเพียงแค่นี้ไปคุยกับเพื่อนร่วมอุดมการณ์ในชุมชน ดิฉันจึงรู้สึกดีใจที่ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับฮีโร่เหล่านี้

แต่กว่าที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้ ชาว ASU ก็ถูกทดสอบครั้งแล้วครั้งเล่า เพราะแนวคิดการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะเป็นการสวนกระแสสังคมโดยสิ้นเชิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคหวัด-เจ็บคอ ท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก ที่มักมีการใช้ยาปฏิชีวนะมากและบ่อยเกินจำเป็น การจะบอกให้คนในสังคมเลิกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อจึงต้องใช้องค์ความรู้หลากหลาย เช่น สาขาการแพทย์ สาขาพฤติกรรมสุขภาพ สาขาการสื่อสาร ข้อมูลเฉพาะของแต่ละพื้นที่ และหลักของการทำงานแบบ mutual recognition มาสร้างเป็นกระบวนการการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การประเมินผลโครงการมีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ยืนยันคุณค่าของโครงการที่มีต่อสังคม อันจะนำไปสู่การสนับสนุนเชิงนโยบายที่ช่วยขยายการทำงานที่มีคุณค่านี้ให้กว้างขวางต่อไป

ดังนั้น คงไม่เกินเลยจนเกินไปที่จะกล่าวว่า ความสำเร็จ องค์ความรู้ และกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยภาคีเครือข่ายและพื้นที่เจ้าของโครงการ ASU นี้ เป็นสิ่งที่ฉันมองว่ามันเป็น extraordinary thing ชิ้นหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขของไทย

A3Z

Trigger Tool Update & Preventable AE

16 มีนาคม 2554 เวลา 13.00-14.30 น. ห้อง Phoenix 4-6

วิสุทธิ์ อนันต์สกุลวัฒน์, นพ.

รพ.เจริญกรุงประชารักษ์

wisude@yahoo.com

นพ.สรรรวัช อิศวเรืองชัย, ดร.นพ.

รพ.จุฬาลงกรณ์

santawat@hotmail.com

อนุชา อภิสารณรักษ์, รศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

anapisarn@yahoo.com

สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, ศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

sisdc@mahidol.ac.th

ถึงแม้ว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาไปมากในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับการมีการรณรงค์ระดับประเทศเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (patient safety campaign) บุคลากรการแพทย์ก็ยังปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ดีในระดับหนึ่งเท่านั้น ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคืออัตราการล้างมือของบุคลากรการแพทย์ในประเทศไทยในหลากหลายโรงพยาบาลที่ยังต่ำอยู่แม้ว่าจะมีการรณรงค์ให้ล้างมือมากเท่าใดก็ตาม

ในการบรรยายนี้ผู้บรรยายจะทำการวิเคราะห์ปัญหาเหล่านี้ รวมถึงยกตัวอย่างการพัฒนาจิตวิญญาณในงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลให้เป็นรูปธรรม จากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในหลายประเทศเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ฟังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ผู้บรรยายเชื่อว่าสิ่งที่ขาดไปในงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลคือ การพัฒนาจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อที่จะให้ประจักษ์ด้วยตัวเองถึงความสำคัญในการรักษาและป้องกันผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งจะนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวรและยั่งยืน

สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ, ศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
wacharasindhu@yahoo.com

อุษา ราชปรีชา

รพ.จุฬาลงกรณ์
usa_2493@hotmail.com

สมรัตน์ จารุลักษณะานนท์, ศ.นพ.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
somratcu@hotmail.com

สรรรถวิช์ อัสวเรืองชัย, ดร.นพ.*

รพ.จุฬาลงกรณ์
santawat@hotmail.com**Patient Safety in King Chulalongkorn Memorial Hospital : Hospital's Policy**

สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ, ศ.นพ.

(คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ เป็นสถาบันทางการแพทย์ที่มีระบบการทำงานสองระบบอยู่ในองค์กรเดียวกันคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานบริการทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการเรียนการสอน ด้วยบริบทขององค์กรที่ซับซ้อนประกอบกับโรคของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นโรคที่ยากและต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ในหลายสาขาวิชาในการอภิบาลดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยนับเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อให้เกิด care excellence ผู้บริหารของโรงพยาบาลมีนโยบายและกระบวนการกำกับเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยในลักษณะของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และสนับสนุนให้หน่วยงานมีผู้ประสานงานด้านความเสี่ยงและ/หรือคณะกรรมการดูแลด้านความเสี่ยงภายในทุกหน่วยงานเพื่อดูแลปัญหา ประสานงานด้านความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบ

มีการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย การค้นหา ประเมิน จัดการและประเมินผลมาปฏิบัติ มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติตามระเบียบเรื่องกระบวนการจัดการและรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง มีการวิเคราะห์รากเหง้าของสาเหตุ

(root cause analysis) ในเรื่องที่สำคัญ โรงพยาบาลมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) เป็นประจำทุกปี เพื่อนำมาใช้ในการกำหนด patient safety goals ของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการใช้ SIMPLE เป็นแนวทาง งานบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย ได้ให้การสนับสนุนการใช้นวัตกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยพัฒนาระบบเทคโนโลยี มาใช้ในการรายงาน

Patient Safety ในฝ่ายการพยาบาล

อุษา ราชปรีชา

(รพ.จุฬาลงกรณ์)

ในระดับนโยบาย ฝ่ายการพยาบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของ ผู้ป่วย มีการกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาสอดคล้องกับโรงพยาบาลที่ใช้นโยบาย 4S (safety, standard, self care, satisfaction) เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิด care excellence มีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติโดยใช้ patient safety goal ในระดับโรงพยาบาล บุคลากรฝ่ายการพยาบาลเป็นกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล มีส่วนร่วมในการ กำหนดแผนปฏิบัติการของคณะกรรมการ ในระดับฝ่ายมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ของฝ่ายการพยาบาลทำหน้าที่จัดทำและเสนอแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ระดับหน่วยงานมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความปลอดภัย ทางคลินิกและการพยาบาลครอบคลุม patient safety goal และแนวคิด SIMPLE ที่สอดคล้อง กับบริบทของหน่วยงาน

หน่วยงาน มีระบบติดตามข้อมูลบริหารจัดการความเสี่ยงในประเด็นสำคัญ COMSFACE มีการรายงานบริหารจัดการทุกเดือน ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของ ปัญหาได้ทันท่วงที เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลนำไปวิเคราะห์ปรับปรุงระบบในระดับนโยบาย หน่วยงานมีการจัดทำ risk profile โดยทบทวน จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา นำข้อมูลที่ได้จากรายงานบริหารจัดการความเสี่ยงและการ ติดตามตัวชี้วัดตาม risk profile มาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขตามความเร่งด่วนและ สาเหตุของปัญหา นำไปสู่การโครงการพัฒนาคุณภาพตามบริบทของหน่วยงานดังจะเห็น ได้จากการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน performance improvement (PI) ของฝ่ายการ พยาบาล ทุกปี ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริการ

ในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลจะดำเนินการแก้ไข ในลักษณะประสานคณะกรรมการระบบเพื่อขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันหามาตรการ

ในการแก้ไข ทั้งในรูปแบบตั้งเป็นกรรมการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องเช่น คณะกรรมการระบบยา คณะกรรมการแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการส่งสิ่งส่งตรวจ คณะกรรมการแก้ปัญหาการให้เลือด (แนวทางการให้เลือด) หรือการแก้ปัญหาพร้อมกับ PCT โดยใช้เทคนิคการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เช่น การทำ dialogue การนำแนวคิด Lean มาใช้ ฯลฯ

ฝ่ายการพยาบาลติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานได้จากการรายงานเหตุการณ์พิเศษ (IR) แบบรายงานบริหารจัดการรายเดือน แบบติดตามแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ทุก 6 เดือน risk profile ทุก 1 ปี และแบบประเมินตนเองของหน่วยงานทุก 1 ปี

ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาระดับความรู้สึกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมรัตน์ จารุกุลเกษานันท์, ศ.นพ. (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

นับตั้งแต่โรงพยาบาลในประเทศไทยเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลในประเทศไทยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยเพิ่มขึ้น แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพเหล่านี้แม้จะเริ่มเกิดขึ้นในต่างประเทศ แต่มีพัฒนาการให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คุญูปการเหล่านี้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดเล็กจนถึงระดับตติยภูมิ การพัฒนาคุณภาพในกระบวนการเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าเป็นภูมิปัญญาไทย หรือการพัฒนาอย่างพอเพียง นอกจากการทำตามตัวอย่างที่ดีจากต่างประเทศยังมีการเรียนรู้กันเอง (knowledge management) และงานวิจัยจากการทำงานประจำ (routine to research) โรงพยาบาลตติยภูมิ หรือโรงเรียนแพทย์เป็นสถานพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการที่ซับซ้อน การศึกษาในต่างประเทศยืนยันว่าโรงเรียนแพทย์เป็นสถาบันที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเริ่มจากพื้นฐานของการประเมินตนเองซึ่งมาจากฐานข้อมูล แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์อื่นๆ และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี และการผ่าตัดในประเทศไทย อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 30:10000 และ 28:10000 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ทำการศึกษาแบบทะเบียนโรคของผู้ป่วยที่ได้รับยาระดับความรู้สึก 50,409 ราย พบภาวะหัวใจหยุดเต้นใน 24 ชั่วโมง 108 ราย และเสียชีวิต 80 ราย อัตราการเกิด

ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัด และหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 10:10000 และ 21:10000 ตามลำดับ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะ ASA physical status ภาวะฉุกเฉิน และการผ่าตัดสมองและประสาท อัตราการเสียชีวิตโดยตรงจากการรับความรู้สึกเท่ากับ 0.2:10000 แม้จะได้ผลการศึกษาเป็นที่น่าพอใจ แต่ทำให้องค์กรได้เรียนรู้โอกาสสำหรับการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

17 มีนาคม 2554 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

ประกายแก้ว กำคำ

รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์

pgacum@yahoo.com

อาภรณ์ ชัยรัตน์

คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่

achairat@mail.med.cmu.ac.th

จรัล กังสนารักษ์, รศ.นพ.*

คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่

jarank@mail.cmu.ac.th

Value stream หรือสายธารแห่งคุณค่า เป็นการบริหารจัดการอย่างหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับ Lean & seamless management ในปัจจุบันได้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการผลิตในองค์กรอุตสาหกรรมแทบทุกขนาด เพื่อเพิ่มผลผลิตและลดการสูญเสียที่ไม่จำเป็น

ในทางการแพทย์ ได้มีการนำ Lean & seamless management มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการดูแลรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนปัจจุบันมีความหลากหลายในการใช้อย่างกว้างขวาง ทั้งที่ก่อให้เกิดการลดระยะเวลา การลดขั้นตอนบริการและการดำเนินการ จนถึง การลดค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ดี หากได้นำแนวคิด value stream ดังกล่าวมาบูรณาการกับการบริหารความเสี่ยง จะทำให้สามารถประเมิน หรือเกิดการมองภาพรวมของปัญหา/จุดอ่อนของระบบบริหารความเสี่ยงที่วางไว้ หรือการมองภาพรวมของปัญหา/จุดอ่อนของกระบวนการดูแลรักษาของโรคที่เป็น proxy diseases ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้ผู้รับผิดชอบหลัก (key man) มองเห็น point of interest ที่จะนำไปพัฒนาให้ได้ตรงปัญหามากยิ่งขึ้น และน่าจะส่งผลลัพธ์ให้ความเสี่ยงโดยรวมดีขึ้นด้วย

ทีมผู้อภิปรายจะได้นำประสบการณ์จากการเยี่ยมชมสำรวจ และจากการปฏิบัติมาแล้วและร้อยเรียง พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ หรือแลกเปลี่ยนกับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตามบริบทของโรงพยาบาล

ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พิพร, ศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล sidlh@mahidol.ac.th
สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์, ศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล sisko@mahidol.ac.th
ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล sicpk@mahidol.ac.th
ชายวุฒิ สววิบูลย์, นพ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล huuyin@hotmail.com
ยุวดี เกตสัมพันธ์, ดร.*	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล srks@mahidol.ac.th

Tacit in Sepsis, Integrate the Silo ประสบการณ์ศิริราช

ที่มา

กลุ่มผู้ป่วย septic shock เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการตายสูง อาจสูงถึงร้อยละ 60-70 มีหลักฐานว่าวิธีการรักษาที่อาจจะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การปรับภาวะพลศาสตร์การไหลเวียนโลหิตให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้ออย่างรวดเร็ว และการให้การรักษาประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น การช่วยหายใจ การบำบัดทดแทนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

ในปี 2546 หน่วยเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เสนอแนวทางการรักษาภาวะ septic shock (septic shock management guideline) ให้การ resuscitation ผู้ป่วยด้วยการให้สารน้ำและยา vasopressors แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อให้ได้ adequate tissue perfusion ภายใน 6 ชั่วโมง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย septic shock ของหน่วยเวชบำบัดวิกฤตระหว่างปี พ.ศ. 2547-2548 จำนวน 104 ราย พบอัตราการตายร้อยละ 52-59 โดยอัตราการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับปริมาณสารน้ำที่ได้รับในชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมากกว่า 800 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงแรก จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 42 ในขณะที่

กลุ่มที่ได้รับสารน้ำในชั่วโมงแรกน้อยกว่า 800 มิลลิลิตร มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 76 และผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ septic shock guideline มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 48.5 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ guideline มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 75 ทั้งนี้กลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม septic shock guideline ได้รับสารน้ำในช่วง 1-2 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ guideline ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย septic shock

ในปี 2551 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้เข้ามาเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในการตรวจเยี่ยมภาควิชาอื่น ไม่พบการใช้แนวทางการรักษาภาวะ septic shock ทำให้คณะ เห็นโอกาสพัฒนา จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย severe sepsis ประกอบด้วย ตัวแทนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชา ฝ่าย งาน ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis และนำสู่การปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้และต่อยอดจากแนวทางการรักษาภาวะ septic shock (septic shock management guideline) ที่หน่วยเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ดำเนินการอยู่ รวมทั้งขยายความครอบคลุมของแนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock การคัดกรองและวินิจฉัย การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมกับเชื้อก่อโรค การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และประเทศ ทั้งนี้ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2553 พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลศิริราชสูงถึงร้อยละ 56.29

เป้าหมาย

- พัฒนาต่อยอดแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา (Clinical Practice Guideline: CPG) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock ให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม มีประสิทธิภาพ อย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ
- สื่อสารแนวทางปฏิบัติดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติจริงทั่วทั้งโรงพยาบาล และมีการประเมินผลเพื่อพัฒนาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
- จัดเก็บเป็นองค์ความรู้ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สรุปกิจกรรมการพัฒนาและผลงานโดยย่อ

- แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย severe sepsis โดยคณบดีฯ ประกอบด้วย ตัวแทนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากภาควิชาอายุรศาสตร์ วิชาญญิทยา ศัลยศาสตร์ จุลชีววิทยา งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเภสัชกรรม งานพัฒนาคุณภาพ งานบริหารทรัพยากรสุขภาพ สำนักงานโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ โดยมีรองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพเป็นประธานคณะกรรมการฯ และงานพัฒนาคุณภาพเป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินการ
- จัดประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดเป้าหมาย ขอบเขต วิธีการ และแผนการดำเนินงาน รวมทั้งติดตามประเมินผลทุกเดือน
- กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อัตราการใช้แนวทางปฏิบัติ (CPG), อัตราผู้ป่วย (ที่ห้องฉุกเฉิน) ได้รับความปลอดภัยภายใน 4 ชม. โดยเทียบกับข้อมูล UHOSNET, อัตราการเสียชีวิต, ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล (median) และค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อราย
- กำหนดใช้ Clinical Tracer เป็นกรอบในการดำเนินการภายใต้หัวข้อ “การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล”
- ทบทวนและพัฒนาแนวทางการรักษาภาวะ septic shock (septic shock management guideline) ที่หน่วยเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ได้ดำเนินการอยู่ เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลอย่างเป็นมาตรฐานสากล และสอดคล้องบูรณาการกับบริบทของหน่วยงานและคณะฯ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริง
- มอบหมายงานโดยแต่งตั้งคณะทำงานอย่างเป็นสหสาขา ในการค้นหา รวบรวมความรู้และประสบการณ์ และจัดทำร่างแนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการและเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและคณะฯ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ Siriraj Knowledge Management Strategy (Link - Share - Learn) และวัฒนธรรมองค์กร “SIRIRAJ” เป็นพื้นฐาน มุ่งเน้นการพัฒนาคนทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ฝึกอบรม

- ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการฯ และประชุมสรุปเพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของคณะฯ ทำให้สามารถจัดทำแนวทางปฏิบัติต่างๆ ได้ดังนี้
 - แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock
 - แนวทางการวินิจฉัยและคัดกรองผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock
 - แนวทางการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) และแนวทางการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ
 - แนวทางการให้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock
 - แนวทางการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการผ่าตัดเพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock
- นำแนวทางปฏิบัติดังกล่าว (CPG) ลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล ดังนี้
 - กำหนดกลุ่มเป้าหมายในระยะแรก โดยคำนึงถึงโอกาสที่จะมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งพื้นที่ปฏิบัติงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock ได้แก่ หน่วยตรวจโรคฉุกเฉิน หอผู้ป่วยและหออภิบาลอายุรศาสตร์ หอผู้ป่วยและหออภิบาลศัลยศาสตร์ และวิสัญญีวิทยา
 - จัดการอบรมให้แก่อาจารย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล เภสัชกร ในกลุ่มเป้าหมาย และนักศึกษาแพทย์ปี 6 เพื่อสื่อสารวัตถุประสงค์ การใช้แนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้น รวมทั้งให้ความรู้ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว
 - จัดทำหนังสือรวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์ นโยบาย/ระเบียบปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ จัดเก็บเป็นองค์ความรู้ของคณะฯ และสามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการขอตำแหน่งวิชาการของผู้มีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าแก่ทุกฝ่าย รวมทั้งจัดทำเอกสารคุณภาพวิธีปฏิบัติเรื่อง “แนวทางการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) และแนวทางการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ” และขึ้นทะเบียนในระบบเอกสารคุณภาพของคณะฯ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้อ้างอิงได้

- พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและตัวชี้วัด การวิเคราะห์ และรายงานผล รวมทั้งผู้รับผิดชอบ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และเป็นฐานข้อมูลในการทำวิจัยต่อไป

การเรียนรู้ที่ได้รับ : ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการ ดังนี้

- มีการกำหนดนโยบายของคณะที่ชัดเจน และได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ/ผู้บริหาร ทั้งระดับคณะ โรงพยาบาล ภาควิชา ฝ่าย งาน และหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
- มีผู้รับผิดชอบ และมีการกำหนดเป้าหมายร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่ชัดเจน สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร
- สร้างความมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีระบบสนับสนุนที่ครบถ้วน โดยคำนึงถึงคุณค่าของงานต่อผู้ป่วย คณะฯ ทีมงาน และตนเอง (เชิดชูเกียรติทุกฝ่าย) ทำให้สามารถบูรณาการองค์ความรู้และประสบการณ์เป็นหนึ่งเดียวของคณะฯ ได้
- มีการเรียนรู้ในกระบวนการ/แนวทางเดิม โดยพัฒนาต่อยอดให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และบริบทของหน่วยงานและคณะฯ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง
- ใช้กระบวนการจัดการความรู้ (ระบุ รวบรวม จัดเก็บ เผยแพร่ แลกเปลี่ยน ใช้ และสร้างองค์ความรู้ใหม่) Siriraj KM Strategy (Link - Share - Learn) และ SIRIRAJ Culture (Seniority = เป็นทีม เรียนรู้ร่วมกัน Integrity = ใช้ข้อมูลจริงในการปฏิบัติงาน Respect = ให้ความสำคัญ สร้างคุณค่า แก่ผู้ใช้บริการ สังคม และบุคลากร Innovation = คิดสร้างสรรค์ พัฒนาต่อเนื่อง Responsibility = ให้ออกกำลังกาย เห็นคุณค่าของคนทุกระดับ Altruism = คำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่น และส่วนรวมเป็นที่ตั้ง Journey to excellence and sustainability = มุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ และยั่งยืน มีวิสัยทัศน์ เป็นระบบ) เป็นพื้นฐานในการดำเนินการ

ธวัช ชาญชฎานนท์, รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ cthavat@medicine.psu.ac.th
สุนีย์ ศรีสว่าง, พญ.	รพ.ประสาท เชียงใหม่ sunnycmh@gmail.com
ศิริพร แจ่มใส, พญ.	รพ.รามคำแหง siripo_rn@hotmail.com
นงเยาว์ ธิติไพศาล	สถาบันบำราศนราดูร nongyowth@gmail.com
ศรัณษา ประสิทธิ์ศิริกุล, พญ.	สถาบันบำราศนราดูร sprasithsirikul@yahoo.com

สร้างความปลอดภัยแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิด 3 ท่วง

ธวัช ชาญชฎานนท์, รศ.นพ. (คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์)

เนื้อหาประกอบด้วย การทบทวนอุบัติการณ์ทางด้านวิสัญญีที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2553 การวิเคราะห์สาเหตุ การเชื่อมโยงสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความปลอดภัยแบบบูรณาการ โดยใช้แนวคิด 3 ท่วงอันประกอบด้วย การออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน (service) การตามรอยการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ clinical tracer และการพิจารณาระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอตัวอย่างการบูรณาการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการทางด้านวิสัญญี การประกันคุณภาพทางด้านวิสัญญีวิทยา ที่ใช้มุมมองของการประกันคุณภาพด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

การประกันคุณภาพด้านโครงสร้าง (structure) เช่น การจัดโครงสร้าง personnel และ facilities ที่ใช้สำหรับงานบริการผู้ป่วย มีระบบกำกับรักษาส่วนเกินในห้องผ่าตัด ระบบการจ่ายก๊าซทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานที่มี safety features เป็นต้น

การประกันคุณภาพด้านกระบวนการ (process) เช่น การกำหนดลำดับขั้นตอนที่สำคัญ และกิจกรรมด้านการประสานงานในทีมดูแลผู้ป่วยทั้งทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน การตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่มารับการระับความรู้สึกที่มีใช้ผู้ป่วย

ฉุกเฉินทุกรายก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก (ร่วมกับผู้ป่วย/ญาติ) การบันทึกข้อมูลและติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัดทั้งระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอุปกรณ์ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ข้อตกลงในวิธีต่างๆ ที่เลือกใช้ ข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ให้ยา invasive monitoring การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น difficult intubation, respiratory failure หรือ cardiac arrest รวมทั้งการดูแลเรื่องการระงับระบบปวดหลังผ่าตัด

การประกันคุณภาพด้านผลลัพธ์ (outcome) หมายถึงการเปลี่ยนแปลง health status หลังจากให้ medical care สิ่งที่มีผลโดยตรงคือ structure และ process ต้องมีการทบทวนเป็นประจำเพื่อทำให้ outcome ดีขึ้น

การออกแบบระบบที่สอดคล้องประสานไปกับการทบทวน

สุนีย์ ศรีสว่าง, ญญ. (รพ.ประสาธน์ เชียงใหม่)

โรงพยาบาลประสาธน์ เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคขนาด 107 เตียง มีบริบทของการผ่าตัดผู้ป่วยเฉพาะทางที่มีความซับซ้อน และมีภารกิจในการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้านระบบประสาทเชื่อมโยงกับระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในเขตภาคเหนือตอนบน (เขต 15 เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน)

การทำงานที่สอดคล้องประสานเป็นทีมเดียวกันของทีมผู้รักษา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการและคาดหวังให้โรงพยาบาลภาครัฐเชื่อมประสานบริการร่วมกัน เพื่อให้สามารถบริการประชาชนในภาวะเร่งด่วนได้อย่างไม่มีการสะดุดหรือล่าช้า การประสานงานที่ดีและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกันจะเป็นทางออกที่จำเป็นและท้าทาย เพื่อให้ผู้ป่วยที่วิกฤตทางด้านระบบประสาทได้เข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยเหล่านั้น ในช่วงวินาทีที่วิกฤตของชีวิตผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลหนึ่ง แล้วไปดูแลในระยะหลังผ่าตัดที่อีกโรงพยาบาลหนึ่งดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากและท้าทายต่อการบริหารจัดการร่วมกันในโรงพยาบาลภาครัฐที่รวมเอาจุดแข็งด้านทรัพยากรของแต่ละโรงพยาบาลมาเสริมและกลบจุดอ่อนซึ่งกันและกัน

อย่างไรก็ตามความสำเร็จในเรื่องกระบวนการและความร่วมมือดังกล่าวก็แฝงด้วยความเสี่ยงที่ไม่อาจคาดเดาได้เช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการจากเรานั้นความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจะถูกครอบงำจากผลของยาสลบและกระบวนการผ่าตัดรักษา ดังนั้นกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด

และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ปลอดภัย จึงเป็นสิ่งที่ต้องมีการออกแบบระบบการทำงาน ให้สอดคล้องไปกับการทบทวน และทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็น gap analysis ตามแนวคิด SIMPLE, การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการที่แปลกใหม่, การทบทวนปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกับงานประจำ และการเก็บข้อมูลที่สำคัญเพื่อนำมาวิเคราะห์ วิจัย ปรับปรุง กระบวนการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะยกระดับการพัฒนาให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีคืนกลับสู่ประชาชน

จุดที่เหมือนในความต่าง

ศรัณยา ประสิทธิศิริกุล, พญ. (สถาบันบำราศนราดูร)

Safe anesthesia ในบริบทของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องความขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือ หรือในบางโอกาสมีความต่างของทักษะและประสบการณ์ในความจำเพาะของกลุ่มผู้ป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าในยุคสมัยของการตื่นตัวในวัฒนธรรมของการพัฒนาคุณภาพนั้น การผลักดันให้เกิด safe anesthesia ท่ามกลางความจำกัดของทรัพยากร และข้อจำกัดของการให้บริการเฉพาะของสถานพยาบาลนั้น เริ่มต้นจากความมุ่งมั่นให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยตลอดจนความพยายามในการควบคุมมาตรฐานของตนเองควบคู่ไปกับการเรียนรู้ประสบการณ์คุณภาพใหม่ๆ อยู่เสมอ

มีเรื่องราวต่างๆ ขึ้นมากมายในโรงพยาบาลจากการทำงานประจำในฐานะวิสัญญีแพทย์คนเดียวในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ ท่ามกลางศัลยแพทย์ สูติแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ รวมถึงวิสัญญีพยาบาลที่ต้องการเข้ามาทำงานร่วมกันบนความเสี่ยงและความปลอดภัย ผ่านประสบการณ์ ภาวะคับขัน ภาวะเสี่ยง ภาวะต้องตัดสินใจ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดเตรียมคน เครื่องมือ และเตรียมระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการรองรับภาวะฉุกเฉิน

ดังนั้นการพัฒนาระบบงานและนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ความมั่งคั่งแห่งความร่วมมือในการช่วยชีวิตจึงเป็นหนึ่งในความงามที่หลากหลายของ "Safe anesthesia"

สถาบันบำราศนราดูรเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลขนาดประมาณ 300 เตียง มีการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยหลายสาขาโดยมีภารกิจหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการมีความหลากหลายตามสาขาของแพทย์เฉพาะทางที่มีในโรงพยาบาล โดยทั่วไปเป็นการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อนมากนัก การเป็นวิสัญญีแพทย์เพียงคน

เดียวในโรงพยาบาลทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน โดยต้องทำทั้งงานบริหาร งานบริการ และงานที่ได้รับมอบหมายอื่นทำให้ไม่สามารถดูแลในห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา วิทยาลัยพยาบาลจึงเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการวางระบบปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และการเพิ่มศักยภาพของทีมีวิสัญญีจึงมีความจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กันอยู่เสมอ

การทำงานร่วมกันของทีมีวิสัญญีได้ผ่านประสบการณ์วิกฤติสำคัญมากมายและผ่านภาวะที่ต้องตัดสินใจร่วมกัน ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการเพื่อจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ความเสี่ยงในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยากเป็นเรื่องสำคัญที่ทีมีวิสัญญีสถาบันบาราศย์ ต้องเผชิญ การเพิ่มเติมการประเมินและค้นหาความเสี่ยงภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากให้เป็นระบบมากขึ้นร่วมกับจัดทำแนวปฏิบัติในการเตรียมอุปกรณ์ในผู้ป่วยที่พบความเสี่ยง การจัดเตรียมกล่องอุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยากให้ง่ายต่อการหยิบใช้โดยเฉพาะในช่วงนอกเวลาที่ทีมีวิสัญญีอยู่น้อย ทำให้ทีมีวิสัญญีมีความพร้อมและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ปัญหาที่พบจากการทำงานในทุกขั้นตอนของกระบวนการทางวิสัญญีทำให้มีพัฒนาระบบงานหรือแนวปฏิบัติรวมทั้งการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้นโดยใช้ยุทธการเชิงรุกที่หน่วยฝากครรภ์ในผู้ป่วยสูติกรรม มีการจัดทำวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกรวมถึงการประเมินให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด จัดทำแนวปฏิบัติการจองเลือดโดยวิธี type & screen ในผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ การคิดนวัตกรรม “อบอุ่นแขนแทนความหวังใย” เพื่อป้องกันภาวะมือเย็นระหว่างผ่าตัด ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นโดยใช้ระบบ SSS เพื่อลดความเสี่ยงในการบันทึกและให้ยาระงับปวดผิดพลาด รวมทั้งมีแนวปฏิบัติในการดูแลอาการปวดในห้องพักฟื้นและเชื่อมโยงไปถึงการดูแลบรรเทาปวดหลังผ่าตัดร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยต่างๆ เป็นต้น ตัวอย่างของระบบงานและแนวปฏิบัติรวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ นี้เกิดขึ้นจากการทบทวนปัญหาและมองหาความเสี่ยงในงานประจำ และนำมาปฏิบัติจริงร่วมกับการประเมินผลเป็นระยะ

อย่างไรก็ตามปัญหาและการเรียนรู้ไม่มีที่สิ้นสุด ข้อจำกัดและความเสี่ยงที่พบเป็นบททดสอบที่ทำให้เกิดการพัฒนาโดยอาศัยความร่วมมือร่วมใจในทีมีวิสัญญีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อไปถึงจุดหมายเดียวกันคือ safe anesthesia

การบริหารความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

การค้นหาคำความเสี่ยงของการใส่ท่อช่วยหายใจยากโดยการประเมินทางเดินหายใจก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในหลายมิติ ร่วมกับการลดความเสี่ยงโดยใช้แนวปฏิบัติการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยที่มี Mallampati Score 3, 4 จะถือว่ามีความเสี่ยง การปรับปรุงที่เกิดขึ้นคือ 1) เพิ่มข้อมูลลงในใบเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) ฝึกหัดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินที่ถูกต้องและประยุกต์นำมาใช้บรรเทาภาวะอุดกั้นของแผนกออโรบิติกส์มาใช้เพื่อวัดมุมเงยของคอ 3) จัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมอุปกรณ์ การจัดทำผู้ป่วย บุคลากรให้เหมาะสมกับความเสี่ยง 4) จัดทำกระเป๋าใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจยาก หลังดำเนินการพบว่าสามารถเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ลดจำนวนของผู้ป่วยที่ต้องใช้ความพยายามใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 1 ครั้ง และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในระดับ H

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกฯ

penchun_sa@yahoo.com

มังกร ประพันธ์วัฒน์, ผศ.ภก.ดร.

คณะเภสัชศาสตร์ ม.นเรศวร

mangkornp@gmail.com

ดุสิต สถาวร, พ.อ.*

รพ.พระมงกุฎเกล้า

dusitsw@gmail.com

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งได้รับการกล่าวถึงบ่อยที่สุดคือ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย (Patient safety) ซึ่งแนวทางเชิงระบบที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจะต้องประกอบด้วย การออกแบบแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของข้อมูลด้านความปลอดภัยผู้ป่วย (patient safety data)

ข้อมูลด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์แล้วจะกลายเป็นสารสนเทศและความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (actionable knowledge) โดยเฉพาะความรู้ที่นำไปพัฒนากระบวนการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยมากขึ้น และช่วยลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น (actionable knowledge in patient safety)

สารสนเทศและความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งจะขอกกล่าวถึงในที่นี้ จะประกอบด้วยมุมมองหลัก 3 มุมมอง ได้แก่ การพยาบาล เภสัชกรรมคลินิก และมุมมองของแพทย์

Actionable Knowledge in Patient Safety: Nursing Perspective

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

(สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกฯ)

การบริหารความเสี่ยงเป็นหลักสำคัญของบริการพยาบาล เพราะพยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

ตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ต้องเน้นการค้นหา - ชี้บ่ง - จัดการแก้ไข ป้องกันเชิงระบบ จึงจะทำให้ความเสี่ยงลดลง ถ้าค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยจะป้องกันการ

เกิดอุบัติการณ์ได้มาก นวัตกรรมหรือเครื่องมือการบริหารความเสี่ยงจึงมีประโยชน์ต่อการจัดการความเสี่ยงอย่างยิ่ง เช่น การนำเทคนิคการค้นหาความเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในงานประจำ ดังนี้

1. การตรวจเยี่ยมเพื่อการนิเทศและการประกันคุณภาพ สามารถประเมินอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น การนิเทศการบริหารยาอาจพบยาเก็บอยู่ผิดที่ ขณะให้ยาผู้ป่วยอาจพบการผสมยาผิด ให้ยาผิด 6 R

2. ใช้ concurrent trigger tool ในการปฏิบัติงานประจำวัน ทำให้ทราบปัญหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น โดยกำหนด trigger เช่น revisit, การให้เลือด, re-suture การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ revisit อาจพบการวินิจฉัยผิดพลาดหรือให้การรักษาไม่เหมาะสม การทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับเลือดอาจพบปัญหาเลือดออกหลังผ่าตัดมาก การทบทวนผู้ป่วย re-suture อาจพบผู้ป่วยแผลผ่าตัดที่เย็บไว้แยก ซึ่งจะป้องกันการเกิดความเสี่ยงชนิดร้ายแรงได้

3. การตรวจเวชระเบียนทุกครั้งที่มีการรับส่งผู้ป่วย อาจพบว่าผล lab ผิดพลาด ผล lab ไม่ครบ การให้ยาไม่ครบตามแผนการรักษา ถ้าเราตรวจพบเร็วจะทำให้ลดความรุนแรงของความเสี่ยงลงได้มาก

4. ขณะให้บริการดูแลข้างเตียงอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินพบปัญหาของผู้ป่วย เช่น แผลกดทับ กระดูกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือบางครั้งอาจพบเข็มฉีดยาอยู่ในที่นอน ผ้าห่อทารก ฯลฯ

5. การ conference การทบทวน C3THER อาจได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยจากที่มงาน เช่น ผู้ป่วยไม่ฟังพอใจ หรือมีอาการแพ้ยา/แพ้สารอาหาร ตลอดจนผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

6. การรับส่งเวร / ส่งต่อผู้ป่วย / ส่งต่อข้อมูล อาจนำแนวคิด SBAR ซึ่งออกแบบแนวคิดโดย ดร.ไมเคิล ลีโอนาร์ด (Michael Leonard) เพื่อกำหนดมาตรฐานการสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ดูแล เป็นสะพานลดช่องว่างการสื่อสารที่อาจทำให้เกิดความผิดพลาดซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และ สรพ.ได้กำหนดใน safety goal (SIMPLE) ในหมวด ผู้ป่วย Care Process P 2.1 Effective Communication

กรณีที่พยาบาลรายงานแพทย์โดย SBAR พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วยและตรวจสอบข้อมูลก่อนรายงานแพทย์อาจพบความเสี่ยง เช่น การขาดการได้รับยา การได้รับยาผิด ขนาด / วิธี การให้การักษาไม่เหมาะสม ค่าผล Lab อาจสูงหรือต่ำผิดปกติเนื่องจากการดูแล หรือข้อเสนอแนะจะช่วยลดความเสี่ยง เช่น การตรวจรักษาหรือส่งส่งตรวจไว้ก่อนเมื่อแพทย์มาถึงจะได้รับผลที่รวดเร็ว หรือการเตรียมประสานงานเพื่อจัดหาเลือด ห้อง

ผ่าตัด การส่งตรวจ เป็นต้น

สรุป การจัดการความเสี่ยงที่ สรพ. ได้นำแนวคิดการปฏิบัติต่างๆ มาประยุกต์ใช้จะ ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงต่างๆ เป็นอย่างดี ถ้าพยาบาลและทีมงานร่วมมือกัน นำสู่การปฏิบัติเป็นงานประจำ

Actionable Knowledge in Patient Safety: Pharmacy Perspectiv

มังกร ประพันธ์วัฒน์, ผศ.ดร.ภก.

(คณะเภสัชศาสตร์ ม.นเรศวร)

ระบบยาเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์ที่มีความสำคัญในการรักษาพยาบาล ในปี ค.ศ. 2010 ที่ผ่านมา The Joint Commission รายงานว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์พียง สักรวมมากเป็นอันดับ 7¹ นอกจากนี้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาก็มีอุบัติการณ์ที่พบ ได้บ่อย เคยมีรายงานเกิดอุบัติเหตุร้ายละ 6.5 ของจำนวนผู้ป่วยใน² จากประสบการณ์ การเยี่ยมชมสำรวจระบบยาในรอบปี พ.ศ. 2553 จำนวน 16 แห่ง ทั้งภาครัฐ และเอกชน ระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลชุมชน และเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง (จิตเวช) กับโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ากิจกรรมที่ยังมีการดำเนินการไม่ชัดเจนเป็นส่วนมาก คือ การจัดการอันตรายกิริยาของยา การประสานรายการยา และการบริหารยาคลาดเคลื่อน ปัจจัยสาเหตุร่วมที่สำคัญคือ 1) การประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจลงสู่การปฏิบัติ 2) ขาด แนวทางและความชัดเจนในการทบทวนข้อมูลที่มีอยู่แล้วในฐานข้อมูล ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับตรงกับการที่ไม่สามารถกำหนดตัวบ่งชี้หลักในการประเมิน 3) ขาดการค้นคว้าปัญหา หรือสถานการณ์เรื่องนั้นๆ เป็นอย่างไร และ 4) ขาดการทบทวนข้อมูลหรือการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหา หรือสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไร

แนวทางการดำเนินการเพื่อสร้างโอกาสพัฒนาประกอบด้วย 1) การส่งเสริม สนับสนุนและสร้างโอกาสจากหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน ที่มีความเข้าใจระบบยาที่มากพอใน ระดับหนึ่ง 2) การแลกเปลี่ยนความเห็นในระหว่างทีมเภสัชกรที่จะขับเคลื่อน หรือวาง ระบบเรื่องดังกล่าวอย่างไร 3) การกำหนดตัวบ่งชี้หลักให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ซึ่งจะสะท้อนว่าต้องมีการออกแบบอย่างไร 4) การทบทวนข้อมูลในระบบ/หรือการสำรวจ

¹ The Joint Commission. Summary data of Sentinel events reviewed by The Joint Commission. SE statistics as of: December 30, 2010. Available at: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SE_Data_Summary_4Q_2010_\(v2\).pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SE_Data_Summary_4Q_2010_(v2).pdf). Accessed Feb 6, 2011.

² Tejal KG, Saul NW, Joshua B, Andrew CS, Josh P, Elisabeth B, et al. Adverse Drug Events in Ambulatory Care. N Engl J Med 2003; 348:1556-1564.

ย่อในประเด็นที่ยังไม่แน่ใจหรือต้องการพัฒนา และ 5) การนำหลักการ 3P-PDSA ลงสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวเป็นข้อเสนอแนะที่สะท้อนจากการรับรู้ปัญหาและบรรยากาศที่ได้จากการเยี่ยมชมสำรวจ โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีความชัดเจนและทิศทางในการดำเนินการแตกต่างกัน โรงพยาบาลต้องคำนึงถึงความหลากหลายที่มีอยู่ในระบบยาในการปรับปรุง เครื่องมือสำคัญและง่ายในการดำเนินการคือ การสำรวจย่อ และการประเมินตนเองผ่านการทำ self-enquiry การประชุมย่อยที่กระชับ และการให้ความสำคัญกับวงล้อคุณภาพ โดยเน้นการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ชัดเจนเป็นการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย

C2Z

Safety in Critical Care



18 มีนาคม 2554 เวลา 10.30-12.00 น. ห้อง Phoenix 4-6

สมพร คำผง, นพ.



Workshop & Meet the Experts

17 มีนาคม 2554

Jupiter 14	09.00-12.00 น.	B1H-B2H	TCEN ครบวงจร (รอบเช้า)
Jupiter 14	13.00-16.00 น.	B3H-B4H	TCEN ครบวงจร (รอบบ่าย)
Jupiter 15	09.00-12.00 น.	B1J-B2J	ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง (รอบเช้า)
Jupiter 15	13.00-16.00 น.	B3J-B4J	ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง (รอบบ่าย)
Jupiter 16	09.00-12.00 น.	B1K-B2K	ค่ายเปลี่ยนชีวิต พิชิตความดัน (สูง) (รอบเช้า)
Jupiter 16	13.00-16.00 น.	B3K-B4K	ค่ายเปลี่ยนชีวิต พิชิตความดัน (สูง) (รอบบ่าย)

18 มีนาคม 2554

Jupiter 14	08.30-10.00 น.	C1H	DM Foot Situation and Multidisciplinary Approach
Jupiter 14	10.30-12.00 น.	C2H	How to Minimize Surgical Site Infection
Jupiter 15	08.30-10.00 น.	C1J	Humanized CR-BSI Bundle of Care
Jupiter 15	10.30-12.00 น.	C2J	Raising the Standards of Sterilization
Jupiter 16	08.30-10.00 น.	C1K	ร่วมแรงร่วมใจ คนไทยโตแข็งแรง I
Jupiter 16	10.30-12.00 น.	C2K	ร่วมแรงร่วมใจ คนไทยโตแข็งแรง II

B1H-B4H

กิจกรรมเครือข่าย KM เบาทหวาน-ความดันโลหิตสูง

B1J-B4J

17 มีนาคม 2554 เวลา 09.00-16.00 น. ห้อง Jupiter 14-16

B1K-B4K

เครือข่าย KM เบาทหวาน-ความดันโลหิตสูง จัดทีมมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เข้าร่วมประชุม 12th HA Forum ในวันที่ 17 มีนาคม 2554 ผ่านกิจกรรม 3 ห้อง 3 สไลด์ ณ ห้อง Jupiter 14-16 อาคารชาเลนเจอร์ กิจกรรมมี 2 รอบ คือ รอบเช้าเวลา 09.00-12.00 น. รอบบ่ายเวลา 13.00-16.00 น. ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้จาก “คนทำงาน” ผู้ปฏิบัติตัวจริงที่มีใจแบ่งปัน ผ่านเรื่องเล่าแรงบันดาลใจ การ “พาทำ” และการทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง เลือกเข้าร่วมละ 1 ห้อง ดังนี้

Jupiter 14 “TCEN ครบวงจร”

ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้การใช้ตัวชี้วัด TCEN ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร ตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมของโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล พหลโยธิน โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลสงฆ์ นำโดย นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ พญ.อารยา ทองผิว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน

ผู้เข้าร่วมจะรู้ว่าผู้ป่วยจะได้ประโยชน์อะไรจาก TCEN ได้เรียนรู้เทคนิคและวิธีการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดแบบง่ายๆ แต่ใช้การได้ดี การวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ... ไปจนถึงการเทียบเคียงสมรรถนะกับโรงพยาบาลอื่นในเครือข่าย

Jupiter 15 “ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง”

เราเคยได้ยินชื่อ “คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” ด้วยหลักการ “งด 2 ส. สร้าง 3 อ.” เวลาพูดดูเหมือนเป็นเรื่องง่าย แต่ทำจริงได้ยาก เมื่อมีนโยบายสั่งมาจะทำอย่างไรให้ได้ผล... ในห้องนี้ทีมจากโรงพยาบาลครบุรี โรงพยาบาลพุทธชินราช และภาคีเครือข่ายจะพาผู้เข้าร่วมเรียนรู้ตัวอย่างหลากหลายสถานการณ์ในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง-เมตาบอลิกซินโดรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่การสร้างตระหนัก การสร้างแกนนำ การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม ฯลฯ และร่วมออกกำลังกายเผาผลาญแคลอรีกับผู้นำการออกกำลังกายที่หลายคนคาดไม่ถึง

Jupiter 16 “ค่ายเปลี่ยนชีวิต พิชิตความดัน (สูง)”

ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ กล่าวไว้ใน VDO เปิดงานมหกรรมการจัดการความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ปีที่ 4 เมื่อเดือนธันวาคม 2553 ว่า “...ปัญหาความดันสูง...เป็นตัวบอก สัญญาณเตือนภัยอย่างหนึ่ง เป็นตัวบอกว่าเราใช้ชีวิตไม่สมดุล...ถ้าเราใช้ชีวิตสมดุล ความดันไม่ควรจะขึ้น...” ในห้องนี้ทีมงานรักษัหทัยจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะพาผู้เข้าประชุมเรียนรู้กระบวนการ “ค่ายเปลี่ยนชีวิต พิชิตความดัน” สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เรียนรู้เทคนิคง่ายๆ ที่น่าสนใจ และนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การตรวจสอบความแม่นยำของเครื่องวัดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตของตนเองที่บ้าน ฯลฯ นอกจากนี้ยังจะได้ฝึกจิตด้วยการสร้างจินตภาพและฝึกการหายใจเข้า รวมทั้งวิธีการออกกำลังกายที่ช่วยลดความดันโลหิตได้

สมเกียรติ มหาอุดมพร

สถาบันราชประชาสมาสัย

somkiet22@hotmail.com

ศิริวรรณ บุตะเดช

รพ.เทพธารินทร์

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก จากการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2552 พบผู้เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 6.9 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวใกล้เคียงกับตัวเลขของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติที่ได้รายงานไว้ในปีเดียวกัน ภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดกับเท้าในผู้เป็นเบาหวานมีจำนวนเพิ่มตามจำนวนของผู้เป็นโรคเบาหวาน ทำให้เป็นปัญหาใหญ่ทางสาธารณสุข เพราะผู้เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจนนำไปสู่การตัดขา

ในปี 2549 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานว่ามีผู้เป็นเบาหวานถูกตัดขาถึง 1 ล้านรายต่อปีสาเหตุหลักของการสูญเสียขาของผู้เป็นเบาหวานมาจากแผลที่เท้าซึ่งมีทั้งจากภาวะปลายประสาทสูญเสียหน้าที่ (peripheral neuropathy) การที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงที่เท้าตีบตัน (peripheral vascular disease) การเกิดเท้าพิการผิดรูป การเดินเท้าเปล่า การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การมีหนังแข็ง (callus) และการอักเสบติดเชื้อ ด้วยจำนวนของปัญหาเท้าในผู้เป็นเบาหวานมีมากและหลายประเทศพยายามหาหนทางเพื่อเอาชนะปัญหานี้มาตลอด 20 ปี ดังนั้นในปี 2549 IDF จึงรณรงค์เรื่องการป้องกันและดูแลเท้า โดยมีคำขวัญว่า "Put Feet First, Prevent Amputated Foot" รักษาเท้า ป้องกันการตัดขา

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเท้านานาชาติของสมาพันธ์เบาหวานโลก ได้กระตุ้นให้ทั่วโลกต่อสู้กับปัญหาแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน และลดการตัดขา โดยทำการศึกษาวิจัย และได้รายงานไว้ว่าสามารถป้องกันการตัดขาในผู้เป็นเบาหวานได้ถึงร้อยละ 85 โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ หัวใจของการป้องกันคือ การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยงแต่เนิ่นๆ และรีบให้การดูแลที่เหมาะสม เช่น การให้สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ส่วนกลุ่มที่มีแผลเกิดขึ้นแล้วก็ต้องรีบให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางที่วางไว้ร่วมกันของทีม

การป้องกันการเกิดแผลและตัดขา สามารถบรรลุได้โดยผู้ป่วยดูแลเท้าตนเองทุกวัน และรีบรายงานแพทย์ถ้าพบสิ่งผิดปกติ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและเรียนรู้ร่วมกันภายในทีมงาน รองเท้าที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดแผล รักษาอย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อพบปัญหาที่เท้าเพียงเล็กน้อย

วิฑูร พิณสว่างวัฒนกุล, นพ.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

vchinswa@gmail.com

ดรินทร์ โล่ห์ศิริวัฒน์, ศ.คลินิก นพ.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

sitsb@mahidol.ac.th

โรคติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection: SSI) เป็นปัญหาสำคัญทางศัลยกรรมปัญหาหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตได้ อีกทั้งในปัจจุบัน ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะที่พบได้บ่อยขึ้นยิ่งทำให้ความรุนแรงของการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นการป้องกันมิให้เกิด SSI จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยมีปัจจัย 3 ประการที่จำเป็นจะต้องพิจารณา คือ

1. Host defense mechanisms ได้แก่ ภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยเอง อายุ โรคร่วม การสูบบุหรี่ และ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น
2. Infected organism ในทางศัลยกรรม ปัญหาใหญ่คือ bacteria
3. Environment คือ ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดซึ่งเกี่ยวข้องกับ contamination และ local response ของผู้ป่วยเอง

เมื่อรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของ SSI แล้ว การป้องกันจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นสำคัญ

ในปัจจุบันการป้องกันการเกิด SSI เป็น multidisciplinary approach ประกอบด้วย

- a) การลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (short admission)
- b) การเตรียมความสะอาดของผิวหนังก่อนการผ่าตัด (preoperative skin preparation; do clipping-no shaving)
- c) การเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัด (bowel preparation)
- d) การให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (prophylactic antibiotics ในช่วงเวลาที่เหมาะสม กล่าวคือไม่นานเกินกว่า 60 นาทีก่อนการลงมีด โดยให้เป็น single dose หรือให้ต่อเนื่องไปอีกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ด้วย specific antibiotic coverage)
- e) การให้ inspired oxygen supplement (มากกว่า 80%)
- f) การรักษา core body temperature ให้ปกติ (มากกว่า 36 °C)

g) การรักษาระดับน้ำตาลในกระแสเลือดไม่ให้สูงเกินไป (น้อยกว่า 200 mg/dl) รวมไปถึง

h) การฆ่าเชื้อและรักษาความสะอาด (aseptic technique)

i) การทำผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง (good surgical techniques)

สำหรับการรักษาหลักการสำคัญคือ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว (early detection) รวมถึงการค้นหาแหล่งกำเนิดเชื้อและประเมินความรุนแรงให้ได้อย่างถูกต้อง หากเป็น surgical conditions ก็จะต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อ เช่น abscess หรือ necrotic tissue ให้ได้มากที่สุด และที่สำคัญศัลยแพทย์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และเข้าใจในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งที่เป็น empirical treatment หรือ organism specific หลังจากรู้ผล culture & sensitivity tests แล้ว



18 มีนาคม 2554 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Jupiter 15

จรรยา จารโยภาส

รพ.บำรุงราษฎร์

rchaiwar@gmail.com

รมณีย์ ชัยวาทิติ, ผศ.พญ.

คณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่

Junya@bumrungrad.com

การติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอัตราการตาย และสูญเสียค่าใช้จ่าย ทั้งค่ายาและค่าโรงพยาบาลสูงมาก แต่การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่ป้องกันได้ และเป็นความตายที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละองค์กรต้อง เรียนรู้ที่จะนำหลักการ ประยุกต์ให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริงบนทรัพยากร ของแต่ละองค์กร โดยใช้หลัก 4E คือ engage, execute, educate, evaluate มาเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ในการทำ 4E เพื่อให้ได้แนวคิดในการปฏิบัติในการป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิตยา ประพันธ์ศิริ

รพ.ตากสิน

taksin_ghours@hotmail.com

อรสา สุขดี, พ.ท.หญิง

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ltc.orasa@hotmail.com

มะลิวัลย์ กริตติยตานนท์

3M

ngamsin@hotmail.com

งามสิน วานิชพงษ์พันธุ์, พ.ต.ท.หญิง

รพ.ตำรวจ

gmaliwan@mmm.com

การทำให้ปราศจากเชื้อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งขององค์ประกอบหนึ่งในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดและช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานวิชาชีพโดยควบคู่กับการวิเคราะห์บริบทของตนอยู่อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งศึกษามาตรฐานในการทำให้ปราศจากเชื้อและวิเคราะห์ว่าส่วนใดบ้างที่ยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติ โดยอาศัยการไปดูของจริง คุยกันเล่น หรือตามรอยเพื่อเห็นของจริง และพยายามยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติให้สูงขึ้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การล้างทำความสะอาดจัดเป็นเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ต้องมีการยกระดับมาตรฐานในการปฏิบัติ การล้างทำความสะอาดควรจัดทำในบริเวณที่จัดไว้สำหรับล้างอุปกรณ์โดยเฉพาะ ผู้ปฏิบัติงานควรสวมใส่เครื่องป้องกันให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอันตรายที่จะเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงาน การล้างทำความสะอาดจะเกิดขึ้นไม่ได้เลยถ้าขาดการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นในการล้าง เช่น แปรงแผ่นขัด สารทำความสะอาดที่เหมาะสมในการล้างเครื่องมือทางการแพทย์ น้ำที่มีคุณภาพ เครื่องล้าง รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะ ร่วมกับส่งเสริมให้บุคลากรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการล้างต่อคุณภาพของงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การตรวจสอบประสิทธิภาพในการล้างเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญและจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อประกันคุณภาพตั้งแต่วิธีการล้างทำความสะอาด การทำงานของเครื่องล้าง และประสิทธิภาพของสารทำความสะอาดว่ามีประสิทธิภาพในการล้างทำความสะอาดเครื่องมือได้อย่างปลอดภัยหรือไม่

การตรวจสอบประสิทธิภาพและประกันคุณภาพในขั้นตอนอื่นๆ ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการล้าง เช่น การจัดเตรียมหีบห่ออุปกรณ์ การจัดเรียง การเก็บรักษาและแจกจ่ายห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และการตรวจสอบประสิทธิภาพในการทำให้ปราศจากเชื้อ ต้องมีการพัฒนาให้ได้มาตรฐาน โดยเน้นการตามรอยระบบโดยทีมจากหน่วยงานจ่ายกลาง หน่วยงานควบคุมโรคติดเชื้อ และหน่วยงานผู้ใช้เพื่อประเมิน ติดตาม การรับรู้ ความเข้าใจ และความก้าวหน้าของการดำเนินการในการนำมาตราฐานลงสู่การปฏิบัติเพื่อลดความหลากหลายในการปฏิบัติ

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่จัดซื้อจากบริษัทควรมีการจัดทำโดยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติร่วมกับบริษัทเพื่อสามารถจัดส่งอุปกรณ์เครื่องมือมายังโรงพยาบาลในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อผ่านการดำเนินการในขั้นตอนการล้าง การทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด

การให้ความสำคัญของงานพัฒนามาตรฐานหัวใจหลักก็คือ “ต้องทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง” โดยเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อค้นหาช่องว่างและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบและวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาตรฐานที่สามารถยอมรับได้ พร้อมทั้งบุคลากรในทีมได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ นำมาสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งและได้เห็นคุณค่าในการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานในการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

18 มีนาคม 2554 เวลา 08.30-10.00 น. ห้อง Jupiter 16

กลวิชัย ภาติยะกุล, นพ.	มูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ konlawij@gmail.com
ธีรยุทธ เจียมจริยาภรณ์, นพ.	มูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ teerayut065@yahoo.com
ยุพา ชาญวิกิรัย	รพ.พระมงกุฎเกล้า chanwikrai.yupa@gmail.com
อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, พ.อ.นพ.	รพ.พระมงกุฎเกล้า ouppatham@hotmail.com
วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, พญ.*	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช worawon@hotmail.com

เหตุเกิดที่กำแพงเพชร

(โครงการนำร่องการป้องกันโรคไตเรื้อรังที่อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร)

กลวิชัย ภาติยะกุล, นพ. (มูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์)

โรคไตเรื้อรังนับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ต้องการการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 302.60 คนต่อประชากรไทย 1 ล้านคนเพิ่มเป็น 419.95 คนในปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นอัตราสูงขึ้นถึง 38.7% และกระจายอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศไทย และอ้างถึงรายงานการประชุมสัมมนาการวางแผนป้องกันโรคไตเรื้อรังในระยะยาว ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไตจากทั่วประเทศ ตัวแทนกรมอนามัย สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข การสัมมนานี้จัดขึ้นโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สรุปการประชุมได้ว่าควรเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในกิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรัง โดยดำเนินการเน้นในระดับชุมชนเพื่อให้สาธารณสุขชนตระหนักต่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และประสานไปกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเป็นโรคไตเรื้อรัง

กอรกับสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ซึ่งจัดตั้งขึ้นเป็นสถาบันเฉพาะทางเพื่อ

ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอย่างครบวงจร ได้จัดทำโครงการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในประชาชนไทยขึ้น เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงโรคไตเรื้อรังอันจะนำไปสู่การป้องกันรักษาตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังได้ เพื่อให้ประชาชนไม่เป็นโรคไตเรื้อรังชะลอการเสื่อมของไตให้ได้มากที่สุด ด้วยความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร อันได้แก่ โรงพยาบาลคลองขลุง โรงพยาบาลกำแพงเพชร สำนักงานสาธารณสุข อำเภอคลองขลุง และสำนักงานสาธารณสุขกำแพงเพชร จัดทำกิจกรรม "การเพิ่มพูนความรู้โรคไตสู่ประชาชน" ณ เขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างวันที่ 29-30 กันยายน พ.ศ.2553 และ เขตอำเภอเมืองและอำเภอโกสัมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างวันที่ 27-28 มกราคม พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมา และได้ร่วมกับโรงพยาบาลคลองขลุงในการคัดกรองโรคไตเรื้อรังจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดัน โรคโลหิตสูงและเบาหวาน และได้ร่วมกันจัดตั้ง "คลินิกโรคไตเรื้อรัง" ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงเริ่มปฏิบัติงาน โดยเน้นทุกองค์ความรู้ในส่วนของแนวทางในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับอาหารและยาที่เหมาะสมและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งน่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกที่จัดตั้งคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

นอกจากนี้ยังได้จัดทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังอีกกิจกรรมหนึ่งคือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นที่ทราบกันว่าก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นโรคไตเรื้อรังได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ ลักษณะของกิจกรรมจะเน้นไปที่การให้ความรู้แก่แม่ครัวเกี่ยวกับการทำอาหารอย่างไรให้เค็มน้อยๆ และกิจกรรม "คุณทำได้.. ..ดูแลไต" อาศัยรูปแบบการสร้างพลัง (empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยเริ่มปฏิบัติการในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไทร อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

"หลายแรงแข็งขัน...ร่วมกันที่วังพญาไท"

อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, พ.อ.นพ. และยุพา ชาญวิกรัย (คลินิกโรคไตเรื้อรัง รพ.พระมงกุฎเกล้า)

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน และชะลอการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมาย คือการประสานงานของบุคลากรทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การรักษาโดยให้ข้อมูลเพียงด้านเดียว ไม่เพียงพอที่จะ

ทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรค นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีจุดเด่นในรูปแบบการให้บริการแบบ one stop service กล่าวคือ คลินิกเปิดให้บริการในช่วงเวลา 06.00-09.00 น. ผู้ป่วยจะถูกคัดกรองจากห้องตรวจโรคอายุรกรรม และห้องตรวจโรคไต จากประวัติการเจ็บป่วย และผลเลือดซีรัมครีเอตินินที่มีค่ามากกว่า 1.3 มก./ดล. เมื่อผู้ป่วยมาถึง เจ้าหน้าที่จะออกบัตรนัด เจาะเลือด-ส่งเลือดให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะพบแพทย์ และได้ตรวจเร็ว เสียเวลาที่โรงพยาบาลไม่นาน เกิดความประทับใจในบริการ จากนั้นผู้ป่วยจะได้ร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามความสมัครใจ โดยกิจกรรมมุ่งเน้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสัมพันธ์ (group process) มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยนักกำหนดอาหารช่วยจัดกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนวิธีดูแลตนเอง กำหนดเป้าหมาย (set goals) สุขภาพ และค้นหาแรงจูงใจ มีบันทึกคำมั่นสัญญา และแบบบันทึกผลเลือดประจำตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดตามสุขภาพตนเอง นักวิทยาศาสตร์การกีฬา แนะนำการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (resistance exercise) ให้ผู้ป่วยนำกลับไปฝึกที่บ้าน และนัดหมายเพื่อทดสอบความแข็งแรงของร่างกายตามนัดของแพทย์

จุดเด่นอีกประการหนึ่งของคลินิก คือ การใช้หลักบูรณาการทางการแพทย์ (integrated medicine) บริหารจัดการอย่างเป็นระบบด้วยงบประมาณที่มีจำกัด และการใช้บุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรทุกคนให้บริการด้วยความเต็มใจ และพยายามพัฒนารูปแบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย โครงการที่วางแผนจะทำต่อไป คือการขยายเครือข่ายคลินิกโรคไตเรื้อรังไปสู่โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

ปิยะธิดา จिंगสมาน, พญ.

รพ.บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

pjeungsmarn@yahoo.com

แพรวรัตน์ จิระพิพรรธ

รพ.บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

preaw-rat@hotmail.com

ศศิพินท์ มงคลไชย

รพ.อุดรธานี

sasipin_m@hotmail.com

สมพร วงศ์อมรรธรม, นพ.

คณะแพทยศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ

somporn@swu.ac.th

การเข้าถึงชุมชนของ รพ.บ้านแพ้ว ในโครงการคลินิกต้นแบบโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ

ปิยะธิดา จिंगสมาน, พญ.

(รพ.บ้านแพ้ว)

สืบเนื่องจากการดำเนินโครงการคลินิกต้นแบบโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ มีวัตถุประสงค์ คือการบริหารจัดการโรคเรื้อรังโรคหนึ่งในภาพรวมแบบเชิงรุกเพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตมิให้เกิดไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งการบริหารจัดการพอสรุปได้ว่า

1. เป็นการดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้า โดยให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยมากกว่าคอยตั้งรับเมื่ออาการกำเริบหรือไตวายระยะสุดท้าย
2. ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษาและเชื่อมโยงกับระบบบริการการให้การสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลตนเอง ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของโครงการหลังจากดำเนินการครบ 6 ขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน จึงได้จัดแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU และการเชื่อมกับชุมชน โดยเสนอแนะนโยบายกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น จัดให้มีบริการวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ หรือการสนับสนุนวัสดุที่จำเป็นในเรื่องของการออกกำลังกาย เช่น การจัดประกวดแข่งขันฟิตเนส ฟิตเนส ฟิตเนส

การแข่งขันฮูลาฮูป การรณรงค์กินผัก ไม่กินหวาน ไม่กินเค็ม ทั้งนี้จึงได้จัดทำโครงการสร้างเครือข่ายชุมชนนำร่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย

1. ฐานการให้ความรู้เรื่องโรคไต เพื่อให้ผู้นำชุมชนมีความรู้ และสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบได้
2. ฐานการเรียนรู้เรื่องความดันโลหิต สามารถใช้เครื่องวัดความดันและแปรผลความดันโลหิตได้ถูกต้อง
3. ฐานการคัดกรองเพื่อตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ
4. ฐานการดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สาริตเมนูอาหาร ลดโซเดียม และจำกัดโปรตีน
5. ฐานออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม เน้นเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน
6. ฐานการใช้ยาที่มีผลต่อไต และปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น บุหรี่ สุรา

ซึ่งผู้นำได้เรียนรู้กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยเกิดปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์ระหว่างแกนนำชุมชนและผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่อบรมคือ สมาชิกเทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน อสม. แต่ละตำบล

นอกจากนี้ยังสนับสนุนการจัดตั้งชมรมเพื่อนโรคไตของโรงพยาบาลชั้น 1 ชมรมเพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้การดูแลซึ่งกันและกัน การให้บทบาทผู้ป่วยสอนกันเอง การถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป ปัจจุบันมีสมาชิก 325 ราย สำหรับการดำเนินกิจกรรมชมรม มีบทบาทดังนี้

1. ร่วมออกปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ช่วยคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการเก็บปัสสาวะตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ และส่งตรวจหา microalbuminuria
2. ช่วยในการสอนวิธีวัดความดันโลหิตและแปรผลแก่ผู้ป่วย
3. ช่วยในการสอนสาริตอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. ถ่ายทอดประสบการณ์เลิกบุหรี่และการเลิกดื่มสุรา
5. ช่วยในการจัดหาทุนซื้อเครื่องฟอกไต เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการจัดทำผ้าป่ามหากุศล จำนวน 5 เครื่อง เป็นเงินประมาณ 2,500,000 บาท ซึ่งจะมอบให้กับโรงพยาบาลบ้านแพ้วในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2554 นี้

นอกจากนี้ยังได้ทำโครงการให้ความรู้ในหมู่ข้าราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ พระสงฆ์ในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังอีกด้วย ซึ่งเชื่อว่าประชาชนสามารถ แสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดี และมีศรัทธาในการพัฒนา

อุตรชนไชน์ หน้าใจไม่มีเหือดแห้ง

ศศิพินท์ มงคลไชย

ชีวิตของคนเรานั้น...ย่อมมีทั้งทุกข์ ทั้งสุข เป็นเรื่องธรรมดา หากแต่ทุกข์มากที่สุด คือ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าทุกชีวิตบนโลกใบนี้ต้องพบกับความตาย ความตายเป็นการสิ้นสุดของชีวิต สิ้นสุดที่จะทำความดีทำประโยชน์ให้กับสังคม แต่ร่างกายของคนเรานั้น แม้ว่าจะสุดท้ายของชีวิตมาถึงก็ยังมีโอกาสที่จะทำความดีทำคุณประโยชน์ ให้กับสังคมด้วยการอุทิศอวัยวะสำคัญ ได้แก่ ไต หัวใจ ปอด ตับ ตับอ่อน และดวงตา เพื่อให้แพทย์นำไปปลูกถ่ายช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ เป็นผู้เสียสละที่ยิ่งใหญ่ ไม่หวังผลตอบแทน เกิดผลบุญที่แค่คิดใจก็อึมเิบ แค่หลับตามองเห็นภาพผู้ป่วยที่มีชีวิตใหม่ก็ สุขใจ เปรียบดัง...ดวงอาทิตย์ที่ดับแสงไปในวันวาน และได้สาดส่องแสงสว่างใหม่ในวันนี้ เสมือนหนึ่งชีวิตที่กำลังจะจากไปกลับสร้างชีวิตใหม่ให้เพื่อนมนุษย์อีกหลายคน...เป็น ความงาม...ความงามยามชีวิตอัสดง

แรงบันดาลใจผู้เขียน...จุดเริ่มต้นของการขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตาย เกิดจากการได้เห็นและสัมผัสชีวิตผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งทนทุกข์ทรมานน่าสงสารเป็นที่สุด เมื่อครั้งอบรมไตเทียมรุ่นแรก ปี 2533 ที่โรงพยาบาลราชวิถี ทราบว่าการรักษาที่ดีที่สุดคือการปลูกถ่ายไต แต่ไม่รู้ว่าจะ หาไตจากไหน จะเริ่มต้นอย่างไร จึงจะช่วยผู้ป่วยเหล่านี้ได้

ความคิดยังฝังตรึงในจิตใจเรื่อยมาจนกระทั่งปลายปี 2549 ได้มีโอกาสเข้าอบรม หลักสูตร “ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ” จัดโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด ไทย ทำให้ผู้เขียนได้พบกับความฝันที่รอคอยมานานในการต่อชีวิตใหม่ให้เพื่อนมนุษย์ ผู้เขียนได้เพียรพยายามเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตายทุกราย สร้าง ทีมงาน และรณรงค์การบริจาคอวัยวะเชิงรุก ร่วมกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย จนสามารถขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตายได้มากที่สุดในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2550-ปัจจุบัน ช่วยสร้างชีวิตใหม่ให้เพื่อนมนุษย์ได้หลายร้อยราย เกิดความสุข อิ่มเอิบใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับ เป็นความงดงามหาที่เปรียบไม่ได้

ดังนั้น ใครขอเชิญชวนเพื่อนๆ ชาวสาธารณสุขทุกท่านมาร่วมสร้างความงามให้กับชีวิตด้วยการออกกำลังกายเมื่อยามสิ้นสุด โดยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ตั้งแต่เรายังมีชีวิตอยู่ และมาเรียนรู้กับทีมงานเรา เพื่อนำเมล็ดพันธุ์บุญไปปลูกต่อให้เจริญงอกงามยิ่งๆ ขึ้นไป

“ความดีที่ไม่สิ้นสุด คือ การออกกำลังกายเมื่อยามสิ้นสุด”