

# แบ่งปัน และเติมเต็ม

Humanized Healthcare



คืนหัวใจ  
ให้ระบบสุขภาพ

**บทคัดย่อและบทความ**

การประชุม 8<sup>th</sup> HA National Forum

13-16 มีนาคม 2550

ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี แคมป์วังทองแก้ว

# แบ่งปัน และเติมเต็ม

บทความคัดย่อและบทความ  
การประชุม 8th HA National Forum  
“Humanized Healthcare... คืบหน้าหัวใจให้ระบบสุขภาพ”  
13-16 มีนาคม 2550  
ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี

จัดโดย  
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

โดยการสนับสนุนของ  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เลขหมู่	WX 28 ๖181๗ 255๐
เลขทะเบียน	๐๐๐๐ 8584
วันที่	1-6 มี.ค. 2550

## คำนำ

Humanized Healthcare ซึ่งเป็น theme ของการประชุมครั้งนี้ เป็นเรื่องที่มีความเป็นนามธรรมสูง ดูเหมือนเป็นเรื่องที่จะทำความเข้าใจได้ยาก หากมองจากมุมมองของผู้ที่คุ้นเคยกับความรู้ที่มีคำตอบชัดเจน ตายตัว

แต่ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ ที่ได้ยึดถือแนวทางนี้ในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว เรื่องนี้กลับเป็นเรื่องง่าย เป็นเรื่องที่อยู่ใกล้ตัว เป็นเรื่องที่ยากจะบอกเล่าซ้ำแล้วซ้ำอีกด้วยเห็นคุณค่าและต้องการแบ่งปันคุณค่านี้ให้กับผู้อื่น

เรื่องทำนองนี้ อาจจะมีเขียนไว้ในตำราอยู่บ้าง แต่อ่านแล้วก็ไม่ซาบซึ้งเท่ากับการรับฟังเรื่องเล่าจากพื้นที่ จากผู้มีประสบการณ์ตรง ซึ่งจะมีทั้งตัวละคร วิธีคิด การลงมือปฏิบัติ ผลของการปฏิบัติทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ความซับซ้อนเนื่องจากมีมิติที่เกี่ยวข้องมากมาย ไม่สามารถแสดงออกได้ด้วยทฤษฎีได้อย่างง่ายดาย

เป็นที่น่ายินดีอย่างยิ่ง ที่หัวข้อการประชุมครั้งนี้ ได้ปลูกให้เราตื่นตื่นมาค้นหาศักยภาพที่มีอยู่แล้วในตัวเราเอง ในเพื่อนของเรา ในองค์กรของเราและในสังคมของเรา และใช้ศักยภาพนั้นให้เป็นประโยชน์ นี่ก็คือแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งนำมาประยุกต์กับองค์กร ชุมชน และสังคม

แนวคิด Humanized Healthcare คือการเติมเต็มในส่วนที่ยังขาดหายไปจากระบบที่เป็นอยู่ การเติมเต็มนี้จะนำไปสู่ดุลยภาพหรือสภาวะของระบบและทุกชีวิตที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่เติมลงไปนี้เป็นเสมือนของเหลวที่สามารถแทรกซึมเข้าไปสู่ทุกจุด สามารถปรับรูปทรงให้เข้ากับสิ่งที่มีอยู่ และมีคุณสมบัติของกาวที่จะช่วยยึดจับโครงสร้างที่มีอยู่เดิมให้มีความเข้มแข็งและทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างสมบูรณ์

การนำแนวคิดนี้มาสู่การปฏิบัติ ได้รับการยืนยันจากผู้มีประสบการณ์ว่าก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างคาดไม่ถึง ก่อให้เกิดปัญญาและวุฒิภาวะที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและต่องานที่รับผิดชอบ

การเกิดปัญญาสามารถเกิดได้สามระดับ

สุดมยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการฟัง ต้องฟังอย่างลึกและรับฟังอย่างรอบด้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์

จินตามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการคิดทบทวนไตร่ตรองด้วยใจเป็นกลาง จนเห็นความเป็นจริงของธรรมชาติ ปลอ่ยวางจากมายาแห่งทวิลักษณ์ ดี/เลว ถูก/ผิด สำเร็จ/ล้มเหลว ชอบ/ชัง แต่เห็นความเป็นองค์รวมซึ่งมีทุกอย่างทุกด้านอยู่ในนั้น เห็นและยอมรับความไม่สมบูรณ์ของมนุษย์และสิ่งที่มีมนุษย์สร้าง



ภาวนามยปัญญา ปัญญาที่เกิดจากการปฏิบัติ ใช้การทำงานเป็นเครื่องมือขัดเกลาตนเอง ทบทวนผลกระทบของการกระทำของตนต่องานและต่อบุคคลอื่น

ปัญญาทั้งสามนี้ควรเกิดร่วมกัน เมื่อเกิดแล้วจะไม่เบียดเบียนตนเอง ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งพวกเราช่วยกันสร้างเปรียบเสมือนปราสาททรายขนาดใหญ่ มีความซับซ้อน เป็นปราสาททรายที่ไม่สมบูรณ์ เป็นปราสาททรายที่ต้องสร้าง ซ่อมแซม และเติมเต็มกันอย่างต่อเนื่อง เมื่อมองจากแต่ละด้านก็ให้ความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป บ้างก็เห็นความสวยงาม บ้างก็เห็นความไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของพวกเราคือช่วยกันเติมเต็มให้สมบูรณ์ เพิ่มความแข็งแรงให้แก่ปราสาททรายนี้ด้วยปัญญาที่กล่าวมา

ด้วยความตระหนักว่า ปราสาททรายนี้สร้างยาก สร้างนาน

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาฆะบูชา 2550



## คำชี้แจง

### การกำหนดหมายเลขประจำ Session

หมายเลขประจำ session ถูกกำหนดเพื่อความสะดวกในการเลือกเข้าห้องประชุมอักษรตัวแรก คือ วันประชุม

A	คือ วันพุธที่	14 มีนาคม 2550
B	คือ วันพฤหัสบดีที่	15 มีนาคม 2550
C	คือ วันศุกร์ที่	16 มีนาคม 2550

ตัวเลขตัวกลางคือ ช่วงเวลาของการประชุมในแต่ละวัน

1	คือ ช่วงเวลา 08.30 - 10.00 น.
2	คือ ช่วงเวลา 10.30 - 12.00 น.
3	คือ ช่วงเวลา 13.00 - 14.30 น.
4	คือ ช่วงเวลา 15.00 - 16.30 น.
5	คือ ช่วงเวลา 16.30 - 17.30 น.

ตัวเลขตัวสุดท้ายคือ ห้องประชุม

0	คือ ห้อง Grand Ballroom
1-9	คือ ห้อง Meeting 1 - 9
X	คือ ห้อง Meeting 10

### การจัดห้องตาม theme ย่อย

แต่ละห้องถูกกำหนดให้มี theme ย่อยประจำห้องดังนี้

Grand Ballroom	:	Humanized Healthcare Plenary ในวันที่ 14 และ 16
	:	Humanized Healthcare จากครรภ์มารดาสู่วิถีตะกอน ในวันที่ 15
Meeting Room 1	:	New Standard: The Practicum
Meeting Room 2	:	Contemporary Quality Tools & Techniques
Meeting Room 3	:	Professional Highlight
Meeting Room 4	:	Health Promotion
Meeting Room 5	:	Search for Excellence / Patient Safety
Meeting Room 6	:	Field Experience
Meeting Room 7	:	Meet the Experts
Meeting Room 8	:	เก็บเกี่ยวประสบการณ์ Oral
Meeting Room 9	:	เก็บเกี่ยวประสบการณ์ Poster
Meeting Room 10	:	เก็บเกี่ยวประสบการณ์ Poster

ทั้งนี้ อาจจะมีบางหัวข้อที่อยู่สลับห้อง หรือแทรกเข้ามาบ้าง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาของวิทยากร และปริมาณของเรื่องที่จะนำเสนอ

### การจัดเรียงลำดับบทความและบทความ

เพื่อความสะดวกของการเลือกเข้าร่วมประชุมในแต่ละช่วงเวลา ได้มีการจัดเรียงลำดับบทความและบทความตามช่วงเวลาของการประชุม คือทำให้ทุกเรื่องที่จะพูดในเวลาเดียวกันอยู่เรียงลำดับกันไปตามหมายเลขห้อง

การจัดเช่นนี้จะทำให้ไม่เกิดหมวดหมู่ของเรื่องราวที่อยู่ใน theme ย่อยเดียวกัน ซึ่งต้องขอภัยท่านผู้อ่านที่ประสงค์จะศึกษาข้อมูลในลักษณะดังกล่าว



Humanized Healthcare

The Center of Care

บทความและบทความประกอบการประชุม  
วันที่ 14 มีนาคม 2550



## A10c สังคมอยู่เย็นเป็นสุข กับ People at the Center of Care

นพ.มงคล ณ สงขลา      รวบรวมกระทรวงสาธารณสุข

สุขภาพเป็นองค์รวม การให้บริการไม่อาจแยกส่วนได้

ความสุขของปัจเจกบุคคล ของครอบครัว ของชุมชน และของสังคม อาจเรียกโดยรวมว่า “สังคมอยู่เย็นเป็นสุข” หรือความสุขมวลรวม

เราน่าจะมาร่วมกันทำความเข้าใจว่าจะให้บริการอย่างไรที่ก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้รับบริการและตัวเราเอง

แนวคิดสังคมอยู่เย็นเป็นสุขและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อยู่บนฐานคิดเดียวกัน คือความสุขที่แท้ บนความพอเพียง พอประมาณ สมเหตุสมผล และมีภูมิคุ้มกันภัยกับกระแสโลกาภิวัตน์ได้ และเมื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินชีวิตของบุคคลและครอบครัว นำมาใช้ในการพัฒนาชุมชนและประเทศชาติก็จะนำไปสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ได้

ประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นประเด็นที่มีการพูดถึงกันมานาน ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา เดิมนำกลับมาพูดกันใหม่ เพราะการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตกโดยอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย และเคยแก้ปัญหาสุขภาพยากๆ ในอดีตที่ผ่านมาจนประสบความสำเร็จนั้น ปัจจุบันมาถึงทางตัน โดยไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบางอย่างได้ ต้องแสวงหาแนวทางใหม่ๆ มาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

มีตัวอย่างความเคลื่อนไหวของแนวคิดผู้ป่วยหรือคนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับเครือข่าย ระดับชาติ ระดับนโยบาย และแม้แต่องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้มีโครงการเกี่ยวกับเรื่องนี้คือ People at the Centre of Care Initiative (PCI) โดยสำนักงานภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (WPRO) ก็ได้มาทำการศึกษายในบ้านเรา พร้อมทั้งหาข้อเสนอแนะในการพัฒนา เขาได้พบว่าสำหรับประเทศไทย People-centred health care กับ เรื่อง Humanized health care เป็นเรื่องเดียวกัน และมีข้อเสนอแนะไว้หลายประเด็น คาดว่า จุดเริ่มต้นนี้ จะสามารถสร้างกระแสการดูแลสุขภาพที่เน้นมิติมนุษย์ในระดับโลกได้

ในฐานะที่เป็นผู้ดูแลและสนับสนุนในระดับนโยบาย ใครเห็นการเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่าย มีการจัดการความรู้ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องนี้ ขยายแนวคิดนี้ออกไป นำสิ่งที่เชื่อว่าทำได้จริงเอาไปปฏิบัติโดยไม่ลังเล การทำดีสามารถทำได้เลย เมื่อได้ผลจากการปฏิบัติก็นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน พัฒนาสิ่งที่ทำไปแล้วให้ดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป

## A20a การเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม

ศ.เกียรติคุณนพ.ประเวศ วะสี

การพัฒนาในภพภูมิเดิมได้นำมนุษยชาติเข้าไปสู่วิกฤตการณ์ใหญ่ที่ไม่มีทางออกด้วยทหรศนะ และวิถีคิดแบบเดิมๆ มนุษย์ต้องหันกลับไปใช้ศักยภาพแห่งความเป็นมนุษย์ที่สัตว์ไม่มี มีแต่มนุษย สภาวะเท่านั้นที่มีศักยภาพนี้ นั่นคือการเข้าถึงสิ่งสูงสุดหรือ ความจริง ความดี ความงาม อันจะทำให้ เกิดจิตสำนึกใหม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตน เกิดอิสรภาพและความสุขอย่างไม่เคยพบมา ก่อน อีกทั้งมีความรักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์และธรรมชาติทั้งหมด อันจะนำไปสู่อริยสัมพันธใน องค์กรและสังคม ยิ่งศาสนิตุขให้บังเกิดขึ้นในภพภูมิ

ศึกษารายละเอียดในเอกสาร “ความเป็นมนุษย์กับการเข้าถึงสิ่งสูงสุด ความจริง ความดี ความงาม”



## A20b สะสมคุณภาพ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การพัฒนาคุณภาพของเราเป็นไปโดยค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการสะสมอยู่แล้ว จะเป็นไปได้หรือไม่ที่จะวัดความก้าวหน้าของการพัฒนาในลักษณะสะสม จะเป็นการดีสำหรับโรงพยาบาลหรือไม่ จะต้องคำนึงถึงอะไรบ้างจึงจะไม่ตกหลุมพราง จะวัดอะไร วัดอย่างไร จะต้องพิจารณามิติของความก้าวหน้าอย่างไร จะต้องพิจารณามิติของพื้นที่อย่างไร จะจัดการกับองค์ประกอบที่มีความเป็นนามธรรมสูงอย่างไร จะทำให้คนในโรงพยาบาลเข้าใจและใช้ประโยชน์ได้อย่างไร

ดูท่าว่าจะหาคำตอบไม่ได้ง่ายนัก

กลับมาพิจารณาแนวคิดเรื่องการสะสมกันน่าจะดีกว่า

ระหว่าง  $q$  กับ  $Q$  ถ้าพัฒนาคุณภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ต้องใหญ่โตมาก ( $q$ ) แต่ทำสะสมทำต่อเนื่อง ทำไม่หยุด กับการทุ่มเททำโครงการขนาดใหญ่ ( $Q$ ) ทำครั้งเดียวแล้วเลิก อย่างไหนจะได้คุณภาพโดยรวมมากกว่ากัน

การสะสมคุณภาพด้วยการทำให้งานประจำเป็นงานที่มีคุณภาพ และทุกคนร่วมกันสะสม จะทำให้ได้คุณภาพเพิ่มขึ้นสักเท่าใด

การสะสมความรู้จากการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน และภายในองค์กร จะทำได้อย่างไร เราจะสะสมเครื่องมือและวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายได้อย่างไร โดยไม่ปฏิเสธวิธีการที่เราเคยใช้มาแต่ดั้งเดิม วิธีการแต่ละอย่างย่อมเหมาะสมสำหรับแต่ละสถานการณ์

เราจะสะสมคุณภาพด้วยการสะสมบทเรียนจากความผิดพลาดได้อย่างไร

ด้วยความตระหนักในความจริงว่าไม่มีใครสมบูรณ์เท่ากับธรรมชาติ เราจะสะสมคุณภาพด้วยการเติมเต็มให้แก่กันได้อย่างไร

สมรรถนะของคนในองค์กรก็เป็นเรื่องที่น่าจะสะสมได้ จะทำให้คนของเราเก่งขึ้นในด้านไหนอย่างไร

การสะสมคุณภาพกับการขัดเกลาตนเอง เป็นเรื่องเดียวกันหรือไม่

จะสะสมคุณภาพที่มีลักษณะเป็นนามธรรมอย่างไร

การเชื่อมโยงเป็นการสะสมคุณภาพอย่างหนึ่ง เราสามารถเชื่อมโยงอะไรกันบ้าง

หากจะสะสมคุณภาพพร้อมกันทั้งประเทศ ทำพร้อมกันในเรื่องเดียวกัน วิธีการใดน่าจะได้ผลดีที่สุด

หากจะสะสมคุณภาพด้วยการเชื่อมโยงแนวคิดการพัฒนาทั้งหลายเข้าด้วยกัน จะมีผลกระทบมากขนาดไหน

ลงท้ายด้วยคำถามซ้อนคำถาม เราจะหาคำตอบเหล่านี้ได้อย่างไร

## A30 มณฑลแห่งพลังในงานคุณภาพ

วิศิษฐ์ วัชรวิญญู

เมื่อดวงวิญญาณอันเปลือยเปล่าได้มาพบกัน

เรามาเผชิญหน้ากัน หันหน้าเข้ากัน สบตากัน และบอกความในใจกันดีกว่า ละทิ้งกติกาบรรยาพาททั้งหลาย และทำให้ห้วงเวลานี้ เป็นเวลาที่มีคุณค่า ตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เปลือยเสียเพราะทั้งหลาย ที่มี เปลือยเครื่องประดับตกแต่งทั้งปวง ให้เหลือแต่ดวงวิญญาณที่เปลือยเปล่า ตรงนี้ดวงวิญญาณเราเองจะพบกัน บอกเรื่องราวที่เป็นจริงให้กันและกันฟัง นั่งล้อมรอบกองไฟเช่นกาลก่อน ที่ทำกันมาดีกต่าบรรพ์ ทั้งอาการสภาพตัจฉิตทั้งหลายลง คงไว้แต่ความเป็นมนุษย์ที่เปลือยเปล่า บอกเล่าความเป็นไปอย่างไม่ต้องมีจิตมารยา

เราจะยอมรับไหมว่า เราคุยกับลูกไม่รู้เรื่อง

เรากลายเป็นคนโดดเดี่ยวเดี่ยวตาย ไร้ญาติขาดมิตร ทุกคนเผชิญทุกข์ตามลำพัง และก็ไม่อยากจะมีน้ำใจกับใครด้วยมนุษยชาติเพียงดำรงอยู่ในระดับของการอยู่รอด ซึ่งเราใช้ปัญญาระดับต่ำที่สุดใน การดำรงชีวิตเพื่อการอยู่รอด และไม่สนใจที่จะเรียนรู้เพื่อการอยู่ร่วมและอยู่อย่างมีความหมาย

สิ่งที่ประสบกับการทำงานว่าด้วยเรื่องสุนทรียสนทนาให้กับคนทำงานในองค์กรต่าง ๆ นี่ก็คือ ปัญหาครอบครัว ตั้งแต่ระหว่างสามีภรรยา และที่นำห่วงใย และหลายคนให้ความสำคัญมากก็คือเรื่อง ของลูก ๆ

เราพัฒนาด้านวัตถุมากขึ้น แต่เราไม่ได้พัฒนาซอฟต์แวร์ หรือปัญญาโดยเฉพาะเรื่องการเลี้ยงลูก เราเลี้ยงลูกกันไม่เป็น เราก็เลยไปหาโรงเรียนดี ๆ หวังว่า ลูกจะได้ดี แล้วโรงเรียนก็เป็นสถานที่ทอดร่ำ ทอดรวย หากแต่ถ้า เป็นความร่ำรวยของพ่อแม่ แล้วเราก็พากันเข้าใจผิดโดยคิดไปว่า ความร่ำรวยนี้คือ ความสำเร็จของชีวิต

แล้วชีวิตของพ่อแม่ก็ไม่มีเวลา ทุกคนในสังคม ไม่มีใครมีเวลา ทุกคนต่างคนต่างอยู่ ครอบครัว ขยายดั้งเดิมของเราก็ค่อย ๆ เรียวลง เรียวลง อย่างดี พี่น้องอาจจะเจอกันปีละครั้งก็เก่ง กันนับว่าดียิ่ง แล้ว หรือไม่ก็ห่างเหินกันไปเลย

ในที่ทำงานก็ต่างคนต่างอยู่เช่นกัน ผมไปทำกิจกรรมการเรียนรู้ ไปทำงานกับร่างกาย ให้ร่างกาย ผ่อนคลาย ไปทำงานกับคลื่นสมอง ให้ความคิดและอารมณ์ได้ผ่อนคลายด้วย เมื่อทุกคนรู้สึกปลอดภัย แล้ว ให้กลับไปหาวัยเด็ก ไปหาความเป็นมนุษย์ที่ยังไม่ได้รับการปนเปื้อนมากนัก แล้วฝึกการฟัง ฟัง อย่างไม่สอดแทรก ฟังอย่างหันหน้าเข้าหากัน ฟังอย่างให้ผู้พูดอยากให้ฟัง แล้วความมหัศจรรย์ก็เกิดขึ้น ทุกคนค้นพบว่า การหันหน้าเข้าหากัน การพูดคุยกันอย่างมีการฟังกันจริง ๆ นี่มันดีมาก มันมีมิติ มีสุข และคุยกันรู้เรื่อง การคิดเรื่องงาน เรื่องอุปสรรคในงาน น้อยใหญ่ก็คิดออกหมด งานคุณภาพโรงพยาบาลก็ได้เป็นยาขมหม้อใหญ่อีกต่อไป หากกลายเป็นอะไรที่ทำได้ในวิถีการทำงานนั่นเอง อย่างไม่เป็นภาระ อย่างเบาสบาย นี่เป็นความมหัศจรรย์ แต่ที่จริง จะเรียกว่า เป็นสิ่งธรรมดาาก็ได้ เป็นวิทยาศาสตร์ก็ได้ คือมันทำซ้ำได้ ความยากก็เท่ากับเพียงการทอไข่เจียวเท่านั้น ทอไข่เจียวได้ ก็ทำ สุนทรียสนทนาในองค์กรได้

คือก่อนหน้าจะทำสุนทรียสนทนา เราแยกตัวออกจากกันเป็นเกาะแก่ง ตัวเราแต่ละบุคคล ตัวเราแต่ละแผนก แต่ละสมมติที่เราแบ่งแยกตัวเราออกจากกันไป คนใช้กับคนรักษานี้ก็แยกกันคนละฝ่าย คุณก็ไม่รู้เรื่องก็ฟ้องร้องกันไป ซึ่งพากันเดือดร้อนกันมาก เช่นกัน ไซ้ใหม่

คำหลัก หรือ Key Word มันอยู่ตรงนี้เอง คือเราจะต้องเชื่อมโยงเข้าหากัน ฟังกัน และกลับมารับรู้ อีกครั้งหนึ่งว่า ที่จริง โลกทั้งผองเป็นพี่น้องกัน เราทั้งหมดคือหนึ่ง เราอยู่รอดไม่พอเลย เอาเข้าจริง เมื่อสังคมอันตื่นเงินทุกวันนี้ไปเน้นความอยู่รอดเท่านั้น เอาไปเอามา เราจะอยู่กันไม่รอด โลกก็กำลังจะพังไปทั้งไปนั่นเอง เพราะเราเห็นแก่ตัว และแยกกันอยู่เป็นเกาะเป็นแก่ง ตอนนี่เราต้องกลับมาเชื่อมโยง เกาะแก่งเหล่านี้ ให้เป็นผืนดินแผ่นเดียวกัน หลวมรวมเข้ามา ด้วยปัญญาแห่งการอยู่ร่วม โดยมีสุนทรียสนทนาเป็นเครื่องมือ เมื่อเราอยู่ร่วมกันเป็น เราก็จะพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน การเรียนรู้ร่วมกันก็เกิดขึ้น และตรงนั่นเองจะเกิดปัญญาระดับที่สาม ที่เรียกว่า อยู่อย่างมีความหมาย เมื่อเราอยู่ร่วมกันได้ดีพอสมควร เราก็จะเกิดปัญญา และจะมองเห็นว่า “ชีวิตมีความหมายอย่างไร”

### ดูแลลูกจากกรณีติดเกม หรือติดมากกว่านั้น

น้องไซ้ปรบร้าแม่ให้ซื้อเกมใหม่ที่เพื่อนเขาเล่นกัน น้องอยู่ต่างจังหวัด พ่อแม่เป็นเจ้าของโรงแรมที่ตกทอดมาจากคุณปู่ เกมใหม่นั้นราคาหมื่นกว่าบาท แม่บอกว่า ถ้าลูกอยากได้จริง ๆ แม่ก็จะซื้อให้ แต่แม่ก็จะขอเก็บเงินเพื่อจะซื้อให้ลูก แม่ไม่ได้มีเงินที่จะซื้อให้ได้เลยนะ ไซ้ก็ยอมรับข้อเสนอนี้ เป็นอันว่า อีกประมาณหกเดือนไซ้ก็จะได้ซอฟต์แวร์เกมที่ว่านี้

แม่เขาเคยเข้าสุนทรียสนทนาและการเรียนรู้แบบจิตวิวัฒน์ของเซียงราย และคิดว่า ไม่น่าจะหักห้ามพร้าด้วยเขา หรือหักห้ามลูกในทันทีทันใด ลูกชายก็ประหลาดใจว่าทำไม พ่อแม่ที่ดูภายนอกก็ว่าจะต้องร่ำรวยกว่าเพื่อน ๆ ทำไมจึงซื้อซอฟต์แวร์แค่นี้ให้ไม่ได้ เราจะเห็นได้ว่า มีช่องว่างอยู่ตลอดเวลาในครอบครัวของเรา เพียงแต่เราอยากจะทำไปรับรู้เรื่องราวหรือไมเท่านั้น

แม่เขาคิดว่า ไม่อยากให้อาซอพต์แวร์เข้ามาติดตั้งในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่บ้าน และอยากจะทำเวลาสักหน่อย แต่ก็ยอมลูกอย่างหนึ่งว่า จะขับรถพาไปส่งลูกที่ร้านเกม ให้ลูกได้เล่นเกมที่อยากจะทำ โดยแม่จะให้โควตาเล่นเกมเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง ลูกก็ขอต่อออกเป็นสองชั่วโมง แม่ก็ยอมตามนั้น แต่เอาเข้าจริง ลูกก็ไม่ได้มีเวลามากขนาดนั้น เพราะมีงานทางโรงเรียนมากขึ้น ทั้งการซ้อมกีฬาและการบ้านที่จะต้องทำ ไซ้เป็นคนรับผิดชอบพอสมควร และเรียนได้อยู่ในเกรดดี ไม่น่าห่วง เวลาผ่านไปหกเดือน ถึงเวลาที่แม่รับปากว่าจะซื้อซอฟต์แวร์ตัวนั้นให้ ลูกก็ตัดสินใจว่า ไม่เอาแล้ว เพราะว่าเล่นจนพอแล้วที่ร้านเกม

ก่อนหน้านั้นพ่อซึ่งก็มีเวลาพาลูกไปตีกอล์ฟด้วยกันทุกสัปดาห์ ครั้งหนึ่งก็ไปตีด้วยกัน ก็หาเวลาพูดคุยให้ลูกฟังว่า ที่บ้านมีรายได้ทางใดบ้าง และเล่าให้ฟังว่า ธุรกิจโรงแรมต่างจังหวัดทุกวันนี้เป็นอย่างไร หนี้สินกับธนาคารก็มี เป็นอย่างไรบ้าง ดูเหมือนว่าหน้าตาเราก็ดี แต่ก็ไม่ได้อะไรเงินดั่งอย่างที่ลูกคิดอย่างไร ลูกก็ดูเหมือนจะซื่อคนน้อยหนึ่ง แล้วก็เข้าใจสถานการณ์ พ่อเองกลับมาคิดย้อนดู ก็จำได้ว่า คุณปู่ก็เคยทำแบบนี้กับพ่อ คือเล่าสถานการณ์ที่เป็นจริงทางการเงินให้ลูก ๆ ได้รับรู้และเข้าใจสังเกตดู จะเห็นได้ว่า หลังจากนั้นไซ้จะใช้เงินอย่างระมัดระวัง และมีนิสัยมากขึ้น เขาเห็นว่า ไซ้เริ่มเรียนรู้ชีวิตจริง และพร้อมจะโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ เวลานี้ไซ้อายุได้ประมาณสิบสี่สิบห้าปีแล้ว เขาเริ่มเห็นว่าทำอะไร ไม่ต้องทำตามเพื่อน หรือเหมือนเพื่อนทุกอย่าง





วันหนึ่ง เขามาขอบคุณคุณแม่ ที่ไม่ซื้อซอฟต์แวร์เกมให้ เขาบอกว่า เวลานี้พวกซื้อเกมไปติดตั้งที่บ้าน ผลการเรียนไม่ดีกันทุกคน และมีเพียงสามคนที่ไม่ได้เอาเกมไปติดตั้งที่บ้าน ปรากฏว่าผลเรียนออกมาดีมาก เป็นที่น่าพอใจ เขามาขอบคุณคุณแม่ที่ช่วยเหนี่ยวรั้งเอาไว้ และไม่ซื้อเกมให้เขาทันทีในเวลานั้น

คำถามก็คือจะมีบ้านไหนบ้าง ที่มีโอกาสเรียนรู้และตั้งตัวได้อย่างบ้านนี้ ที่ลูกยังไม่ได้ติดเกมอย่างโง่หัวไม่ขึ้น ที่ร้ายกว่านั้นก็มีอีกมาก ที่มาปรึกษาผมก็มีชั้นติดยาเสพติดแล้วก็มี มาจากครอบครัวดี ๆ แต่เลี้ยงลูกไม่เป็น ที่โรงพยาบาลปัว จังหวัดน่าน ผอ.โรงพยาบาล หลังจากไปทำกิจกรรมให้ซิมกลางสองวันหนึ่งคืน บอกเลยว่า ครั้งต่อไปอยากให้ทำให้ครอบครัวของคนทำงานที่นั่น เขาเชื่อว่า ถ้าครอบครัวเป็นสุขงานก็จะออกมาดี ชั้นแรกต้องเข้าไปดูแลครอบครัวเสียก่อน

งพพิณไม่กินแกงจืดเลยนะ ออ...

### ดูแลครอบครัวได้ ก็ดูแลคนทำงานได้

ส่วนใหญ่คนที่เข้ามาเรียนโปรแกรมของเรา มักจะเป็นระดับหัวหน้างาน และระดับผู้บริหาร แต่ที่ทำกับผู้นำระดับชาวบ้านก็มี การดูแลลูกน้อง ก็เหมือนกับการดูแลลูก ในระดับอยู่รอด หรือในระดับพลังชีวิต ของสมองชั้นต้น เราได้ดูแลลูกน้องของเราดีแล้วหรือยัง

หลักสูตรการเป็นผู้นำหรือนักบริหารประการหนึ่งที่สำคัญที่จะต้องเรียนก็คือ การมอบหมายงาน หมายมอบหมายงานเป็นหรือไม่ เราขำขึงไม่พันคอหรือเปล่า เราเป็นคอขวดในองค์กรหรือเปล่า ใช้งานหลาย ๆ อย่างมาคั่งค้างอยู่ที่เรา เพราะเราไม่ปล่อยงานออกไป ทำไมเราจึงไม่ไว้วางใจลูกน้องของเรา ทำไมเราจึงไปคิดว่า ลูกน้องของเราไม่สามารถรับผิดชอบงานที่เราให้ทำได้

มีผู้บริหารบางคนมาถามว่า “คุณมีวิธีที่อบรมให้คนทำงานมีสำนึกไหม” คำตอบง่าย ๆ ทันทีทันใดก็ว่า “มี” แต่ว่า ปัญหามันอยู่ที่คนถามนั่นแหละ เรามักจะคิดว่า ปัญหาทั้งหมดอยู่นอกตัวเรา แต่ทำไมมนุษย์ที่มีความสามารถสูงยิ่ง มีศักยภาพของสมองที่ปราดเปรื่องยิ่ง จึงไม่สามารถใช้ศักยภาพนั้นออกมา ผมว่าปัญหามันอยู่ที่เจ้านายมากกว่าลูกน้อง และปัญหาเรื่องนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกเลี้ยงลูกอย่างไร ที่ลูกจะช่วยตัวเองได้ ทำอะไรเป็น รับผิดชอบและมีวินัย เป็นเรื่องเดียวกันเลยครับ

งพพิณไม่กินแกงจืดเลยนะ ออ...

### องค์กรจัดการตัวเอง การให้พื้นที่แบบเอื้อถึงและความเข้าใจในประสิทธิภาพการเรียนรู้

พื้นฐานของชีวิตที่มีมาก่อนที่ชีวิตจะวิวัฒนาการมา มีสมองเสียอีกก็คือ “ความเป็นองค์กรจัดการตัวเอง” แล้วทำไมเราจึงไปคิดว่า ลูกของเราจัดการตัวเองไม่ได้ และเราก็ไปคิดว่า ลูกน้องของเราจัดการตัวเองไม่ได้

ปัญหาของเราทั้งหมดอยู่ที่เราไปปล่อยให้ระบบโรงเรียนครอบเรา จะมาลองฟังเรื่องเล่าเรื่องหนึ่ง อันเป็นงานวิจัยของนักสังคมศาสตร์ชื่อ ดรายฟัสสองคน เขาไปวิจัยในโรงพยาบาลด้วยครับ เรื่องเป็นอย่างนี้

มีการทำบันทึกวิธีโอบูคคลากรหกคน ในการทำการช่วยชีวิตคนไข้ ที่เรียกว่า CPR ในกรณีที่คนไข้หัวใจหยุดเต้น หกกรณีนี้เป็นการสมมติให้ทำ แล้วถ่ายเป็นวิดีโอไว้ ห้าในหกคนดังกล่าวเป็นนักศึกษาฝึกหัดที่ขาดประสบการณ์ และมีคนหนึ่งในนี้เป็นผู้ช่วยแพทย์ที่มีประสบการณ์แล้ว ได้เอาวิธีที่คนไข้ไป

ให้คนสามกลุ่มดู คือมี กลุ่มผู้ช่วยแพทย์ที่มีประสบการณ์ หนึ่งกลุ่ม มีกลุ่มนักศึกษาที่กำลังอยู่ในช่วงฝึกฝนในเรื่องนี้ หนึ่งกลุ่ม และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มครูผู้ฝึกสอนในเรื่องการช่วยเหลือชีวิตคนนี้ และให้แต่ละคนตอบคำถามว่า “ถ้าคุณประสบอุบัติเหตุและต้องการความช่วยเหลือในการกู้ชีพ คุณจะเลือกใคร” ผลปรากฏว่า กลุ่มผู้ช่วยแพทย์ที่มีประสบการณ์ เลือกถูกต้อง 90 % กลุ่มนักศึกษาฝึกหัดงานเลือกได้อย่างถูกต้องแค่ 50 % เท่านั้น และกลุ่มสุดท้าย ซึ่งสร้างความประหลาดใจให้แก่คนทำวิจัยอย่างมาก เลือกได้ถูกต้องเพียง 30% เท่านั้น

เกศพิ้งกนกกุล

อะไรทำให้ครูผู้ฝึกสอนเลือกได้ถูกต้องน้อยกว่าผู้อื่นคำตอบอาจจะเห็นว่า ปัญหาเชิงปฏิบัตินั้นแตกต่างจากปัญหาแบบเหตุผลหรือตรรกะ ศิลปะมีความสำคัญไม่แพ้ศาสตร์ในการทำงานและสร้างสมองค์ความรู้ต่าง ๆ ดังที่เครื่องมือการสร้างความรู้ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ จะให้ความสำคัญกับ Tacit Knowledge หรือปัญญาเชิงปฏิบัตินี้เองในการพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนรู้และการทำงานห้าอันดับของดราวยฟิสและดราวยฟิส อันนี้ผมเอามาจากหนังสือฟีนสังคมศาสตร์โดย... ที่อาจารย์อรรถชัย อาจอำแปลงมา ห้าประสิทธิภาพการเรียนรู้เป็นดังนี้

### ห้าขั้นตอนแห่งประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของมนุษย์

#### Novice Context-independent เด็กฝึกงานเดรตรง

เด็กหัดงาน อาศัยการเรียนรู้กฎเกณฑ์ทั่วไป ความรู้เชิงวิชาการ และจะปฏิบัติตามกฎอย่างเดรตรง ยกตัวอย่าง พยาบาลฝึกหัดในคลินิกเด็ก ที่พี่เลี้ยงพยาบาลบอกให้ทำอะไรหนึ่งถึงแปดประการก็จะทำให้แก่เด็กทุกคนแปดอย่างนี้ เสมอกันไปหมด โดยไม่ละเว้นข้อใดไว้ก่อน แล้วค่อยมาทำทีหลัง ทาดำเนินงานก็เป็นไปอย่างเดรตรง โดยไม่สนใจว่า เด็กคนอื่นจะแฉร่องอย่างไร ตัวก็จะทำตามลำดับที่ได้รับคำแนะนำมา

#### Advance beginner เด็กฝึกงานที่ก้าวหน้า

เด็กฝึกหัดที่ก้าวหน้าขึ้นมาหน่อยหนึ่งแล้ว จะเริ่มตระหนักในสถานการณ์ รับรู้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว/บริบท และนำสิ่งที่ตระหนักในสถานการณ์เข้ามาประมวลในการทำงานด้วย ไม่ได้เอาแต่กฎทั่วไปอย่างเดรตรงเหมือนเมื่อก่อนเขาหรือเธอเริ่มรู้ว่า จะอาศัยกฎเกณฑ์มาใช้ในการทำงานอย่างเดียวไม่ได้ หากต้องมีการอ่านสถานการณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง บริบทเริ่มเข้ามามีความสำคัญ ไม่แพ้กฎเกณฑ์สากลอันไม่ขึ้นต่อบริบท นี่เป็นจุดเริ่มต้น ที่จะก่อเกิดปัญหาเชิงปฏิบัติ และเป็นการเปิดการทำงานของสมอง ในส่วนอื่น นอกจากซีกซ้ายที่จะจดจำกฎเกณฑ์อย่างเดรตรง ตรงนี้คำหลักจะมี สถานการณ์ ประสบการณ์ตรง ทาด่านสถานการณ์ การจัดอันดับความสำคัญ

#### Competent performer คนทำงานเป็น

ผู้ปฏิบัติหรือคนทำงานเป็น จะแตกต่างออกมาจากเด็กฝึกหัดที่ก้าวหน้า ตรงที่ว่า พวกเขาเริ่มสะสมประสบการณ์ตรงมากขึ้น มีการตระหนักในสถานการณ์มากขึ้น และความสามารถในการอ่านตีความสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถกระทำการได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม การรับรู้เรียนรู้งานเขาหรือเธอเริ่มครอบคลุมสถานการณ์ส่วนใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมเสียทั้งหมดทีเดียว หากครอบคลุมได้ถึง แปดสิบ เก้าสิบเปอร์เซ็นต์ โดยที่ในที่สุด ก็อาจจะต้องมีพี่เลี้ยงที่เก่งกว่า คอยแนะนำในสถานการณ์ที่ไม่เคยเจอ หรือ ความเปลี่ยนแปลงไปจากบริบทเดิม อย่างไม่ปกติดูบ้าง



## Proficient performer คนเก่ง

คนทำงานเก่ง หรือยอดเยี่ยมมองเห็นปัญหา เป้าหมาย และแผนงานด้วยญาณทัศนะจากมุมมองเชิงประสบการณ์ และนำทางเลือกจากญาณทัศนะมาตรวจสอบด้วยการประเมินเชิงวิเคราะห์ ที่อาศัยความคิดแบบเหตุผล เพื่อประกอบการตัดสินใจ

ในขั้นนี้ การคิดงานธรรมดาจะถูกแทนที่ด้วยกระบวนการปัญญาธิกระดับหนึ่ง นั่นคือการทำงานของญาณทัศนะจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้น การทำงานของญาณทัศนะนั้นไม่ใช่ที่เราจะหยุดการคิดไปเลย หากแต่ว่า การคิดงานตามปกติจะเป็นกระบวนการเตรียมการ บ่มเพาะ แต่การได้มาซึ่งปัญญาจริงก็คือการเปิดรับญาณทัศนะ หรือปิ้งแวบ มันเป็นการเคลื่อนจากฐานงานในจิตสำนึกเข้าไปสู่ฐานของจิตไร้สำนึกมากขึ้น เราคิดใคร่ครวญในจิตสำนึก หาข้อมูล ศึกษาเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาในจิตสำนึก เหมือนกวนน้ำในอ่างน้ำ แล้วให้จิตไร้สำนึกทำงานต่อ จิตไร้สำนึกจะทำงานยี่สิบสี่ชั่วโมง ไม่หยุดหย่อน ซึ่งเป็นการนำ “มหาสมุทรแห่งปัญญา” ทั้งหมดมาทำงานให้เรา

ยกตัวอย่างเช่น นักการตลาดที่เยี่ยมยุทธ์ จะติดตามเรื่องราวการตลาดของสินค้าที่เธอชำนาญ ด้วยการอ่านและการฟังทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งรายงานอย่างเป็นทางการและเสียงซุบซิบ วันหนึ่งวันใดผู้จัดการฝ่ายการตลาดคนนี้อาจจะตัดสินใจต่อปัญหาบางประการหรือต่อความเป็นไปได้ของทำยอดขายบางประการ คือได้ไอเดียเดียวทางยุทธศาสตร์การตลาดขึ้นมา แล้วเธอก็ทำการศึกษาสถานการณ์ทางการตลาด หรือแม้กระทั่งจัดการให้มีการวิเคราะห์ทางการตลาดอันลับซับซ้อนขึ้นมา อย่างภาคภูมิใจในความสามารถของตัวเอง ซึ่งบางทีอาจจะละเลย ญาณทัศนะที่เกิดขึ้นในตอนแรก ไม่ได้เฉลียวใจเลยว่า ถ้าไม่เกิดญาณทัศนะเช่นนั้นก็จะไม่มีงานวิจัยทางการตลาดขึ้นนี้เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า ในระดับคนทำงานที่เยี่ยมยุทธ์นี้ วิธีการสองอย่างดำรงอยู่อย่างแยกตัวออกจากกันไม่ได้ กล่าวคือ วิธีเชิงประสบการณ์หนึ่งหรือปัญญาที่ได้มาจากญาณทัศนะทางหนึ่ง กับวิธีคิดอย่างตั้งใจหรือการคิดเป็นลำดับขั้นทางเหตุผลอีกทางหนึ่ง เธออาจจะใช้สองวิธีการนี้กลับไปกลับมา แต่ยังไม่มีการประสานเชื่อมโยงทั้งสองเข้าด้วยกัน อย่างแนบเนียนนัก คือยังไม่เป็นทำนองเพลงอันประสานเสียงได้อย่างกลมกลืนแล้ว

## Expert เชียน

สุดท้ายสำหรับเชียน (คำแปลว่าเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ”) อาจจะทำให้เราเข้รกรเข้าพงไปอีกทางหนึ่ง ซึ่งจะไม่ตรงความหมายกับภาษาอังกฤษ Expert ในความหมายของดรายฟัสและดรายฟัส ก็เลยขอใช้คำว่าเชียน) แล้ว การทำงานของเขาหรือเธอในสถานการณ์หนึ่ง ๆ จะมองเห็นปัญหา เป้าหมาย แผนงาน และการกระทำในช่วงขณะหนึ่งเดียว โดยไม่ได้เป็นการคิดค้นลำดับความเป็นมาแต่อย่างใด มันจะมาด้วยญาณทัศนะ เป็นองค์รวม และประสานสอดคล้องต้องกันทั้งหมด อย่างงดงาม นี่เป็นความชำนาญอย่างแท้จริงของมนุษย์ ไม่มีการคิดวิเคราะห์แบบตั้งอกตั้งใจอันใดเข้ามากีดขวาง

ในหนังสือ Mind Shifts ของ Geoffrey Caine, Renate Nummela Caine, Sam Crowell ในสำนัก Brain Base Learning สิ่งที่พวกเขาเขียนไว้คือการทำงานของสมองในส่วนของจิตไร้สำนึก มันกว้างใหญ่ไพศาลและลุ่มลึกสุดหยั่ง และที่จริงสมองทำงานในระดับจิตไร้สำนึกนี้จะทำงานอยู่ตลอดเวลา เขาแบ่งความจำและการรับรู้เรียนรู้เป็นสองแบบด้วยกัน แบบหนึ่งทำงานในจิตสำนึก เป็นความทรงจำที่เทียบได้กับการเรียนตำรับตำรา เป็นการเรียนรู้แบบคิดเอา แบบวิเคราะห์วิจจัย กับอีกแบบเป็นความทรงจำ



แบบผ่านประสบการณ์ตรง เป็นการเรียนรู้ในจิตไร้สำนึก มันจะทำงานของมันเองตลอดเวลา มันเป็นความทรงจำเหมือนภาพยนตร์ มันบันทึกเรื่องราวทุกอย่างไว้ตามที่รับรู้ อย่างที่ยังไม่ผ่านการตีความด้วยซ้ำ แล้วมันเก็บไว้ในคลัง เรียกออกมาใช้ได้ตลอดเวลา ถ้าเราผ่อนคลาย และฝึกฝนการเรียนรู้อีกอย่างหนึ่ง เราจะสามารถเรียกการเรียนรู้แบบนี้ ความทรงจำแบบนี้มาใช้ได้อย่างที่เราปรารถนา นั่นคือการรู้จักทำงานกับญาณทัศนะนั่นเอง

เขียนทำงานโดยอาศัยความเข้าใจที่ผ่านประสบการณ์มาแล้ว เป็นการมองอย่างรอบด้าน หรือเป็นองค์รวม และสูงมอม ด้วยญาณทัศนะ โดยไม่ต้องอาศัยกระบวนการทางความคิด

ความเข้าใจด้วยญาณทัศนะนั้น โดยแรกเริ่มมาจากประสบการณ์ของร่างกาย ด้วยเหตุนี้ความเข้าใจนั้น ๆ จึงเป็นหนึ่งเดียวกับตัวตนของผู้เข้าใจ เขียนไม่ได้มองปัญหาเป็นอย่างหนึ่ง และทางออกเป็นอีกอย่างหนึ่ง เมื่อกระทำการ พวกเขาไม่กังวลกับอนาคต และพวกเขาไม่ต้องวางแผน ความเชี่ยวชาญของพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของตัวตนของพวกเขามาก ๆ พวกเขาไม่ได้รับรู้มันว่าแตกต่างแปลกแยกออกไปจากร่างกายของพวกเขา

ญาณทัศนะไม่ใช่การคาดเดา ความไร้เหตุผล หรือแรงบันดาลใจอันอยู่เหนือธรรมชาติ สำหรับทรายฟัสและทรายฟัสแล้ว ญาณทัศนะเป็นคุณสมบัติหนึ่งของมนุษย์ที่มีใช้ในชีวิตประจำวันนั่นเอง

ตัวอย่างที่ทรายฟัสและทรายฟัสยกมา ก็คือแพทย์ผ่าตัดสมองที่เชี่ยวชาญ เขาผ่านกรณีต่าง ๆ มานับเป็นหมื่นราย เมื่อมีคนไข้คนหนึ่งถูกนำเข้ามา เขาระลึกถึงสองสามกรณีได้ขึ้นมาทันที และสามารถเทียบเคียงกับกรณีปัจจุบันได้อย่างน่าทึ่ง เขารู้ว่า ความแตกต่างคืออะไร ความล้มเหลวคล้ายคลึงคืออะไร ความท้าทายที่เขาเผชิญอยู่คืออะไร แล้วเขาก็กระทำการได้คืออย่างไม่มีที่ติสมองของคนเรา เพียงเนื้อสมองหนึ่งลูกบาทก์เซนติเมตร ก็สามารถเก็บเรื่องราวในห้องสมุดที่ใหญ่ที่สุดในโลกได้ เราไม่ต้องกังวลกับปริมาณ หรือความยุ่งยากซับซ้อนเลย เพียงเราไว้วางใจ จิตไร้สำนึกของเรา เพียงเราไว้วางใจมหาสมุทรทางปัญญาที่มีอยู่ในตัวเรา ความมหัศจรรย์ก็สามารถเผยตัวออกมาได้เอง

## โจทย์สองข้อ

หนึ่ง ที่มาของความรู้

สอง มนุษย์จะเรียนรู้ร่วมกันได้หรือไม่

บทเรียนจากงานวิจัยของทรายฟัสสองคนนี้ ได้ทำให้เรากลับมาเห็นความสำคัญของการเรียนรู้เองของคนในองค์กรอีกครั้ง ที่จริงความรู้และปัญญาของโลกก็ได้พัฒนาขึ้นมาเพราะปัญญาเชิงปฏิบัติของคนทำงานเหล่านี้ด้วย อย่างมีนัยสำคัญตอนนี้ได้เกิดโจทย์ในทางกระบวนการทัศนขึ้นมา มันไม่ใช่เพียงโจทย์ทางเทคนิคเท่านั้น

โจทย์แรก ก็คือ ที่มาขององค์ความรู้ ในการสร้างเสริมให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ นั่น “ความรู้” มาจากไหน?

โจทย์ที่สอง เป็นโจทย์ที่เดวิด โบห์มเกิดความฉงนฉงายในขณะที่อยู่ในชุมชนนักวิทยาศาสตร์ระดับโลก ที่แบ่งเป็นสองค่าย คือค่ายของไอน์สไตน์และค่ายของควอมตัมเมคานิกส์ สิ่งที่เขาเห็นเป็นข้อจำกัดก็คือ ถึงที่สุดแล้วทั้งสองค่ายนี้ไม่ยอมพุดคุยกัน เขาก็เลยไปค้นคว้าวิธีการใดจะลือคขึ้นมา เพื่อจะ

## มาแก้ปัญหาอย่างนี้

โจทย์ที่สอง มาจากว่า การคิดร่วมกันของมนุษย์เป็นไปได้ไหม และมันจะมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไรบ้าง

คำตอบของโจทย์แรกก็คือ มนุษย์แต่ละคน ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่ มีพลังการเรียนรู้มหาศาล เราจะต้องปลดปล่อยพลังนี้ออกมา โดยให้พื้นที่กับความเป็น “องค์กรจัดการตัวเอง” ของพวกเขา เมื่อพวกเขามีพื้นที่ พวกเขา ก็จะมีแรงบันดาลใจ มีพลัง มีวินัย ที่เราไม่คิดว่าเด็กจะมี ไม่คิดว่าลูกของเราจะมี หรือคนทำงานกับเราจะมี หรือ โจทย์ที่ว่า ทำอย่างไร คนทำงานจะมีจิตสำนึก คำตอบก็อยู่ตรงนี้เอง ประชา ทุตานุวัตริเพื่อนของผมใช้คำว่า “ต้องให้พวกเขาตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ เอง” คือให้ตัดสินใจเรื่องราวที่พวกเขาจะเรียน หรือจะทำงานได้ด้วยตัวเอง ตรงนี้ก็คือพื้นที่ที่เป็นจริงคำตอบต่อโจทย์ข้อที่สอง เราวิจัยหาคำตอบด้วยการเอาความคิดของโบห์มมาลงมือปฏิบัติจริง เอาความคิดของเขามาทยอยเป็นกิจกรรมง่าย ๆ ที่ปฏิบัติได้จริง ให้กับการจัดฝึกอบรมให้กับองค์กรต่าง ๆ ที่ต้องการพัฒนาบุคลากร ต้องการพัฒนาองค์กร ต้องการรบมเพาะหล่อเลี้ยงให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เราพบว่า ไดอะลิสคของโบห์มใช้ได้เป็นอย่างดีเยี่ยม ในการทำให้คนได้มาพูดคุยกัน เรียนรู้ร่วมกัน และสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และการสานความสัมพันธ์เพื่อนร่วมงานกันได้ดี เป็นอย่างดีเยี่ยม และก่อให้เกิดความยั่งยืนด้วย

ที่จริงไดอะลิสคของโบห์มได้ตอบโจทย์ของชีวิตได้ทั้งสามระนาบ คือในระดับอยู่รอด อยู่ร่วม และอยู่อย่างมีความหมาย

## อยู่รอด อยู่ร่วม อยู่อย่างมีความหมาย

ปัญหาของพลังนั้นเกี่ยวพันกันอยู่ในสามระดับหรือสามระนาบ ที่จริงทั้งสามระนาบนี้ทำงานร่วมกันในคนที่ มีพลัง แต่อาจจะขัดแย้งกันในคนที่สับสนและไม่มีพลัง แต่การแยกออกเป็นสามระนาบนี้ จะช่วยให้เราเข้าไปทำงานกับพลังของเราได้ง่ายขึ้น ได้ดีขึ้น สาม “อยู่” นี้มาจากปัญญาสามฐาน หรือสมองสามชั้น มนุษย์นั้นตามทฤษฎีวิวัฒนาการ มนุษย์เคยเป็นสัตว์เลื้อยคลานมาก่อน และมาเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และในที่สุดก็วิวัฒนาการจนมาเป็นมนุษย์ เรามีสมองของสัตว์เลื้อยคลานอยู่กับเรา เป็นสมองขั้นต้น จากนั้นเมื่อเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ในตัวเราก็โผล่ปรากฏหรือผุดบังเกิดสมองชั้นกลางขึ้นมาครอบสมองสัตว์เลื้อยคลานอีกทีหนึ่ง คือสมองสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นั้นข้ามพ้นสมองสัตว์เลื้อยคลาน แต่ก็เอาสมองสัตว์เลื้อยคลานปนเข้ามา หรือรวมเข้ามาเป็นระบบเดียวกัน แต่การรวมเข้ามา ก็ยังไม่ได้เนียนสนิทเป็นเนื้อเดียวกันนัก หากเราจะต้องฝึกฝนตัวเอง เราจึงจะใช้การรวมเข้ามานี้ได้อย่างมีพลัง หรือที่ผมใช้คำเรียกว่า “มณฑลแห่งพลัง” ซึ่งการรวมเข้ามาได้อย่างมีพลังนี้ จะได้พูดถึงต่อไปในการบรรยายครั้งนี้ ต่อมาสมองมนุษย์ก็มาครอบสมองสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอีกทีหนึ่ง ข้ามพ้นแต่ปนอยู่ ข้ามพ้นแล้วรวบรวมเข้ามาด้วย เอาทั้งสมองสัตว์เลื้อยคลานและสมองสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเข้ามารวมทำงานกันด้วย

ทางการศึกษาของรูดอล์ฟ สไตเนอร์หรือการศึกษาของวอลดอร์ฟเขาเรียกทั้งสามระนาบนี้ด้วยภาษาอังกฤษง่าย ๆ ว่า Willing, Feeling, และ Thinking แปลว่า เจตจำนง อารมณ์ความรู้สึก และความคิด ทางเชียงราย หรือกลุ่มจิตวิวัฒน์เชียงราย เราใช้คำกล่าวถึงสามระนาบแห่งการดำรงอยู่นี้ว่า “อยู่รอด อยู่ร่วม และอยู่อย่างมีความหมาย”

## มณฑลแห่งพลัง ปัญหาหรือโอกาส?

### ทำอะไร จึงจะสามารถประสานพลังของปัญญาสามระนาบนี้

ตรงนี้อาจจะพูดง่าย ๆ ได้ว่า หากมองทั้งสามส่วนหรือสามระนาบทำงานด้วยกันแบบร้องเพลงประสานเสียง คือไม่เกี่ยงงอน ไม่ข้ามหน้าข้ามตา เราก็จะมี “พลัง” ถ้ามันขัดแย้งขัดขืน มันก็จะ “ไม่มีพลัง” เท่านั้นเอง

ตรงนี้บุรุษ ลิปตัน นักชีววิทยาที่เคยมานาฏุกาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เคยนำเสนอไว้ว่า ชีวิตมีอยู่สองโหมดเท่านั้น คือโหมดปกติกับโหมดปกป้อง เขาว่า ในโหมดปกติ ชีวิตจะดำเนินไปตามปกติ คือจะเติบโต จะซ่อมแซมสิ่งสึกหรอ จะฟื้นคืนพลังและความกระปรี้กระเปร่า ที่สำคัญข้อสุดท้ายนี้ ชีวิตจะ “เรียนรู้”

แต่ในโหมดปกป้อง เมื่อชีวิตรับรู้และตีความ ผมใช้คำว่าตีความเผื่อไว้เลยในระดับชีวิตที่ซับซ้อน เช่น มนุษย์ หากเรารู้และตีความว่า เราไม่ปลอดภัย ชีวิตก็จะเข้าไปอยู่โหมดปกป้อง ชีวิตได้เตรียมตัวที่จะต่อสู้ นรือหนี หรือ ฝ่อหรือหดตัว ที่ภาษาอังกฤษก็จะว่า Fight, Flight or Freeze ตัวหลังนี่คือหดตัว แข็งแข็งเตรียมตัวตาย ไม่เอาอะไรแล้ว เมื่อเป็นเช่นนั้น ชีวิตก็จะหยุดเติบโต หยุดซ่อมแซมสิ่งสึกหรอ หยุดฟื้นคืนพลัง ที่สำคัญที่สุดจะหยุด “เรียนรู้”

### สามเหลี่ยมแห่งการถดถอยทางวิวัฒนาการ

โจเซฟ ซิลตัน เพียช นักคิดนักเขียนนักการศึกษาผู้ประมวลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ล่าสุดมานำเสนอให้เราได้เข้าใจกระบวนการเรียนรู้อันลุ่มลึกของมนุษย์อยู่เสมอ ๆ ก็ได้พูดถึงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ “สามเหลี่ยมแห่งการถดถอยทางวิวัฒนาการ” คือในโหมดปกป้องของมนุษย์นั้น เราอาจขยายความการทำงานโดยละเอียดของสมองได้ ว่าเกิดอะไรขึ้น กล่าวคือในสมองนั้น ได้เกิดการลือคตัวระหว่างการทำงานของสมองสามเหลี่ยมส่วน คือหนึ่ง “ความกลัว” จากสมองชั้นต้นหรือสมองสัตว์เลื้อยคลาน สอง “ร่องอารมณ์” หรือเทปที่บันทึกการทำงานของอารมณ์ลบต่าง ๆ ที่พร้อมจะกลับขึ้นมาขายข้าได้ตลอดเวลา จากอมิกดาลาในสมองชั้นกลาง คุณหมอประเวศเคยเขียนเรื่องนี้ลงเป็นบทความในหนังสือพิมพ์แล้ว และสาม สมองซีกซ้ายในส่วนของความฉลาดแกมโกง คือสมองทั้งสามเหลี่ยมส่วนนี้จะทำงานร่วมกัน และจะลือคตัว คือไม่ยอมให้ส่วนอื่น ๆ เข้ามาทำงานร่วมด้วย และนี่ก็คือสามเหลี่ยมแห่งการถดถอยทางวิวัฒนาการ เมื่อมนุษย์ทำงานจากความกลัว อันเป็นสมองสัตว์เลื้อยคลานด้านลบ (สมองสัตว์เลื้อยคลานก็มีด้านบวกระดับ ดังจะพูดถึงต่อ ๆ ไป) ก็ออกมาเป็นใหญ่ เนื้อสมองทั้งหมด และเอาอมิกดาลาและสมองชั้นนอก ในส่วนซีกซ้ายมาร่วมงานอันฉลาดแกมโกงมาใช้งาน ที่เรามักจะพูดกันถึงผู้คนที่ไม่ได้ทำอะไรที่สร้างสรรค์แต่มัวแต่จะต่อสู้แก่งแย่งอำนาจกัน ด้วยวิธีการแปลกประหลาดพิสดารต่าง ๆ อย่างไม่น่าเชื่อ และบางทีที่น่าเศร้า คือพวกเราต่างพากันเป็นไปกันทั้งองค์กรก็มี อันนี้ก็ไม่แปลกนะครับ คือพวกที่ไม่ได้มีอำนาจ สามเหลี่ยมนี้ก็ทำงานเหมือนกัน คือทำงานอย่าง หาทงเอาตัวรอดไปวัน ๆ อย่างไม่คิดสร้างสรรค์อันใดที่จะเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง หรือเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในระยะ





ยาวอย่างแท้จริงเมื่อกลับมายังใหม่ดปกติอีกทีหนึ่ง เราจะเห็นประเด็นสำคัญของใหม่ดปกตินั้นก็คือการเรียนรู้ นักวิทยาศาสตร์ อย่างเช่น ฟรานซิสโก เฆเรลา (Francisco Veler) ได้ศึกษาลึกลงไปในกระบวนการชีวเคมีของเซลล์และค้นพบว่า วงจรชีวเคมีแห่งการดำรงอยู่นั้นเอง โดยตัวของมันเอง ก็คือวงจรแห่งการเรียนรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง โครงสร้าง กระบวนการและแบบแผนแห่งการดำรงอยู่ของระบบชีวิต ในตัวของมันเองนั้น ก็คือตัวเดียวกันกับโครงสร้าง กระบวนการและแบบแผนแห่งการเรียนรู้และวิวัฒนาการ กล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า ทั้งเนื้อทั้งตัวของชีวิตดำรงอยู่เพื่อการเรียนรู้และวิวัฒนาการ การเรียนรู้จึงเป็นพลังแห่งศักยภาพอันยิ่งใหญ่ที่แฝงเร้นอยู่ในระบบของชีวิต หากเราเรียนรู้ที่จะปลดปล่อยมันออกมา เราก็จะสามารถเข้าถึงศักยภาพอันยิ่งใหญ่ นั้นได้

### การอยู่รอด

การอยู่รอดเป็นสัญชาตญาณที่รุนแรงมาก หากเรารู้สึกถูกคุกคาม หรือเราดกอยู่ในใหม่ดปกป้องกัน เราจะกลับเข้าไปในความกลัว ความวิตกกังวลและสามเหลี่ยมแห่งวิวัฒนาการถดถอยก็จะเข้ามาครอบงำเรา

เมื่อเราใช้พลังแห่งความอยู่รอดอย่างเหมาะสม เมื่อพลังแห่งความอยู่รอดพลิกไปทางด้านบวกไปทางใหม่ดปกติ พลังนี้ก็กลายมาเป็นความกล้า ความไว้วางใจ ที่จะนำพาชีวิตไปสู่การเรียนรู้และวิวัฒนาการ ระบบชีวิต หรือการจัดองค์กรของชีวิตนั้น แม้ในเพียงการดำรงอยู่ ก็ได้มีการเขียนไว้ในโครงสร้างพื้นฐานที่สุดของชีวิตแล้วว่า ให้เป็นองค์กรจัดการตัวเองแห่งการเรียนรู้ วงจรแห่งการดำเนินชีวิต ตามปกติ ก็จะเป็นวงจรแห่งการเรียนรู้ในตัวของมันเอง ชีวิตนี้ดำรงอยู่ หรืออยู่รอดอย่างมีเป้าหมาย มันถูกเขียนเอาไว้แล้ว ชีวิตมีเส้นทางเดินแห่งการเรียนรู้และวิวัฒนาการ แต่มันก็อาจพลาดและไปติดกับดักแห่ง “ความถดถอยแห่งวิวัฒนาการ” ได้ ถ้ามัน ไม่รู้เท่าทันและไม่เข้าใจ ความเป็นไปแห่งตัวของมันเอง โดยเฉพาะในสัตว์ที่มีความสลับซับซ้อนในทางสติปัญญาเช่นมนุษย์

### การอยู่ร่วม

เพราะฉะนั้นสัตว์เลื้อยคลานจึงอยู่รอดมาเพื่อจะได้วิวัฒนาการมาเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เพื่อที่จะไต่ระดับอยู่รอดขึ้นมาเพื่อการอยู่ร่วมในกระบวนการเรียนรู้แบบเชิงสาย เราจะแบ่งการอยู่ร่วมออกเป็นสองใหม่ดอีกเช่นกัน คือใหม่ดปกติและใหม่ดปกป้องกัน ในใหม่ดปกติ การอยู่ร่วมของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นั้นก็คือพลังแห่งความรัก เราแปลความรักซึ่งเป็นนามธรรมออกมาเป็นกิจกรรมง่าย ๆ ที่ทำได้เลยทันที และควรทำบ่อย ๆ ในทุก ๆ องค์กรที่มีคนอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน นั่นก็คือ การขอบคุณ ชื่นชม และการขออภัยและให้อภัยซึ่งกันและกัน

ทุกครั้งในเวลาที่เหมาะสม ในกิจกรรมการเรียนรู้แบบเชิงสาย เมื่อเราได้ผ่อนคลายในคลื่นอัลฟาพักผ่อนสมควรแล้ว เราก็จะให้ทุกคนที่เข้าร่วมในโปรแกรมการเรียนรู้ของเราต่างพากัน ขอขอบคุณ ชื่นชมและให้อภัยซึ่งกันและกัน เราก็จะเห็นสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น เราจะเห็นว่ากิจกรรมง่าย ๆ นี้ทรงพลังอย่างยิ่ง ทุกคนรู้สึกได้ว่า พวกเขาน่าจะทำได้ทำสิ่งนี้ในองค์กรของพวกเขามานานแล้ว แต่มันไม่มีช่องทางและโอกาสให้ทำได้ และเมื่อทำได้ พวกเขา รู้สึกไปรุ่งโรจน์ สบายใจและมีความสุขเป็นอย่างยิ่ง มีพลังเป็นอย่างยิ่ง ที่ทำให้อยากใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย หรือต้องการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายก็เป็นเช่นนั้น



เอง เราต้องชะล้างท่อลำเลียงของปัญญาแต่ละฐานให้โปร่งโล่ง เราต้องเคลียร์ความขุ่นมัวที่อาจจะมึนในระดับการอุดุดและอยู่ร่วมก่อน แล้วเราก็จะสามารถดำเนินไปทำงานในฐานที่สูงขึ้นไป นั่นก็คือการอยู่อย่างมีความหมาย

### อยู่อย่างมีความหมาย

สมองชั้นนอกของมนุษย์ เป็นฐานปัญญาของความคิด ความคิดนั้นเป็นเหมือนแผนที่ ทำให้เรารู้ได้ว่า เราจะต้องเดินไปในทิศใดที่ใด ชีวิตของเราจะอยู่อย่างไร จึงจะมีความหมาย คนที่ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ย่อมดำรงชีวิตอยู่อย่างปราศจากพลังประชา นุदानุวัตร ผู้อำนวยการอาศรมวงศ์สนิท มูลนิธิเสฐียรโกเศศ นาคะประทีป กำลังหันมาสนใจกับการให้การศึกษาแก่เยาวชน เขาเห็นว่า ที่สำคัญจะต้องให้พื้นที่แก่เด็กที่จะตัดสินใจเองได้ กระบวนการเรียนรู้ที่จะมีความหมายแก่เด็ก ก็คือกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้เด็กสามารถตัดสินใจเองได้

เมื่อเรามาดูเรื่องมณฑลแห่งพลัง เราจะเห็นว่า ในฐานคิดนี้ หากชีวิตเป็นปกติ ความคิดก็จะยึดหยุ่นและสร้างสรรค์ ความคิดนั้น เมื่อเราเข้าใจมัน เราจะเอามันมาเป็นเครื่องมือ เพื่อนำพาเราไปสู่เป้าหมาย ไม่ใช่เอาความคิดมาเป็นเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะเมื่อเราปกป้อง เราจะไปคิดว่า ความคิดคือตัวเรา เราไปยึดเอาความคิดเป็นตัวเรา และเราจะไม่ยอมเปลี่ยนแปลง เมื่อเราไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงทางความคิด เราจะตกเข้าไปอยู่ในโหมดปกป้อง และในโหมดปกป้องนี้ เราจะกลายเป็นเทพม้วนเก่า เราจะไปยึดความคิดเดิมอย่างไม่มีเหตุผล อย่างไม่เข้าใจว่า “ความคิด” เป็นเครื่องมือที่สมองสร้างขึ้นเพื่อเป็นแผนที่นำทางเราไปสู่อะไรที่ดีกว่า ที่จะต้องปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา การเรียนรู้ อีกนัยหนึ่ง ก็คือการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างที่เราจะอยู่เหนือการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ดังนั้นชีวิตในโหมดปกติ คือชีวิตที่เรียนรู้เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความคิดก็ต้องเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาด้วย

### การดำรงอยู่ในมณฑลแห่งพลังอย่างยั่งยืน ในองค์กรแห่งการเรียนรู้

เนื้อหาสำคัญทั้งหมดสรุปได้ดังนี้

หนึ่ง มนุษย์มีศักยภาพสูงมากที่จะเรียนรู้ได้เอง ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่ แต่จะต้องให้พื้นที่แก่พวกเขา การให้พื้นที่คือการตอบสนองต่อสมองสัตว์เลื้อยคลาน ที่ต้องการพื้นที่ เขาต้องการการจัดการตัวเอง เราไม่ต้องเข้าไปจัดการ เราเพียงแต่ไปหล่อเลี้ยงดูแล

สอง มนุษย์มีศักยภาพยิ่งขึ้นไปอีกเมื่อสามารถรวมตัวกัน คิดร่วมกันได้ และมีนักวิทยาศาสตร์ที่มีภูมิปัญญาสู่ลึกถึงระดับโลก คิดค้นเรื่องนี้เอาไว้แล้ว และได้ผ่านการใช้งานทางการปฏิบัติมาแล้วอย่างถ่องแท้ นั่นคือ ไดอะลอค หรือพวกเราเรียกเป็นไทยว่า สุนทรียสนทนา

สาม การเอาสองข้อข้างต้นมาปฏิบัติ ทำได้ไม่ยากไปกว่า การทอดไข่เจียว แต่ขึ้นอยู่กับความจริงใจ ความเปิดใจของเรา ที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่เราไม่คุ้นเคยเท่านั้น ถ้าเปิดใจและจริงใจ ทอดไข่เจียวก็ไม่ใช่ว่าเรื่องยากเย็นอะไรส์ เมื่อเราปฏิบัติได้จริงในสองข้อแรกนั้น งานคุณภาพโรงพยาบาล ก็จะเป็นเรื่องเบาสบาย ที่ไม่มีเวลาก็จะมีเวลา ที่มีอุปสรรคก็แก้ไขได้ทั้งหมดนั้นแหละ คือเราจะเดินทะเลาะงำแพงได้อย่างไม่มีอะไรมาขวางกั้น และเราจะทำได้อย่างยั่งยืน





# A31 Human Capital Investment การลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

## A32 Outcome Mapping วัดให้ง่าย วัดให้ชัด วัดที่พฤติกรรม

รศ.พญ. พันธุ์ทิพย์ สงวนเชื้อ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นพ.ประวิตร วณิชชานนท์

ผอ.รพ.ละงู จ.สตูล

นพ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์

ผอ.รพ.เสนาให้ จ.สระบุรี

นพ.สมยศ ศรีจารนัย

ผอ.รพ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

ผศ.นพ. สุธรรม ปิ่นเจริญ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### การพัฒนาที่ยั่งยืน

ธรรมชาติของการพัฒนา มีหัวใจอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความคิดหรือกระบวนทัศน์ของคน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนให้เป็นไปในทิศทางที่ประสงค์ มีองค์ประกอบที่ซับซ้อน ผู้ดำเนินโครงการพัฒนา มักประสบความยากลำบากในการประเมิน “ผลลัพธ์” ของโครงการ เพราะกว่า “ผลลัพธ์” ที่แท้จริงจะเกิดขึ้นจะต้องใช้เวลา โดยที่ตัวโครงการอาจจบสิ้นไปแล้วเป็นเวลานาน ซึ่งหากประเมินผลลัพธ์ ณ จุดที่โครงการเสร็จสิ้น อาจดูเสมือนโครงการล้มเหลว ในทางกลับกัน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแม้เป็นไปตามคาดหวังของโครงการก็ยังมีคำถามว่าเป็นผลโดยตรงจากการดำเนินการของโครงการหรือไม่ หรือเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการควบคุม

### แนวคิดใหม่ของการพัฒนา

หน่วยงานราชการ เจ้าของโครงการพัฒนางานต่างๆ รวมทั้งองค์กรผู้ให้ทุน หรือจัดสรรงบประมาณ มักจะมีแนวคิดในการพัฒนาแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยนิยมใช้หลักการความเป็นเหตุและผลต่อเนื่อง (cause and effect) ถ้าต้องพัฒนาการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องหนึ่งเรื่องใดก็จะไปจัดกิจกรรมโครงการพัฒนาขึ้นมาดำเนินการ

ในอีกมุมมองหนึ่ง หน่วยงานหรือองค์กรพัฒนาจะถูกหน่วยเหนือ หรือผู้จัดสรรทุนกดดันให้ต้องแสดงให้เห็นถึงที่สามารถวัดได้จากการทำงาน ทำให้เกิดการวางแผนงานและประเมินผลแผนงานแบบ “cause and effect” ที่เริ่มจากการจำแนก “ปัญหา” และ “หาสาเหตุ” แล้ว “ทำการแก้ไข” ไปตามนั้น แต่ในเมื่อการพัฒนาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งเกิดขึ้นในสภาวะแวดล้อมที่ไม่สามารถแยกออกมาจากบริบททั้งหมดได้ เช่น มีหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวข้องมากมายทั้งระดับต้นน้ำและในพื้นที่ เช่น หน่วยงานราชการอื่น ชุมชน องค์กร และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งต่างก็มีปฏิสัมพันธ์กันไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ทั้งงานพัฒนาเรื่องใดเรื่องหนึ่งยังไม่สามารถแยกตัวออกมาจากปัจจัยเงื่อนไขทั้งทางสังคม การเมือง วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ประวัติศาสตร์ และสิ่งแวดล้อมของพื้นที่นั้นซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ หากมีการแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพัฒนานั้นเป็นผลงานของตนเอง (ผู้ให้ทุนก็ดี ผู้ทำโครงการก็ดี) ก็จะทำให้ผู้มีส่วนร่วมทำให้ผลงานสำเร็จหรือตัวชุมชนนั่นเองไม่เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของการพัฒนางานนั้นๆ ขาดความรัก ความผูกพัน ความภาคภูมิใจที่จะเป็นพลังผลักดันการพัฒนาต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน



บทเรียนในอดีตทำให้เกิดแนวความคิดใหม่ของการพัฒนา ที่มองเรื่องที่จะพัฒนาเป็นประเด็นหนึ่งซึ่งอยู่ในระบบเปิด (open system) มีความสัมพันธ์กับเรื่องอื่นๆ และคนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้นอย่างซับซ้อน (complexity) ไม่เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงเพียงเส้นเดียว

แนวคิดใหม่ในการพัฒนาจะมองว่า การเปลี่ยนแปลงหากเกิดขึ้นที่จุดใดจุดหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมกระทบต่อเรื่องอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับเรื่องนั้นอีกหลายจุด ในทางกลับกัน หากเราต้องการจะขับเคลื่อนให้มีการพัฒนาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะต้องวางแผนว่าจะต้องไปปรับเปลี่ยนที่จุดอื่นๆ อย่างไรก็ตาม จะต้องคำนึงถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อการกำหนดและชักนำเข้ามาเป็นภาคีหุ้นส่วน (boundary partners) ร่วมกันพัฒนาเรื่องนั้น การจัดทำแผนงานการพัฒนาจะเริ่มต้นด้วยการจัดการให้เกิดการเห็นคุณค่าร่วมกันระหว่างภาคีในการพัฒนา ทั้งเรื่องวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ของการพัฒนา ทำให้ภาคีเห็นคุณค่าในการร่วมมือกันทำ เกิดข้อตกลงร่วมกันเป็นหุ้นส่วนกัน (agreements and partnerships) แนวคิดแบบใหม่จะเน้นที่การเลือกและแต่งตั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมแผนงาน มีการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม การวางแผนงานชนิดมีส่วนร่วมและครอบคลุมบทบาทความคาดหวังของแต่ละภาคีหุ้นส่วน การจัดการงานพัฒนาแบบใหม่เน้นการ empowerment ผู้ปฏิบัติงานและชุมชน ในขณะที่การติดตามประเมินผลโครงการ จะมีมุมมองที่กว้างขึ้น มีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ “คน” ที่เป็นส่วนสำคัญของงานพัฒนานั้นว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังหรือไม่ ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์ที่ติดตามได้ไว (sensitive) กว่าผลลัพธ์ด้านอื่น และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลสำเร็จและความยั่งยืนของการพัฒนา

การประเมินผลได้เร็วยังเป็นเครื่องมือ feedback ให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพัฒนาโครงการได้ทันการก่อนโครงการเสร็จสิ้น ช่วยทำให้โครงการพัฒนานั้นมีพลวัตไม่แข็งทื่อ ผู้มีส่วนร่วมในโครงการสามารถเรียนรู้และใช้ฝีมือความสามารถและนวัตกรรมมาพัฒนาแผนปฏิบัติการได้ในขณะที่โครงการยังดำเนินอยู่

### Outcome mapping แผนที่ผลลัพธ์ใช้ทำอะไรได้บ้าง

แผนที่ผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาระหว่างชาติแห่งแคนาดา (IDRC) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ได้จัดให้มีการแปลเป็นภาษาไทย จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส) ครั้งแรกในปี พศ. 2547

แผนที่ผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือสำหรับการวางแผนการพัฒนา ติดตามการทำงานและการประเมินผล โดยเน้นการเตรียมการติดตามการทำงานและการประเมินผลตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการวางแผนพัฒนา ในส่วนของการประเมินผลโครงการ สามารถทำเองโดยผู้ดำเนินโครงการหรือทำโดยผู้ประเมินจากภายนอกก็ได้

แผนที่ผลลัพธ์เหมาะสำหรับการพัฒนาที่ต้องการความสำเร็จที่ยั่งยืนโดยคำนึงถึงสภาพความซับซ้อน (complexity) ของชุมชน ให้ความสำคัญกับบทบาทของภาคีหุ้นส่วน (boundary partners) ชักนำให้มีวิสัยทัศน์เห็นคุณค่าและเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดความคาดหวังและเกณฑ์ชี้ความก้าวหน้าของแต่ละภาคี มีการสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์เพื่อที่จะสามารถใช้ติดตามงานและอุปสรรค การติดตามผล



ความก้าวหน้าของโครงการส่วนหนึ่งจะดูจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดกิจกรรมและความสัมพันธ์ของภาคีหุ้นส่วน

รพพ. ร่วมกับ รพ. ผู้นำของประเทศอีก 14 แห่ง ได้นำ “แผนที่ผลลัพธ์” มาวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ประโยชน์ โดยการนำเครื่องมือนี้มาทดสอบการใช้งานจริงๆ กับโครงการส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญๆ ของแต่ละ รพ. ที่ยื่นมือออกไปพัฒนาชุมชน เน้นโครงการที่มีภาคีหุ้นส่วน เช่น โรงเรียน วัด มัสยิด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สมาคมชุมชน กลุ่มชาวบ้าน ตำรวจ หรือ NGO มีการสัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของ รพ. กลุ่มผู้ปฏิบัติ โดยมีคุณ Marion C. Suski เป็นที่ปรึกษา จากการดำเนินการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หลายๆ รพ. เห็นคุณค่าว่าแผนที่ผลลัพธ์เป็นเครื่องมือซึ่งทำให้เปิดมุมมองใหม่ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านจุดติดขัด ซึ่ง รพ. เคยใช้วิธีการแบบเดิมๆ แล้วทำไม่สำเร็จ ในขณะที่หลายๆ รพ. ที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพมาก่อนแล้ว รู้ตัวว่าสิ่งที่ตนเองทำอยู่ก่อนนั้นอยู่บนหลักการนี้อยู่แล้วตามธรรมชาติ แต่เมื่อนำเครื่องมือนี้มาใช้จะเสริมความเข้าใจ เสริมพลัง และทำให้งานเดิมมีความก้าวหน้าสูงขึ้น สร้างเสริมความมั่นใจของทีมงาน และสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีมากขึ้นกับองค์กรอื่นๆ และชุมชน

แผนที่ผลลัพธ์ อาจฟังดูเป็นเรื่องใหม่มาจากตะวันตก แต่คนไทยคุ้นเคยและปฏิบัติโดยธรรมชาติอยู่ก่อนบ้างแล้ว นักพัฒนาคุณภาพหากช่วยกันศึกษาเครื่องมือนี้ และนำแนวคิดหรือวิธีปฏิบัติ ไปใช้ในเรื่องที่เหมาะสมแล้วน่าจะทำให้งานพัฒนาหลายด้านที่เคยติดขัดอยู่มีความก้าวหน้า และงานที่เคลื่อนไปได้แล้วจะมีพลังและช่องทางขับเคลื่อนมากขึ้น คนที่ร่วมกันทำงานมีความสุขมากขึ้น และที่สำคัญที่สุดการใช้เครื่องมือนี้จะช่วยให้การพัฒนาสามารถเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนได้.

### หนังสืออ้างอิง

ซาราล เอล เฟรด คาร์เดน เทอริ สมุทไถล : แผนที่ผลลัพธ์ แปลโดย พิภพ สิทธิประเสริฐกุล, วีรบูรณ์ วิสารทสกุล : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข. โรงพิมพ์เดือนตุลา กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งที่ 2, 2548

## A33 ดมยาด้วยหัวใจ ปลอดภัยไร้กังวล

รศ.พญ.วรรณนา สมบูรณ์วิบูลย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.พญ.ศิริพร ปิติมานะอารี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พญ.ศิริลักษณ์ กล้านรงค์

รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก

รศ.พญ.ฐิติมา ชินะโชติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ไม่มีสาขาทางการแพทย์ใดๆ ที่จำเป็นต้องปฏิบัติงานภายใต้ภาวะความกดดันในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง ดังเช่นการให้บริการในทางวิสัญญี ความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพของการให้ยาระงับความรู้สึก ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ซึ่งรวมหมายถึง ระบบการทำงาน ผู้ปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยก่อนระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์รวมทั้งระบบการจ่ายก๊าซ และการป้องกันความผิดพลาดจากการให้ยา การประกันคุณภาพในการให้ยาระงับความรู้สึก จำเป็นต้องประกอบด้วย

1. ระบบจัดการควบคุมภาวะเสี่ยง (risk control) ทั้งโครงสร้าง การตรวจสอบ และระบบปฏิบัติงานให้ควบคุมภาวะเสี่ยงได้ทั้งหมด ที่สำคัญได้แก่

1.1 โครงสร้างหลักของโรงพยาบาล สถานที่ปฏิบัติงาน ระบบการจ่ายก๊าซอุปกรณ์ที่เหมาะสม จำนวน ระดับความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และคุณภาพในการให้บริการ การตรวจสอบความเที่ยงตรงต่อของอุปกรณ์ การตรวจสอบศักยภาพก่อนการใช้งาน และอื่นๆ

1.2 ระบบการปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการที่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ให้บริการมีความสามารถเพียงพอกับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัด การจัดการวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับผิดชอบมีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ทั้งไม่อยู่ในสภาพที่เสี่ยง เช่น ไม่มีอาการง่วงซึม หรือได้รับยากดประสาท

1.3 ระบบการตรวจสอบภายใน เมื่อระบบได้จัดดำเนินการแล้ว อาจยังมีจุดอ่อนหรือมีภาวะเสี่ยงอยู่ กระบวนการตรวจสอบภายในนอกจากจะช่วยรักษาระดับมาตรฐานที่ถูกจัดไว้ ยังเป็นช่องทางในการค้นหาภาวะเสี่ยงอื่นๆ นอกเหนือไปจากที่ได้ป้องกันไว้ เช่น

- การตรวจสอบความเที่ยงตรงของ flow meter ความเข้มข้นของไอระเหยจากเครื่องให้ไอระเหย อุปกรณ์ที่ใช้วัดค่า vital sign และคลื่นสัญญาณคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ เป็นต้น
- การตรวจสอบจำนวนยาที่อยู่ในคลัง และปริมาณการใช้จริง ทั้งนี้เพราะยาในการให้ยาระงับความรู้สึกอาจถูกลักลอบนำไปใช้ในทางที่ผิด ที่มีโอกาสพบได้มากที่สุดคือผู้ปฏิบัติงานนำใช้กับตนเอง
- การตรวจสอบประเมินสมรรถนะในทางวิชาชีพ เช่นความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพ ความรู้ในยาหรืออุปกรณ์ใหม่ๆ ความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

2. กระบวนการในการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งประกอบด้วย

- การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ยาระงับความรู้สึก ได้

ศึกษาประเมินสภาวะผู้ป่วยและความรุนแรงของโรคผู้ป่วยได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อเลือกวิธีและยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

- กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก
- การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อตรวจประเมินผลของการให้ยาระงับความรู้สึก

3. การประเมินผลการให้บริการ อาจจะเริ่มดำเนินการได้ในหลายวิธี เช่น

- 3.1 ศึกษาจากรายงาน patient safety incidence
- 3.2 ศึกษาจากรายงานการประเมินความพึงพอใจ, รายงานที่มีการฟ้องร้อง หรือ closed-claims analysis
- 3.3 ตรวจสอบจากรายงานที่แสดงความไม่ปกติ ได้แก่
  - การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยไม่คาดการณ์ไว้ก่อน
  - การย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - การช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าในระหว่างและหลังการผ่าตัด
  - การตายในระหว่างการผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
  - การศึกษารายละเอียดของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อการวางมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก (Root cause analysis)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินอัตราการเกิด และผลจากเหตุการณ์

เพื่อวางแผนควบคุมภาวะเสี่ยงต่อไป

เมื่อองค์กรมีความสามารถเพียงพอที่จะตรวจสอบประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อทำอย่างสม่ำเสมอทุกราย ก็จะได้ความถี่ของการเกิดภาวะนั้นๆ โดยความรุนแรงสามารถประเมินได้โดย

- ระดับ 1 ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
  - ระดับ 2 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยบ้าง อาจใช้เวลาถึง 1 เดือน จึงจะหาย
  - ระดับ 3 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยพอสมควร ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงจะหาย
  - ระดับ 4 ทำให้เกิดความพิการอย่างถาวรกับผู้ป่วย
  - ระดับ 5 ผู้ป่วยเสียชีวิต หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้
- สำหรับความถี่ที่เกิดขึ้น อาจให้ได้ลักษณะ

- ระดับ 1 พบได้บ่อยมากในหลายสถานการณ์
- ระดับ 2 พบได้และคาดได้ว่าจะเกิดขึ้น
- ระดับ 3 อาจพบได้ และไม่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- ระดับ 4 ไม่ควรเกิดขึ้น พบได้ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ให้บริการผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก
- ระดับ 5 พบได้น้อยมาก ตลอดชีวิตวิชาชีพ อาจไม่มีใครเคยประสบด้วยตนเอง

ซึ่งการประเมินความถี่และความรุนแรงของผลข้างเคียงต่างๆ เหล่านี้จะต้องใช้ความคิดเห็นของผู้  
 ประสบการณ์ และร่วมประชุมกันเพื่อโต้แย้ง แจ้งข้อจำกัดต่างๆ โดยหลักการแล้วผลกระทบที่รุนแรง



มากกว่าระดับ 2 จะต้องถูกควบคุมอย่างรัดกุมไม่ว่าจะมีโอกาสพบได้บ่อยมากแค่ไหน ประเด็นปัญหาที่เหมือนกันทุกแห่งในโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วยคือ “ระดับความสามารถของผู้ให้บริการในผู้ป่วย emergency นอกเวลาราชการ” ซึ่งนอกจากระบบจะจัดให้พบทวนหรือกำหนดสมรรถนะของผู้ที่สามารถอยู่เวรนอกเวลาราชการแล้ว ยังต้องจัดเตรียมระบบสนับสนุน เช่น ถ้าผู้ป่วยมีสภาวะรุนแรงเกินความสามารถจะต้องตามใคร ได้อย่างไรมาช่วยร่วมรับผิดชอบ

สำหรับองค์กรใหญ่ที่ให้การศึกษอบรมกับบุคลากรหลายระดับจะต้องให้ความสำคัญในการให้ลำดับความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนว่าใครบ้างสามารถปล่อยให้ดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองในลักษณะไหน เช่น ภายหลังจากฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านได้ 3 เดือน สามารถเริ่มและดูแลผู้ป่วยจนเสร็จสิ้นการผ่าตัดได้ตั้งอีกเสบในผู้ป่วยอายุ >15 - 60 ปี ASA class 1 เป็นต้น

ประเด็นสำคัญคือ เมื่อประเมินและรวบรวมความถี่ของภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแล้วจะใช้ทำอะไร ผู้เขียนเชื่อว่าในลำดับต่อๆ ไป ควรประกอบด้วย

1. การศึกษาเทียบเคียงกับข้อมูลในระดับนานาชาติ (International benchmarking) เช่น อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ASA class 1-2 ที่มีสาเหตุมาจากการให้ยาสลบพบได้ 1:200,000 ซึ่งในประเทศไทยพบได้ 1:40,000 หมายความว่าในภาพรวมคุณภาพด้านนี้ยังมีเรื่องที่ต้องทำอีกมาก

2. กำหนดเกณฑ์การส่งข้อมูลร่วมกันจากทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ เช่น จำนวนผู้ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งหมด

2.1 อัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัดในผู้ป่วย ASA 1-2

2.2 อัตราการเสียชีวิตใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในผู้ป่วย ASA 1-2

2.3 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากถอดท่อช่วยหายใจเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

2.4 อัตราการงดผ่าตัดภายหลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก

สรุป แม้นโดยภาพรวมความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกจะมีความปลอดภัยมากขึ้น แต่ประเด็นเรื่องคุณภาพและความคาดหวังจากผู้รับบริการ ทั้งศิษย์แพทย์และผู้ป่วยยังคงเป็นประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางการแพทย์พร้อมๆ กับการเสริมศักยภาพของบุคลากร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีมาตรฐาน มีคุณค่า และปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึก

# A34 รักคุณภาพ รักอนามัยสิ่งแวดล้อม : การจัดการ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม

พันจัตริสัยณ์ห์ แสงสุข

รพ.ปราสาท จ.สุรินทร์

นพ.ประเทือง ตียะไพบูลย์สิน

ผอ.รพ.ตาคลี จ.นครสวรรค์

สุรพล แสงรัตนชัย

กรมอนามัย

ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง

กรมอนามัย

## วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาล ในทัศนระมูมมองของประชาชนผู้ให้บริการอื่น จะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ฯลฯ โดยผู้เข้าร่วมสัมมนาได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างโรงพยาบาลที่มีระบบการบริหารจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS การทำให้โรงพยาบาลสะอาดปราศจากหนูแมลงวันแมลงสาบ

## เนื้อหา

1. ภาพลักษณ์โรงพยาบาลต่อสุขภาวะทางกายและจิตของผู้เข้ารับบริการ
2. การจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ และการจัดทำสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะในโรงพยาบาล
3. ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลสะอาดปราศจากหนู แมลงวัน แมลงสาบ และพาหะนำโรคอื่น ๆ

วิทยากร	ประเด็นนำเสนอ
พันจัตริสัยณ์ห์ แสงสุข	วิธีการดำเนินงานพัฒนาสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลให้ได้รับรางวัลจากการประกวดสุดยอดสิ่งแวดล้อมแห่งปี 2549 (The Best Public Toilet of 2006)รูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานระดับประเทศ
นพ.ประเทือง ตียะไพบูลย์สิน	กว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน HA ต้องดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างไรบ้าง?
ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง	แนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขในโรงพยาบาล เกณฑ์มาตรฐาน HAS (H = Healthy, A = Accessibility, S = Safety) เคล็ด (ไม่) ลับ ในการพัฒนาอย่างยั่งยืน
สุรพล แสงรัตนชัย	ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลสะอาด ปราศจากหนู แมลงวัน แมลงสาบ ฯลฯ



## A35-A45 Key to Excellent DM Care

### A35

นพ.สมเกียรติ โภคิสต์ชัย	กรมการแพทย์
พญ.อารยา ทองผิว	รพ.เปาโลเมโมเรียล
รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
ภญ.อินทิรา กาญจนพิบูลย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

### A45

พญ.ประกายทิพย์ สุศิลป์รัตน์	รพ.บ้านแพรง จ.อยุธยา
อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์	รพ.พระนครศรีอยุธยา
นพ.วัฒนพงศ์ สุขมงคลชัยกุล	รพ.เกาะคา จ.ลำปาง
พิกุลทอง อินทรประการ	รพ.เปาโลเมโมเรียล
พญ.อารยา ทองผิว	รพ.เปาโลเมโมเรียล

## Toward Clinical Excellence Network

นพ.สมเกียรติ โภคิสต์ชัย

เบาหวานระบาดไปทั่วโลก คนไทย 3 ล้านคน เป็นเบาหวานและมีผู้ที่เสี่ยงรอเป็นเบาหวานอีกเท่าตัว เบาหวานเป็นความเสี่ยงไปสู่โรคหัวใจ อัมพาต ตาบอด ไตวาย สูญเสียเท้าและติดเชือรุนแรง แต่ละโรคล้วนมีอันตรายถึงแก่ชีวิต การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานต้องการมุมมองที่กว้างขวางตลอดกระบวนการ รวมไปถึงการป้องกัน การให้ความรู้และคำปรึกษา การดูแลรักษาที่บ้าน ฯลฯ ที่รู้จักกันในชื่อ Disease Management ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญสองประการคือ clinical outcome และ overall cost

TCEN (Toward Clinical Excellence Network) เป็นกลไกที่จะตอบสนองความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ clinical condition เป็นจุดเริ่ม มีจุดมุ่งหมายชัดเจนที่จะยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการพัฒนาและการเรียนรู้ที่ผสมผสานกันอย่างรอบด้าน

อาจารย์อารยา และอาจารย์สมเกียรติ ได้ทำงานร่วมกับ พรพ. ในโครงการ TCEN กลุ่มเบาหวาน เพื่อตามรอยหา best practice ในที่ต่างๆ มาแบ่งปันและร่วมกันสร้างเครื่องชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ เริ่มต้นเรามีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมเครือข่าย TCEN เบาหวาน 7 แห่ง เป็นผู้บุกเบิกในการใช้การจัดการความรู้รูปแบบต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยกันจัดทำเครื่องชี้วัดจำนวน 17 ตัวที่มีการทดลองพร้อมใช้งาน มีคำจำกัดความและ template ชัดเจน พร้อมโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปให้ใช้ กรอกข้อมูลประจำวัน ออกรายงานได้เลย โดยจะมีการวัดผลตาม core measure set ที่ร่วมกันจัดทำเพื่อใช้ในการประเมินตนเองและการเปรียบเทียบเพื่อกระตุ้นการพัฒนา จะได้ทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาต่อไป

การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพของแต่ละโรงพยาบาลโดยลำพัง ไม่พอเพียงที่จะรองรับความเสี่ยงร้ายแรงเสียแล้ว ขอเชิญมาร่วมเป็นเครือข่ายโยียงสหสถาบันทั่วประเทศ เพื่อสร้างความหวังในการชะลอโรคแทรกซ้อนและป้องกันเบาหวานรายใหม่กันเถิด



## ตัวชี้วัดโรคเบาหวานเพื่อจัดทำบทเรียนเวชปฏิบัติที่ดี

ตามโครงการเครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิก

ตัวชี้วัด	รายละเอียด
ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในรอบ 1 ปี
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจเท้าด้วยตนเองหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง
ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ Fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ( $\geq 80$ mg/dl และ $\leq 130$ mg/dl)
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C ประจำปี
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1C น้อยกว่า 7 %
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ
ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่
ตัวชี้วัดที่ 8	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับยา Aspirin
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile
ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันตามเป้าหมาย (LDL < 100 mg/dl)
ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg
ตัวชี้วัดที่ 12	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี
ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานมี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB
ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam
ตัวชี้วัดที่ 15	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ complete foot exam
ตัวชี้วัดที่ 16	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา

## Comprehensive Disease Management for Continuous Quality of Care in Diabetes Mellitus [CQ-Care-DM]

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน ในช่วงที่ผ่านมา มีความพยายามในการนำเอาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (practice guidelines) สำหรับโรคหรืออาการต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพใน patient care team (PCT) ซึ่งมักประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะในแง่การยอมรับจากผู้ปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานพยาบาลระดับต่างๆ กัน ซึ่งมีทรัพยากรและศักยภาพแตกต่างกันมาก รวมทั้ง ยังพบว่าไม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องแบบไร้ตะเข็บ (seamless and continuous holistic care) ได้ ซึ่งในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังได้เริ่มนำแนวคิดในการจัดการภาวะโรคสำหรับประชากร (disease management) และสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัญหาในการรักษา (case management) เข้ามาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทาง disease management และ case management ยังต้องการการจัดการข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้สามารถติดตามการรักษาตามแนวทางการรักษาได้ทั้งในผู้ป่วยเฉพาะรายและในภาพรวมด้วย ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technology) เข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อให้สามารถจัดการภาวะโรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เนื่องจากมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากจึงมักไม่มีเวลาในการพัฒนาเครื่องมือเหล่านี้เพื่อนำมาช่วยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของสถานพยาบาลต่างๆ ตามมาตรฐานการรักษา ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ซึ่งเป็นองค์กรเครือข่ายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยการสนับสนุนของสำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข จึงได้พัฒนาระบบ CQ-Care-DM (Continuous Quality of Care in Diabetes Mellitus) ซึ่งเป็นนวัตกรรมของระบบสุขภาพที่เป็นระบบสนับสนุนคุณภาพบริการผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร ภายใต้องค์ความรู้ทางด้าน disease management และ case management โดยทำการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างตัวแบบ (model) ของระบบการนำแนวทางการบริการสาธารณสุข (health service practice guidelines) ไปใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และหน่วยงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (PCU) ในเครือข่าย ซึ่งใช้กลไกสนับสนุนด้านบริหารจัดการที่โรงพยาบาลต่างๆ เป็นเจ้าของร่วมกัน และสนับสนุนด้านวิชาการและการจัดการสารสนเทศในรูปแบบที่เหมาะสม โดยใช้โรคเบาหวานเพื่อทดสอบตัวแบบซึ่งจะสามารถขยายผลไปยังโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ต่อไปในอนาคตด้วย ทั้งนี้ ได้ดำเนินการในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในช่วงเดือนสิงหาคม 2548 - สิงหาคม 2549 โดยมีโรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการ 3 แห่งคือ โรงพยาบาลศูนย์



พระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชุมชนบ้านแพรก และโรงพยาบาลชุมชนสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 7 นครหลวง และมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเหล่านี้เข้าร่วมด้วยคือ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว สถานีอนามัยลำพะเนียง และสถานีอนามัยนครหลวงตามลำดับ

กรอบแนวคิดและการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาระบบ CQ-Care-DM

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม

ผู้ปฏิบัติจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่ายและนักวิชาการทำงานร่วมกันในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการหารือ ประชุม และระดมสมองร่วมกันในระดับจังหวัด เพื่อให้เป็นแนวทางที่ยอมรับได้ในเชิงคุณภาพมาตรฐานในการรักษา ปฏิบัติได้จริง และมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยครอบคลุม ตั้งแต่การคัดกรอง การตรวจรักษา การประเมินผลและการตรวจสุขภาพประจำปี (yearly check-up)

2. การสร้างระบบส่งต่อแบบไร้ตะเข็บ (seamless care)

ร่วมกันกำหนดเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนในระหว่างผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลแต่ละระดับและนักวิชาการ โดยเน้นการมีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนซึ่งรองรับทั้งการส่งต่อขึ้น (refer up) และส่งต่อลง (refer down) และบุคลากรในสถานพยาบาลทุกระดับสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการรักษา และการส่งต่อกลับสู่ชุมชน

3. การสร้างระบบสนับสนุนการจัดการระบบสารสนเทศ (management information system)

มีการพัฒนาโปรแกรมระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยสนับสนุนการจัดข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล โดยมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูล (data center) เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับจังหวัด ณ โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา รวมทั้ง จัดการข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยได้ง่ายในขณะที่อยู่ดูแลผู้ป่วย (easy access at point of care)

4. การสร้างระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการรักษอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement)

จากข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทุกรายของทุกสถานพยาบาลที่ถูกบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สามารถนำมาวิเคราะห์ประเมินผลเพื่อเป็นสารสนเทศป้อนกลับ (feedback) รวมทั้ง การเทียบเคียง (benchmark) กับสถานพยาบาลอื่นตามชุดตัวชี้วัดต่างๆ

**บทสรุป**

ตัวแบบของระบบ CQ-Care-DM ทุกๆ องค์ประกอบที่ ศสวช. ได้วิจัยและพัฒนา โดยมีการดำเนินการ ณ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นั้น เป็นเครื่องมือที่รองรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตาม

14 มีนาคม 2550



หลักการ disease management และ case management อย่างครบวงจร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล และสามารถขยายผลไปยังโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

เบาหวาน – งานประจำที่ไม่ธรรมดา รพ.บ้านแพรง

พญ. ประกายทิพย์ สุศิลป์รัตน์

ที่มา

ท่ามกลางความพยายามพัฒนาคุณภาพของชาวโรงพยาบาลบ้านแพรง เราารู้สึกว่างานประจำของเรา คือ การบริการตรวจรักษาคนไข้เบาหวาน ช่วงเป็นงานประจำที่เหนื่อยหนัก มีคลินิกเบาหวาน สัปดาห์ละตั้งสองวัน เจ้าหน้าที่ต้องมาทำงานกันแต่เช้า กว่าจะตรวจคนไข้เสร็จก็เที่ยง เป็นภาพที่ซนตา ตอนเช้าเจาะเลือดดูน้ำตาล ตอนสายรับยา บางทีคนไข้ก็กลับมาด้วยภาวะแทรกซ้อน

ทีม PCT ของโรงพยาบาล เคยตั้งคำถามร่วมกันว่า “คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ตรงไหน?” เราแทบไม่เคยนึกเลยว่าเราดูแลคนไข้ของเราได้ดีแค่ไหน ในแต่ละวันที่มาทำงาน หมอมีเวลาคุยกับคนไข้ช่วงสั้นๆ 2-3 นาที เป้าหมายคือให้คนไข้ได้รับการตรวจกับหมอบอกทุกคนเสร็จไม่เกินเที่ยง บอกผลน้ำตาลในวันนั้นให้คนไข้รับทราบ ถามอาการนิดหน่อย เกสซ์กรสอนคนไข้กินยา/ฉีดยา พยาบาลสอนสุขศึกษารายบุคคลและกลุ่ม คนไข้แต่ละคนจะมีผลการรักษาเป็นอย่างไรในภาพรวม? คนไข้ในแต่ละตำบลคุมเบาหวานเป็นอย่างไรกันบ้าง? มีภาวะแทรกซ้อนอะไรกันบ้าง? แนวโน้มผลการรักษาในแต่ละปีเป็นอย่างไร? เราแทบไม่รู้ จนกระทั่ง ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ได้นำบุคลากรเข้ามาช่วย ร่วมคิด ร่วมทำ ตั้งแต่การพัฒนา CPG ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สร้างความเข้าใจให้ตรงกันทั้งอำเภอ นำระบบ IT มาใช้ เพื่อรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล เราจึงได้เริ่มเห็นภาพรวมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเรา

ประสบการณ์ที่อยากเล่า

เวลาพูดสั้นๆ ถึงประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดูเหมือนว่าจะไม่มีอะไรมาก แต่บุคลากรของโรงพยาบาลบ้านแพรงทุกคน ตระหนักดีว่าทุกขั้นตอนของความสำเร็จมีที่มาที่ไป ประทับใจในส่วนของการร่วมคิด ร่วมทำ จนได้ CPG ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อให้เกิดประโยชน์กับเครือข่ายบ้านแพรง คือ

- ทำให้ CPG ที่ใช้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ปฏิบัติได้จริงและยอมรับได้ในทางวิชาการ
- ทีม PCT มีความมั่นใจกับการรักษา และการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- ผู้ป่วยได้รับการที่เป็นมาตรฐาน เป็นองค์รวมมากขึ้น คำนึงถึงคุณภาพชีวิตมากขึ้น
- สถานีอนามัยมีทางเลือกในการคัดกรองได้มากขึ้น (random ได้)
- เป้าหมายในการรักษาชัดเจน และเป็นเป้าหมายเดียวกันทั้งเครือข่ายฯ



ในส่วนของการพัฒนาระบบ IT เพื่อรองรับ นั้น ทีมของเราได้ประสบการณ์นี้มากมายจากการ key ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยย้อนหลัง ซึ่งเป็นเหมือนการอ่านบททวนตำราเรียนเล่มใหญ่ของบุคลากรทุกคน พยายามให้ความสำคัญกับการซักประวัติอย่างครบถ้วน หมอช่วยวินิจฉัยโรค/ภาวะแทรกซ้อนและเขียนลงไปอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้ลงข้อมูลลงง่าย และได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

ทีม หมอ พยาบาล เภสัชกร ลงข้อมูลกันไป ก็คุยกันไปว่าเมื่อทบทวนดูแล้ว การทำงานยังมีจุดบกพร่องหลายจุด เช่น การบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี การบันทึกเรื่องการให้สุขศึกษา การตรวจทำยังทำให้ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เกิดวงล้อ PDCA เล็กๆ ในการทำงาน ของแต่ละคน รวมไปถึงการก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างวิชาชีพไปอย่างไม่รู้ตัว ซึ่งต่อไปจะรวมกันเป็นแรงขับเคลื่อนร่วมกัน นำผู้ป่วยเบาหวานไปถึงเป้าหมายในการรักษาอย่างมีส่วนร่วมและมีความสุข

จากการจัดการข้อมูลที่ดีขึ้น ทีมของเราได้เรียนรู้ว่าในแต่ละปี เราสูญเสียค่ายามากมายเพียงใด กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ขณะนี้ เราเห็นภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อน และ เราสามารถ early detection ได้จากการตรวจสุขภาพประจำปี ตาม CPG เป็นจำนวนเท่าใด รวมทั้ง เห็นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวม

ทางออกของทีม คือ ร่วมป้องกัน เร่งค้นหาผู้ป่วยใหม่ ดูแลผู้ป่วยเก่าให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด การจัดกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสอนเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย/ดูแลเท้า การพูดคุยให้สุขศึกษาหน้า OPD ล้วนเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาที่ได้รับรู้จากการรวบรวมข้อมูล เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีความชัดเจนขึ้นมาก ปีนี้ภาพรวม ค่า FPG เฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานที่เราดูแลอยู่ที่ 140 mg/dl ปีหน้า จะพยายามให้ FPG น้อยกว่า 120 mg/dl โดยที่จะมีข้อมูลการเกิดภาวะ hypoglycemia hyperglycemia หรือข้อมูลการ admit มาเป็นข้อมูลคู่ ขนานที่จะดูเรื่องภาพรวมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

หลายสัปดาห์ที่ผ่านมา หมอนั่งตรวจคนไข้อยู่ในห้องรู้สึกชื่นใจมาก ที่ที่พยาบาลหน้าห้องถามคนไข้ว่าควรคุมเบาหวานให้ดีไม่เกินเท่าไร? คนไข้หลายคนตอบว่า “120” แล้วยิ้ม หลังจากนั้นก็ได้เห็นภาพคุณยายแก่ๆ นั่งเรียนวิธีดูแลเท้า และเช็ดเท้าของตัวเองอย่างตั้งใจ เจ้าหน้าที่กับคุณตา คุณยายก็สอกันไป แช่วกันมา เห็นภาพแบบนี้แล้วรู้สึกดีใจอย่างบอกไม่ถูก คนไข้ไม่ได้ผ่านมาเพียงรับยา 2-3 นาทีแล้วผ่านไปอีกต่อไป แต่พวกเขาได้รับความหวังและความห่วงใยจากทีมพวกเราไปด้วย เราตระหนักได้ว่า คนไข้เค้าก็รู้สึกได้ว่าพวกเราห่วงเค้านะ...

ในโลกยุคปัจจุบัน เราคงปฏิเสธไม่ได้ที่จะให้เทคโนโลยีมาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน การตรวจรักษาโรคเบาหวาน คงไม่ใช่เพียงงานธรรมดาอีกต่อไป เมื่อใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผล เทคโนโลยีช่วยให้เราทำงานง่ายขึ้น ครอบคลุมหลักวิชาการในการรักษามากขึ้น ค้นหาข้อมูล/ผลงานได้มากขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว แต่ในความเป็นมนุษย์ เราใช้เวลาที่เหลือจากการประหยัดเวลาโดยเทคโนโลยี หันกลับมามองคนไข้อย่างเป็นองค์รวมด้วยความเอาใจใส่มากขึ้น สื่อสารกันมากขึ้น ทำความเข้าใจกันระหว่างเพื่อนร่วมวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง เพื่อประโยชน์ และความสุขบนโลกนี้ร่วมกัน

## ระบบสนับสนุนต้นแบบสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CQ-Care-DM รพ.พระนครศรีอยุธยา อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ ที่มา

PCT อายุรกรรมของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีภารกิจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2549 มีจำนวน 3,210 ราย และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักต้องเข้ามา admit ด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น hypoglycemia hyperglycemia DKA หรือ diabetic foot และจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน พบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ถูกเก็บอยู่หลายหน่วยงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มาโรงพยาบาลในแต่ละ visit เช่น ข้อมูล yearly check-up ต่างๆ นอกจากนี้ ในการจัดทำรายงานภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งให้หลายหน่วยงาน ยังพบปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูลและต้องใช้เวลามากในการจัดการข้อมูล จนกระทั่ง โรงพยาบาลฯ ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสนับสนุนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กับศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต้นแบบสำหรับการจัดการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และทบทวนแนวทางการรักษา (clinical practice guidelines: CPGs) ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายอีก 2 แห่ง รวมทั้ง การนำไปปฏิบัติจริง

### สิ่งที่โรงพยาบาลฯ ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโครงการฯ

- กระบวนการปรับ CPGs ที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย ทั้งในระดับ PCU และโรงพยาบาลฯ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย ดูแลรักษา ไปจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกเครือข่ายฯ รวมทั้ง การติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาล และการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนที่ PCU รับผิดชอบ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ได้ฟื้นฟูและ update องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- จากการนำ CPGs ไปปฏิบัติ ทำให้สามารถกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น
- เกิดการพัฒนาด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากขึ้นได้แก่การตรวจ HbA1c microalbuminuria และ FPG
- การจัดการข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยทุกรายย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องเป็นปกติประจำวัน (routine) ทำให้มีฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำมาช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และอื่นๆ ได้จากการทำ yearly check-up
- ในระบบการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ระบบการจัดการข้อมูลในโครงการฯ ได้ช่วยกระตุ้นให้ทีมงานมีการพัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน OPD card อย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
- ระบบการจัดการข้อมูลในโครงการฯ ได้ช่วยการจัดทำสมุดพกประจำตัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีข้อมูลการดูแลรักษาแต่ละ visit ที่ผู้ป่วยมา follow up และการตรวจติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเกาะคา

นพ.วัฒนพงศ์ สุขมงคลชัยกุล

โรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงในจังหวัดลำปาง รับผิดชอบประชากรจำนวน 65,682 คน เบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของผู้ป่วยนอก รองจากโรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ทีมคณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอเกาะคา ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้วางแผนปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในทงส่วนบริการ โดยในโรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานเป็นคลินิกพิเศษ ดำเนินงานเพื่อให้บริการเฉพาะโรค (one stop service) ตั้งแต่ปี 2541 และเชื่อมโยงต่อเนื่องถึงชุมชนเน้นระบบสุขภาพเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลของตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวในที่สุด

ประเด็นสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มมากขึ้น โรคแทรกซ้อน / โรคร่วมเพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ขาดการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัว

เป้าหมาย

- 1) คัดกรองประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป และกลุ่มเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 80
- 2) ค้นหาภาวะแทรกซ้อน ทางด้านไต ตา เท้า มากกว่าร้อยละ 80
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่า 140mg% มากกว่าร้อยละ 65
- 4) การเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่ Hypoglycemia และ Hyperglycemia น้อยกว่าร้อยละ 5
- 5) การเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังน้อยกว่าร้อยละ 5
- 6) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80

กระบวนการพัฒนา มีคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอและคณะกรรมการ PCT, มีการจัดทำ CPG Care Map, มีการพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลคลินิกเบาหวานกับสถานอนามัยโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ในการลงบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการรักษา และรับบริการ, มีการส่งเสริมและป้องกันในระดับหมู่บ้าน ได้แก่ เครือข่ายเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วย เครือข่ายเด็ก ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมสูงอายุ ชมรมแกนนำการออกกำลังกาย กิจกรรมเข้าค่ายเบาหวานกลุ่มเสี่ยง, มีการให้บริการในระดับชุมชนมีแบบครบวงจร, มีการพัฒนาการให้สุขภาพศึกษาเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งอำเภอโดยการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว โครงการอิมด้วย 1 ก่องข้าว และ ขยายผลนวัตกรรมลดดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวาน BMI มากกว่า 23

กุญแจใจไขประตูสู่ความเป็นเลิศ ศูนย์เบาหวาน รพ. เปาโล เมโมเรียล

พิภูลทอง อินทรประการ

เริ่มต้นจากโรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล ได้เข้าร่วมกับ รพ. นำร่องการพัฒนาคุณภาพ ตาม

14 มีนาคม 2550



มาตรฐาน HA ของ 35 โรงพยาบาลแรก ที่มีภารกิจในการพัฒนาคลินิกบริการแบบสหวิชาชีพ เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีโรคแทรกซ้อนครอบคลุมหลายระบบ และมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการค้นหาโอกาสพัฒนา

ในระยะแรกได้มีการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยในศูนย์เบาหวาน โดยเริ่มดำเนินการค้นหาโรคแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่าง พบโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็น 72% ไชมันในเลือดสูง 51% โรคหลอดเลือดสมอง 24% พบโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดฝอย คือ จอประสาทตาผิดปกติ 4% ( จากจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจ 25.3% ซึ่งตามมาตรฐานควรตรวจได้ครบ 100% ) พบไตเรื้อรัง 4.3% ตัดขา, นิ้วเท้า 0.3% การตรวจ HbA1C ทำได้ 56.3%

จากผลการสำรวจในครั้งนี้ครั้งแรกทำให้ทีมงานเกิดการเรียนรู้ว่า มีสิ่งที่ควรพัฒนาทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์และได้ริบดำเนินการพัฒนาทันที หลังการพัฒนาในปี 2547 พบว่าสามารถตรวจ HbA1C เพิ่มขึ้นเป็น 100% สามารถตรวจจอประสาทตาได้ถึง 88% แต่พบว่าถูกตัดขา, นิ้วเท้าเพิ่มขึ้นจาก 0.3% เป็น 2.3% ทีมงานจึงวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่ายังไม่มีแนวทางในการป้องกัน จึงทำการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาใหม่ทั้งหมด

ในขณะที่เดียวกันสำนักพัฒนาวิชาการการแพทย์ กรมการแพทย์ มีความต้องการโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการสร้างเครือข่ายเวชปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้รวบรวมแนวทางปฏิบัติที่ดีซึ่งต้องอาศัยตัวชี้วัด 17 ตัว ครอบคลุมตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ทีมงานได้เก็บตัวชี้วัดของผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาในศูนย์เบาหวานดูแลรักษา

ในระหว่างการพัฒนาทีมงานในเครือข่ายพบอุปสรรคในการเก็บและบันทึกข้อมูลแต่ได้พยายามพัฒนาในโรงพยาบาลของตนเอง ทีมโรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล ได้พัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูลจนกระทั่งเกิดเป็นต้นแบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆในโรงพยาบาล นอกจากนี้ทีมงานพบว่า ถ้ามีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสื่อสารข้อมูลให้กับทีมดูแลผู้ป่วยทุกเดือน จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นมาก เกิดความกระตือรือร้นในการเพิ่มความรวดเร็วและความถี่ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล ซึ่งได้แก่ การตรวจจอตา การตรวจเท้า การคัดกรองโรคแทรกอื่นๆ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

จากความมุ่งมั่น ทุมเททั้งกำลังกายและกำลังใจ ของทีมงาน ผสมกับการสนับสนุนของผู้บริหารสูงสุด ทั้งในด้านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งปรับปรุงระบบการให้ความรู้เสริมพลังให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมือ ร่วมใจในการติดตามตัวชี้วัดของตนเอง ในที่สุดทีมงานก็พบว่า การเก็บตัวชี้วัดและการวิเคราะห์และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ นั้น คือกุญแจที่สามารถนำไปไขประตูสู่ความเป็นเลิศทางการดูแลโรคเบาหวาน

## A36 คีนคนตีสูบ้าน คีนจิตวิญญาณสูชุมชน

นพ.กนก อุตวิชัย ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่

นายธนะรัชต์ นามผลดี รพ.ปลวกแดง จ.ระยอง

กิตติมา เปาะเตะ รพ.ยะรัง จ.ปัตตานี

ปราณี ภาณุมาศ สถาบันธัญญารักษ์

จงรัก อินทร์เสวก สถาบันธัญญารักษ์

### ยาเสพติด : ชีวิตใหม่

นพ.กนก อุตวิชัย

ปัญหาผู้ติดยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนและเป็นปัญหาระดับโลกในการพยายามคิดค้นวิธีการบำบัดรักษาให้เลิกยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาเรื่องผู้ติดยาเสพติด เช่นกันโดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรง (Drug addict Hard core) ที่ยังมีการวนเวียนเข้าสถานบำบัดหลายครั้งแต่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ได้พัฒนารูปแบบรวมถึงการจัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะ และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน โดยการสร้างเครือข่าย ผู้ที่เคยผ่านการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษาจากรูปแบบชุมชนบำบัดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่มาร่วมเป็นทีมงานในการดูแลผู้เสพติดเรื้อรังและรุนแรงด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์จึงได้จัดทำกรณีศึกษาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงให้ครอบคลุมองค์รวม (Holistic Care)
2. เพื่อนำผลการศึกษกรณีตัวอย่างมาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงต่อไป

กรณีตัวอย่าง : ผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงที่กำลังบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์ชุมชนบำบัดศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดรักษายาเสพติดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการ : 1. ประชุมคณะทำงาน (staff meeting) 2. คัดเลือกกรณีศึกษา 3. ดำเนินการศึกษกรณีตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือ C3THER 3. สรุปประเมินผลการศึกษา

ผลการศึกษา : พบว่ากรณีศึกษามีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณที่ดีขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งยา (Free Drug) เกิดแรงจูงใจในการต้องการเลิกยาเสพติดอย่างถาวรมีการวางแผนตนเอง เรื่องการศึกษาต่อ เกิดเจตคติต่อตนเองผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นส่งผลให้มีความคาดหวังในการเตรียมการกลับสู่สังคมเพื่อเป็นคนดีต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับ : ทำให้มีแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงแบบองค์รวม ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ ช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติดให้กับประเทศ

ความสำเร็จจากการศึกษาครั้งนี้พิสูจน์ให้เห็นว่า นอกจากการจัดรูปแบบที่ชัดเจนแล้วการสร้าง



ที่ทำงาน เครือข่าย ให้มีความมุ่งมั่นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดคุณค่าทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ด้านจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์เหมือนกัน

### กรณีศึกษา “ผมโตในคุก”

คุณภาพกับการดูแลผู้เสพยาเสพติดเรื้อรังและรุนแรงด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

หลายชีวิตที่ต้องวนเวียนในวัฏจักรของยาเสพติด บางคนอาจเริ่มจากปัญหาของตนเองหรือของครอบครัว จนสู่สังคมที่สภาวะบีบคั้นทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ หากไม่สามารถจัดการกับปัญหานั้น ๆ ได้ บางคนก็เริ่มต้นด้วยการเป็นเหยื่อ หรือเป็นทาสของยาเสพติด ที่ต้องวนเวียนไปในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็น สถานบำบัด สถานกักกัน เรือนจำ โรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วยสถานะที่แตกต่างกัน ดังเช่น กรณีศึกษาของ “นายหนุ่ม”

นายหนุ่ม เป็นเด็กชายที่เติบโตมาด้วยปราศจากคำว่า ความอบอุ่น ด้วยบิดาและมารดา ทั้งนายหนุ่มไว้ให้กับพ่อแม่บุญธรรม ด้วยสภาวะที่บีบคั้นทั้งสภาพเศรษฐกิจและสภาพครอบครัว ทำให้นายหนุ่มเริ่มหาทางออกโดยการเป็นเหยื่อของยาเสพติดด้วยอายุเพียง 8 ปี ด้วยการหลอกของแก๊งลักรถยนต์ ที่ให้นายหนุ่มเป็นนกต่อ ซึ่งทุกครั้งที่สามารถลักรถยนต์ได้ ดช. หนุ่มก็จะได้รางวัลเป็นผงขาว จนในที่สุดด.ช. หนุ่ม ก็ถูกจับและตีตราว่าเป็นอาชญากรเด็ก ชีวิตต้องเดินเข้า ๆ ออก ๆ บ้านเด็กชาย ชาติ ซึ่งความอบอุ่นจากความรักพ่อแม่ กระทั่งโตเป็นหนุ่ม นายหนุ่มจึงสงสัยกับคำว่า “ความรักจากครอบครัว” ว่าเป็นอย่างไรมาก่อน จนทำให้ตนเองถึงขนาดสักคำว่า “รักแม่” ไว้ที่แขนซ้าย เพื่อระลึกไว้เสมอว่า หากได้เจอหน้าแม่วันใด นายหนุ่ม อยากรจะถามว่า “แม่ ทั้งผมไปทำไม”

เนื่องจากคดีที่นายหนุ่มถูกจับนั้น เป็นคดีใหญ่ ระยะเวลาคดีค่อนข้างนาน ช่วงวัยรุ่นจึงได้สัมผัสกับคำว่า เรือนจำ ระหว่างนี้นายหนุ่มก็พัฒนาตนเองจากเหยื่อกลายเป็นทาสของยาเสพติด เริ่มใช้ยาบ้าแทนผงขาว จนกระทั่งอายุครบ 20 ปี ก็ได้เกณฑ์ทหาร ระหว่างที่เป็นทหารอยู่นั้น สภาพของทาสยาเสพติดมานาน ๆ ก็เริ่มพัฒนาอาการทางจิต ต้องเข้ารับการรักษาอาการทางจิตตามโรงพยาบาลต่าง ๆ จนถูกคนในบ้านตีตราว่าเป็น “คนบ้า” ต้องใช้ยา Hadol ตลอดชีวิต และด้วยลักษณะพฤติกรรมทางจิตที่มักจะชอบ โทษความผิดต่าง ๆ ว่าเกิดจากตนเองเสมอ ๆ จึงมีตราบาปว่า “หากผมไม่ได้ทานยา Hadol แล้ว ผมจะต้องฆ่าตัวตาย” เมื่อนายหนุ่มพ้นเกณฑ์ทหาร ก็กลับไปอยู่บ้านที่จังหวัดตาก ระหว่างนั้นก็พยายามทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตายอยู่หลายครั้ง และทุกครั้ง นายหนุ่มก็จะถูกนำส่งโรงพยาบาล กระทั่งล่าสุด นายหนุ่มพยายามเอาเชือกถ่วงด้วยหินเพื่อกระโดดน้ำฆ่าตัวตาย แต่ถูกห้ามไว้ได้ จึงถูกนำส่งมาที่ศูนย์บำบัดฯ เชียงใหม่ด้วยแพทย์วินิจฉัยว่า Multiple Drug Addicted with Psychosis ในที่สุด

สภาพวันที่นายหนุ่มเข้ามาที่ศูนย์ฯ นั้น มีสภาวะทุพโภชนา คือร่างกายผอมสูง (ทั้งที่อายุเพียง 23 ปี) หัวหงอก ไม่ค่อยมีแรง ตามร่างกายมีบาดแผลการทำร้ายตนเอง ลัก ตามตัว เพลียมาก โดยกระบวนการบำบัดรักษานั้น ช่วงแรกเราต้องให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะถอนพิษยาก่อน โดยระยะนี้ต้องเฝ้าระวังอาการจากการถอนพิษยา ให้ขาดแทน เพื่อลดอาการเสียน (Craving) และที่สำคัญอย่างกรณีนายหนุ่ม เรา

ต้องเฝ้าระวังอาการ Psychosis , Parasuicide ของนายหนุ่ม ต้องให้การรักษาด้วยยาอย่างใกล้ชิด และก็ไม่ได้หมายความว่าเราคาด นายหนุ่มก็ทาบขวดน้ำปลา แล้วเอปากจลลามกริดที่ข้อมือ จนทำให้การดูแลนายหนุ่มต้องเฝ้าระวังมากขึ้น มีการประชุมกรณีศึกษานายหนุ่มกับหัวหน้าผู้ดูแลศูนย์ชุมชนบำบัดและทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ที่ให้การดูแล เห็นพ้องกันว่า นายหนุ่มมีปัญหาทางจิต อาจได้รับยาไม่เพียงพอ จึงมีการเพิ่มขนาดยาให้กับนายหนุ่ม และนายหนุ่มเป็นกรณี hard core จำเป็นต้องได้รับการบำบัดแบบชุมชนบำบัด โดยที่ต้องระวังอาการทางจิตของนายหนุ่มเป็นพิเศษ

หลังจากตัดสินใจนำนายหนุ่มเข้าสู่ศูนย์ชุมชนบำบัดแล้ว สิ่งที่ทำหน้าที่หัวหน้าผู้ดูแลศูนย์ฯ กระทำทันทีในระยะ Entry Stage คือ การประชุมระหว่างหัวหน้าศูนย์ฯ และเจ้าหน้าที่ทีม Counselor ประจำศูนย์ฯ เพื่อประเมินอาการ พบว่า นายหนุ่มนอกจากจะมีประวัติและพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความรู้สึกด้อยค่าขาดความหวัง จึงมีพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนายหนุ่ม จนกระทั่งหนึ่งสัปดาห์ จึงมีการประชุมซ้ำ พบว่าพฤติกรรมที่นายหนุ่มแสดงออกเป็นเพียงกลไกป้องกันทางจิต (Defense Mechanism) ที่ผิดไป อาจไม่ใช่อาการทางจิต (Psychosis) อย่างที่นายหนุ่มเข้าใจ จึงได้ปรึกษาแพทย์ และแพทย์จึงส่งต่อนักจิต ทำการทดสอบอาการทางจิตอีกครั้ง ก็พบว่าเป็นเพียงกลไกป้องกันทางจิตที่คาดเคลื่อนไป ทำให้นายหนุ่มพยายามที่จะ introjections ความผิด ซึ่งแตกต่างกับผู้เสพยารายอื่น ๆ ที่มักใช้กระบวนการ projection มากกว่า เมื่อได้ข้อมูลดังนี้แล้ว จึงมีการพยายาม tailed off ยาให้กับนายหนุ่ม เริ่มจากยากลุ่ม Hadol ก่อน จนกระทั่ง 3 สัปดาห์ผ่านไป นายหนุ่มสามารถอยู่เองได้ โดยไม่พึ่งยา และไม่มีอาการอะไร นายหนุ่มจะได้เข้าสู่ โปรแกรมฟื้นฟูอย่างเต็มรูปแบบได้ และเชื่อว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเลิกยาเสพติดได้ โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือสมาชิก (Ex-addict staff) มีความหวังว่านายหนุ่มน่าจะมีชีวิตใหม่ที่พัฒนาได้เหมือนเช่นตนเองที่สามารถเลิกยาเสพติดทุกชนิดอย่างถาวร

“นายหนุ่มพยายามวิ่งออกกำลังกายกับเพื่อนเพราะดูแล้วคงอยากแข็งแรงเหมือนคนอื่น ๆ” เป็นคำพูดของ Ex-staff ที่บอกเล่าขณะเข้าประชุม (Staff Meeting) แสดงว่าตอนนี้นายหนุ่มมีแรงจูงใจเพราะรู้ว่าตนเองไม่ใช่โรคจิตมีความหวังว่าจะมีชีวิตใหม่ได้ ต่อจากนี้ไปนายหนุ่มจะถูกเข้ากลุ่ม ทุกกลุ่มใน T.C. เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นคนดี

จากนั้นเพียง 2 เดือน นายหนุ่มกลับกลายเป็นคนใหม่ มีร่างกายที่สมบูรณ์กว่าเดิม สามารถอดยาทุกชนิดได้ ขอบอกออกไปพูดหน้ากลุ่ม ขยันทำงาน มุ่งมั่นจะปรับเปลี่ยนตนเอง และสิ่งที่พบแท้ที่จริง นายหนุ่มเป็นคนที่นิสัยปัญญาดี พูดจาฉลาด มีความคิดอยากก้าวหน้าและพัฒนาตนเอง “ผมมีความฝันในอนาคตอยากเป็นนายสิบ” เป็นคำพูดของนายหนุ่มที่แสดงถึงความตั้งใจระหว่างเกณฑ์ทหาร ซึ่งขณะพูดนายหนุ่มมีแววตาเป็นประกาย บ่งบอกถึงการมีความหวังในชีวิต ทางหัวหน้าศูนย์ฯ จึงให้สมัครเรียนในโรงเรียนการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ในโครงการ “การศึกษาพัฒนาคุณภาพชีวิต” ทุกปีสำหรับผู้ที่พลาดโอกาสอย่างเช่นนายหนุ่ม

นายหนุ่มอยู่ใน T.C. ได้ 4 เดือนแล้วได้เลื่อนระดับเป็นหัวหน้าทีมงาน (Work Leader) ในระยะบำบัด (Treatment stage) ซึ่งเป็นกรให้รางวัลที่นายหนุ่มพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ที่ดีขึ้น จึงได้เป็นสมาชิกห่วงโซ่ (Chain of Command) ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่รุ่นน้องๆ ด้วยความมุ่งมั่นการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน



“ไม่น่าเชื่อเลยว่านายหนุ่มจะเปลี่ยนแปลงได้ดีขนาดนี้” เป็นเสียงอุทานของน้องพยาบาลที่อยู่ติดกอนพี่ชายที่ดูแลนายหนุ่มมาก่อน แต่เสียงอุทานนั้นก็แฝงไปด้วยความภาคภูมิใจปลาบปลื้มใจที่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้ชีวิตของผู้ที่อยู่ในอดีตเป็นบุคคลที่ดูเหมือนจะไร้ค่า เป็นขยะของสังคม กลับกลายเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า โดยเฉพาะที่ทีมงานศูนย์ชุมชนบำบัด (TC.) ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ที่ได้ทุ่มเททั้งกำลังกาย, กำลังใจ อย่างเต็ม ความสามารถ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่ขัดเกลาให้นายหนุ่มและสมาชิกทุกๆ คนที่เข้ามาขอความช่วยเหลือ ให้กลับกลายเป็นคนดีเพื่อกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างภาคภูมิใจ พวกเขาในทีมการบำบัดรักษานายหนุ่มรู้สึกหายเหนื่อยหวั่นที่ที่ได้เห็นพัฒนาการของนายหนุ่ม ที่ตอนแรกหลายคนพากันทอดถอนใจที่จะให้การดูแล ให้นายหนุ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ เพราะคิดว่านายหนุ่มเคยเป็นอาชญากร “โตในคุก” และมีอาการทางจิต แต่ด้วยความที่ทีมงานบำบัดรักษามั่นใจว่า คงไม่มีอะไรยากเกินความสามารถของทีมงาน ที่เคยช่วยให้ชีวิตหลายต่อหลายชีวิตที่มีปัญหาจากยาเสพติดจนเสียผู้เสียคนกลับกลายเป็นคนดีได้อย่างอัศจรรย์ใจ

ยังมีอีกหลายชีวิตถึงแม้จะอยู่ “นอกคุก” ก็ยังไม่สามารถที่จะเป็นอิสระภาพได้เพราะหลายชีวิตเหล่านั้นตกเป็น “ทาสของยาเสพติด” ผู้ติด ครอบคร้ว มีความระทมทุกข์ เหมือนตกนรกทั้งเป็น พวกเขาเข้าใจความรู้สึกเช่นนี้ดีและรู้สึกเห็นใจเป็นอย่างยิ่ง จึงได้ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ สร้างทีมงานที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือให้เขาเหล่านั้น พันทุกข์ ได้รับการปลดปล่อยจากการคุมขังจากการเป็นทาสของยาเสพติดปรับเปลี่ยนให้เป็นคนดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

## เอาใจตามรอยปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพงานคุณภาพชีวิต

### ธนรัชต์ นามผลดี

“แม้ว่าจะมีขบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดดีเพียงใด แต่หากหลังจากการบำบัดรักษาแล้ว กลุ่มผู้อ่านการบำบัดรักษาเหล่านี้ได้กลับไปใช้ชีวิตแบบเดิมๆ ในสังคม แล้วคนในสังคม/ในครอบครัวยังมีเจตคติเชิงลบกับผู้ติดยาเสพติดหรือสังคม/ครอบครัวตัดสินหรือที่พวกเขาควรจะได้รับ เช่น การทำงาน การเข้าถึงแหล่งเงินทุน การศึกษา ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาการติดยาเสพติดซ้ำมากขึ้นตามมา ”

โครงการให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดแบบครบวงจร หรือ โครงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติดอย่างครบวงจร เป็นหนึ่งในโครงการสำคัญที่ถือเป็นนวัตกรรมที่นำเอาหลักการกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงทุกองค์ประกอบเข้าด้วยกัน โดยใช้บริบทหรือลักษณะเฉพาะของปัญหาเป็นตัวตามรอย จนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และสามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนในมิติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โครงการนี้มีแนวคิดในการบูรณาการความช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดแบบครบวงจรนับตั้งแต่กระบวนการค้นหา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามรวมไปถึงการให้ความช่วยเหลือภายหลังการบำบัดรักษาแก่ผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้โดยมุ่งหวังให้ผู้ติดยาที่ผ่านกระบวนการบำบัดฯเหล่านี้ได้รับการดูแลและช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตของตนเองได้อย่างปกติสุข โดยไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก

จากกระบวนการทำงานที่มีจิกซอร์ตัวแรกคืองานบริการ (ประจำ) จนถึงจิกซอร์ตัวสุดท้ายคือ self care (เข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันดูแลตัวเองได้) ที่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นตัวเชื่อม เป็นสิ่งยืนยันชัดเจนว่าการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหากมองแต่ขบวนการภายในโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โอกาส และวิถีชีวิตที่มีคุณภาพแล้ว ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จ

## การดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแบบบูรณาการ

กิตติมา เป่าเตะ

รพ.ยะรังเป็น รพ.ชุมชน 30 เตียง มีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นโรงพยาบาลนำร่องการทำงานที่มีคุณภาพมาตรฐานได้รับความไว้วางใจจากประชาชน และเป็นแบบอย่างด้านการเสริมสร้างสุขภาพ

รพ. เปิดดำเนินการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาเสพติดเมื่อ กุมภาพันธ์ 2546 มีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับการบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดอย่างผสมผสาน ได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ

ทีมงานยาเสพติด อำเภอยะรัง คิดเสมอว่างานยาเสพติดเป็น งานบุญ ช่วยเหลือคนที่เป็นทุกข์ ตกนรกทั้งเป็นให้เขามีชีวิตใหม่ มีอนาคต มีความหวัง มีงานทำ และเกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่วนตัวเราเองก็ได้อัมบุญ มีความสุขในการทำงานจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแบบบูรณาการ สิ่งและผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ครอบครัว และสังคมได้รับ คือ

1. ผู้ผ่านการบำบัดมีอาชีพติดตัวสามารถทำงานหารายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว
2. ได้คืนคนดีให้แก่ครอบครัวและสังคม จำนวน 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.92
3. ก่อให้เกิดความสงบสุขในชุมชนลดการเจ็บป่วยจากปัญหาอาชญากรรมและอุบัติเหตุ
4. ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เป็นโรคที่เกิดจากยาเสพติด
5. ผู้ผ่านการบำบัดได้ทำประโยชน์แก่สังคม เป็นอาสาสมัครรักษาความสงบในชุมชน เป็นตำรวจชุมชน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นครูสอนตาดีกา เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เป็นคอเต็บ (แกนนำศาสนา) เป็นประธานชมรมเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด
6. มีเครือข่ายการบำบัดรักษาในชุมชน ใกล้เคียง ใกล้เคียง จำนวน 4 แห่ง (สถานีนอนามัยตำบลเขาตุม ตำบลสะดาวา ตำบลระแว้ง ตำบลเมาะมะวี)
7. มีเครือข่าย/ชมรมผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดและประชาชนทั่วไปจำนวน 4 เครือข่าย /
8. ชมรมปลูกผักไฮโดรโปนิกส์ (ผักไร้ดินและปลอดสารพิษ) ต่อด้านยาเสพติดในชุมชน ตั้งอยู่ที่ ตำบลเขาตุม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี
9. ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ครอบครัวและชุมชน รู้แหล่งการให้ความช่วยเหลือในการบำบัดรักษา ยาเสพติด
10. ช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเสพติดซึ่งติดเชื้และป่วยเป็นเอดส์ ด้วยการแนะนำให้เข้ากลุ่มผู้ติดเชื้ เข้าโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ขอทุนสนับสนุนแก่นักเขียน แม่บ้าน สนับสนุนนมผสม

11. แขนงนำชุมชน ใต้ตะครู อีหน่าน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ทรงคุณวุฒิ ตำบลเขาตวม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี สามารถทำคู่มือ คูตเบาะห์ เพื่อใช้สอน อบรมเยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่นับถือศาสนาอิสลาม ให้ห่างไกลยาเสพติดและสิ่งอบายมุขต่างๆ นอกจากนี้ ใช้สอน อบรม บิดามารดา และผู้ปกครอง ให้มีความรู้ตระหนักรู้ถึงหน้าที่ ความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร จิตวิทยาในการเลี้ยงบุตรให้เป็นคนดี มีความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ และให้ห่างไกลยาเสพติด

## ยาเสพติด..ชีวิตใหม่

### ปรานี ภานุมาศ

ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว ทุกคนเป็นพลังบริสุทธิ์ที่รอวันปลูก ซึ่งทุกคน ทุกครอบครัวถ้ามีโอกาสพบความสามารถที่แท้จริงของตนและได้รับการพัฒนาจะเป็นพลังที่มีศักยภาพไร้ขอบเขต เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นความผิดพลาด ความสูญเสียในอดีต สามารถปลูกชีวิต สร้างความมั่นใจ เสริมสร้างภาพลักษณ์แห่งตนให้คืนมาเหมือนเดิม หรือดีกว่าเดิม ซึ่งคนทุกคนสามารถเลือกทางเลือกใหม่ให้ตนเองและครอบครัวได้เสมอ ผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะคิด จึงควรได้รับการพัฒนาพลังในตัวเอง ให้สามารถพัฒนาระบบงานที่มีชีวิต จิตวิญญาณ ส่งผลถึงประสิทธิภาพของงาน ดังต่อไปนี้ คือ

1. สร้างคนให้เกิดความรัก ความสุข ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพงานสามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดย
  - 1.1 คุณภาพนำปริมาณ โดยเน้นให้เกิดกลุ่มสร้างคุณภาพโดยมุ่งเน้นพลังของการเรียนรู้ และพลังของการจัดการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคดำเนินการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
  - 1.2 การบริการบำบัดฟื้นฟูชุมชน ไม่มุ่งเน้นตั้งรับเฉพาะในสถานบริการเท่านั้น แต่จะนำบริการไปสู่ชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัว ชุมชน ได้มีความสามารถในการจัดการปัญหาเสพติดโดยครอบครัวและชุมชนเอง
  - 1.3 บริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดมุ่งสู่การปฏิบัติเชิงสร้างพลังในการเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม มีเอกภาพในเชิงวิชาชีพ การเปลี่ยนแปลงที่ควรเน้นให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ใน 3 ประการ คือ
    - 1.3.1 กระบวนการดูแลในแต่ละวิชาชีพ อันเป็นเครื่องมือสำคัญของการดูแลไม่ว่าจะปฏิบัติงานในเชิงตั้งรับหรือเชิงรุกในชุมชนก็ตาม โดยถือว่าเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจเชิงวิชาชีพและการแก้ปัญหา
    - 1.3.2 การบันทึกการเปลี่ยนแปลง เป็นกิจกรรมสืบเนื่องจากการใช้กระบวนการดูแลเพื่อสร้างความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการดูแล และแสดงออกถึงกิจกรรมของวิชาชีพในแต่ละวิชาชีพให้ปรากฏแก่ชุมชนอย่างแท้จริง
    - 1.3.3 บริการบำบัดฟื้นฟูเป็นการใช้ศาสตร์และศิลป์ของแต่ละวิชาชีพ โดยเน้นการปฏิบัติการดูแลบนพื้นฐานองค์ความรู้ ซึ่งจะเป็นการนำทฤษฎีทางการบำบัดรักษามาใช้ในการ



ปฏิบัติการดูแลอันจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะก่อให้เกิดวิธีปฏิบัติที่เป็นจริงได้ต่อไป

2. การวิจัยถึงผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบการให้การดูแล โดยเน้นการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงของการพัฒนา

การจัดระบบงานให้สอดคล้องกับลักษณะการบริการบำบัดฟื้นฟู โดยระบบงานจะต้องเน้นความรวดเร็ว คล่องตัว ทันเหตุการณ์ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ จัดให้มีลักษณะการบริการบำบัดฟื้นฟูที่เป็นการให้การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ และมีบูรณาการ เพื่อคืนชีวิตใหม่ที่สดใสต่อไป



## A37 From Outcome Back to Wholistic Process Management

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์

ยุวดี เกตุสัมพันธ์ โรงพยาบาลศิริราช

### วัตถุประสงค์

1. เข้าใจแนวทางการกำหนดผลลัพธ์ขององค์กรที่มีการพยาบาลยอดเยี่ยม
2. บอกถึงวิธีการพัฒนาการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้ Process Management
3. บอกถึงวิธีการทบทวนกระบวนการใช้ Mind Mapping และ C3THER
4. บอกถึงการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวัดผลลัพธ์การดูแลได้

### เนื้อหา

นับตั้งแต่ ค.ศ.1869 Ernest Codman ศัลยแพทย์อเมริกันได้กล่าวถึง ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล (end result idea) และผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลควรบอกได้ถึงผลที่แตกต่างกันในความสามารถรักษาพยาบาลได้ดีหรือไม่ ระบบการจัดการและการพัฒนาคุณภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นไม่ใช่เรื่องง่าย ค.ศ.1980 จึงได้มีผู้วัดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น (Huston 2003) แต่อย่างไรก็ตามปัญหาต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลก็นับวันซับซ้อนยิ่งขึ้น การวัดผลลัพธ์สุดท้ายเพียงผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการพึงพอใจ สุขสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่มีการ เกิดโรคใหม่จากการรักษาพยาบาลหรือตาย จากผลลัพธ์ของการดูแลรักษา จึงไม่สามารถนำไปสู่คุณภาพการักษาพยาบาลที่ดีขึ้นได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ให้บริการ และนำแผนการรักษาไปสู่ผู้ป่วย และเฝ้าระวังให้การรักษาดำเนินไปเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตอันตรายอันเกิดกับผู้ป่วย ต้องเข้าใจบทบาทของตนเองในการกำหนดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ บริบทขององค์กรและตนเอง เชื่อมโยงกับสหสาขาให้เหมาะสมและถูกต้องตามประเด็นปัญหาการรักษาพยาบาลตามแนวคิดของโรงพยาบาลการพยาบาลยอดเยี่ยม

ผลลัพธ์ของการพยาบาลที่เกิดขึ้นที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย (comfort, safety, satisfaction, knowledge) คุณค่าต่อวิชาชีพและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการพยาบาลนั้น อาจเป็นตัวชี้วัดที่ดีในการวัดผลเบื้องต้น แต่ถ้ากระบวนการดูแลรักษาพยาบาลนั้นไม่เป็นระบบ ขาดความสอดคล้อง เชื่อมโยง สม่่าเสมอ ย่อมไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาตามโครงการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาผสมผสานในงานประจำและนำเทคนิคต่างๆ เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วย โดย C3THER การนำ Mind Mapping มาวิเคราะห์กรณีผู้ป่วยรายบุคคล แล้วรวบรวมข้อมูล แบ่งปันความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ตามความชำนาญเฉพาะกลุ่มโรค (Care Team) เพื่อค้นหา Good Practice แล้วรวบรวมจนเกิดองค์ความรู้ใหม่ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักในการติดตาม การกำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล นำเสนอประสบการณ์การพัฒนากระบวนการทำงานที่เน้นกลับไปสู่การพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและมีคุณค่าต่อองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญ

# A40 องค์การมีไข้เครื่องจักร ต้องการความรักและความเข้าใจ

นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

องค์กรเปรียบเสมือนระบบที่มีชีวิต องค์กรประกอบย่อยๆ ภายในระบบนั้นล้วนมีความหมายในตัวเองและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การเรียนรู้ขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างกลไกการปรับตัวที่เอื้อให้สมาชิกขององค์กรเติบโตและเข้าถึงศักยภาพสูงสุดของตน

หัวใจของการจัดการความรู้คือความสามารถในการใช้ความรู้ในการทำงานและทำให้การทำงานเป็นการสร้างความใหม่ขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

การทำงานเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดของความเป็นมนุษย์ เพราะงานเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ตระหนักได้ถึงศักยภาพและผลสำเร็จของการกระทำของตน งานเป็นสิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต การทำงานจึงสามารถยกระดับจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้นและช่วยให้มนุษย์เข้าถึงคุณค่าและศักยภาพสูงสุดของตนเอง เป็นศักยภาพในการบรรลุซึ่งความดี ความงาม และความจริงของชีวิตด้วยการเรียนรู้

การจัดการองค์กรและการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นไปเพื่อเป้าหมายการปลดปล่อยศักยภาพของมนุษย์เช่นนี้ จึงจะเป็นการทำงานที่เกื้อกูลต่อการสร้างสังคมใหม่อย่างแท้จริง

การดำเนินการเพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เข้มแข็งและเกื้อกูลต่อภารกิจขององค์กร จำเป็นต้องเน้นในสามระดับ โดยในระยะเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมการแสดงออก ในระยะกลางเน้นการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทักษะคิด และวิธีคิด ในระยะยาวเน้นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์อันเป็นฐานคติของวิธีคิด ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีโครงสร้างหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรแยกไม่ออกจากการปฏิรูปโครงสร้างองค์กร โดยจะต้องปฏิรูปโครงสร้างจากระบบวิธีคิดเดิมสู่ระบบวิธีคิดใหม่

การปฏิรูปโครงสร้างและระบบงาน จำเป็นต้องใส่ใจกับมิติของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างด้วย

กลวิธีในการสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อกูลต่องานและคุณค่าของชีวิตสามารถดำเนินการได้ 6 แนวทางหลัก คือ

1. ส่งเสริมและเผยแพร่เรื่องราวของบุคคลต้นแบบ ที่เป็นแบบอย่างในทางคุณธรรม การทำความดี จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยเฉพาะปราชญ์บุคคลที่มีอยู่ในวิชาชีพต่างๆ -
2. สนับสนุนให้เกิดการค้นหาและชื่นชมเรื่องราวเกี่ยวกับความดี คุณธรรมของวิชาชีพ และอุดมคติของชีวิตที่แฝงอยู่ในระบบงาน โดยเฉพาะเรื่องราวของคนเล็กๆ ที่ทำงานอย่างใส่ใจและทุ่มเทในหน่วยงานต่างๆ โดยดำเนินงานให้เกิดกระบวนการดังกล่าวอย่างกว้างขวาง
3. เปิดเวทีการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กรในทุกระดับ โดยกำหนดให้การจัดประชุมสัมมนา



หรือการเสนอผลงานต่างๆ มีการนำเสนอเกี่ยวกับการสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรทุกครั้ง

4. สร้างวัฒนธรรมการให้บริการที่มีคุณภาพด้วยการส่งเสริมการค้นคว้าและเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีความใส่ใจต่อมิติทางสังคมวัฒนธรรม และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

5. ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ในระบบงานเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้าในระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

6. สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนผ่านการสร้างวัฒนธรรมการสื่อสารที่ดีของบุคลากร รวมทั้งส่งเสริมการใช้กระบวนการสมานฉันท์และสันติวิธีในการจัดการความขัดแย้งในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ศึกษารายละเอียดใน “สรรสาระ คินหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เรื่อง “คุณค่าของงานกับอุดมคติของชีวิต: การสร้างระบบองค์กรให้เอื้อต่ออุดมคติของชีวิต”

# A41 ผู้นำในวิทยาศาสตร์ใหม่

นพ.วิธาน สุวานะวุฒย์

คำว่า “วิทยาศาสตร์ใหม่” ในที่นี้หมายถึง “วิทยาศาสตร์กระบวนการทัศน์ใหม่” อย่างสิ้นที่สุดที่จะอธิบายก็คือ “วิทยา” หรือ “ความรู้” นั้นจะเป็นฐานคิดหลักๆ เพื่อให้เกิด “การปฏิบัติ” หรือการ “นำมาใช้จริง” ในชีวิตในสังคม เมื่อมนุษย์คิดค้นองค์ความรู้ใหม่ๆ ขึ้นมาได้มนุษย์ก็จะนำความรู้นั้นไปใช้ในสังคมวิทยาศาสตร์ “เก่า” นั้นมีฐานคิดมาจาก “ฟิสิกส์แบบนิวตัน” ซึ่งเป็นกลไกและแยกส่วน แต่ “วิทยาศาสตร์ใหม่” นั้นมีฐานคิดมาจาก “ควอนตัมฟิสิกส์” ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความสัมพันธ์กันของสิ่งต่างๆ และเป็นองค์รวม

“ความเป็นผู้นำ” จึงเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มนุษย์จะนำไปปฏิบัติหรือจะต้องนำไปใช้จริงๆ ในวิถีชีวิตจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ “ความเป็นผู้นำ” นี้จะมีฐานคิดหรือรากของความคิดมาจากองค์ความรู้แบบใดแบบหนึ่งที่เป็นหลักๆ อยู่ในสังคม ณ เวลานั้นของห้วงประวัติศาสตร์ในยุคหนึ่งเวลาที่เรารู้ถึง “ผู้นำ” เราก็มักที่จะนึกถึง “ใคร” ที่เป็น “คนใดคนหนึ่ง” ที่เป็น “ปัจเจก” หรือหมายถึง “ผู้ที่มีอำนาจสูงสุด” ในหน่วยงานหรือในองค์กรนั้นๆ และ “ผู้นำ” คนนี้สามารถจะ “ทำอะไรก็ได้” เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุด

ในฐานะที่ผู้คนในมูลนิธิสังคมวิวัฒน์ เชียงราย ได้มีโอกาสศึกษาเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับ “วิทยาศาสตร์กระบวนการทัศน์ใหม่” มานานพอสมควรตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ หรือบางคนก็ก่อนหน้านั้น ได้มีโอกาสเชื่อมโยงกับ “กลุ่มจิตวิวัฒน์” ที่มีท่าน ศ.นพ.ประเวศ วะสี ท่าน ศ.นพ.ประสาน ต่างใจ เป็นแกนหลักในการศึกษาเรื่องราวของ “กระบวนการทัศน์ใหม่” อย่างจริงๆ จังๆ ทางมูลนิธิสังคมวิวัฒน์ยังมีประสบการณ์ในการนำแนวความคิดนี้ไปใช้ในเครือข่ายขององค์กรและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อพัฒนาให้องค์กรนั้นเป็นองค์กรที่ทำงานอย่างมีความสุขแก้ปัญหาต่างๆ ขององค์กรได้ง่ายมากขึ้น ด้วยเพียงการเข้าใจ “ความหมายของผู้นำ” ในแนวคิดแบบ “วิทยาศาสตร์ใหม่” นี้

บริษัทเอกชนยักษ์ใหญ่บริษัทหนึ่งในประเทศไทย (ขอสงวนนาม) ได้ทดลองนำแนวคิดนี้ไปใช้บริหารในหน่วยงานตั้งแต่ช่วงปี ๒๕๔๗ โดยส่งพนักงาน “หลายระดับ” เข้าร่วมเวิร์คช็อปเป็นรุ่นๆ หลายสิบรุ่น รวมๆ มีพนักงานที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมพันคน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจริงในองค์กร บริษัทสามารถทำให้เกิด “ผลกำไร” ตามที่บริษัทต้องการได้โดยที่คนทำงานสามารถทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น

องค์กรทางราชการบางองค์กรเช่น โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ได้เริ่มนำแนวคิดนี้เข้าไปใช้ประกอบการบริหารและการทำงานในโรงพยาบาลเพียงประมาณไม่ถึงปี (มกราคม ๒๕๔๙, มิถุนายน ๒๕๔๙ ตามลำดับ) ทีมผู้บริหารก็เริ่มมองเห็น “การเปลี่ยนแปลง” ที่เกิดขึ้นเป็นเลาๆ ในองค์กร ดังที่จะปรากฏเป็น “เรื่องเล่า” ในการนำเสนอในที่ประชุมของ พรพ. ในเดือนมีนาคม ๒๕๕๐ นี้และด้วยตัวอย่างจากเรื่องเล่า “เรา” น่าจะมาช่วยกันดูกันว่า “ความเป็นผู้นำในวิทยาศาสตร์ใหม่” นั้นน่าจะต้องมี “องค์ประกอบ” อะไรบ้างที่จะทำให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมจริงๆ

14 มีนาคม 2550



## A42 Lean Management จากโรงงานสู่โรงพยาบาล

พ.อ.ดุสิต สถาวร

รพ.พระมงกุฎเกล้า

พ.อ.หญิงสายจิตร์ วงศ์ใหญ่

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ฐาปนี บุญนาค

รพ.เซนต์หลุยส์

ลดลลักษณ์ ดาวฤกษ์

รพ.เซนต์หลุยส์

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

รพ.เซนต์หลุยส์

ในภาคอุตสาหกรรม นำโดยบริษัทผู้ผลิตรถยนต์โตโยต้า มีการนำแนวคิด lean production มาใช้ แนวคิดดังกล่าวระบุว่า The goal of lean production is described as “to get the right things to the right place at the right time, the first time, while minimizing waste and being open to change”.

ทิศทางดังกล่าวทำให้โตโยต้าประสบความสำเร็จในการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนที่ประหยัด ทำให้วงการอุตสาหกรรมการความตื่นตัว และขยายตัวมาสู่ภาคบริการด้วย

แนวคิดที่เป็นพื้นฐานสำคัญของ lean management คือ การเน้นนโยบาย การเน้นลูกค้า การขจัด 7 waste

โรงพยาบาลก็มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ ทั้งในห้องปฏิบัติการและในหอผู้ป่วย ทีมงานที่นำแนวคิดดังกล่าวได้บทเรียนอะไร พบคุณค่าอะไร เทคโนโลยีสารสนเทศจะมีบทบาทเพียงใด มีปัญหาสำคัญที่ต้องจัดการอย่างไรบ้าง

นอกจากนั้นยังจะได้บทพจนถึงการเชื่อมต่อที่เป็นไปได้ เช่น การเชื่อมต่อกับกิจกรรมคุณภาพเดิม, การเชื่อมต่อกับกระบวนการ HA, การเชื่อมต่อกับแผนยุทธศาสตร์ของ รพ., การเชื่อมต่อการปฏิบัติตามนโยบายของ ก.พ.ร., การเชื่อมต่อกับกิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก รวมทั้งการจุดประกายให้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในโอกาสอื่นๆ



## A43 ภัยมืดจากเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ปลอดภัย

รศ.อะเค็๋ อุดนเรชกะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มะลิวัลย์ กริทธิยานนท์ บริษัท 3M

นพ.สมศักดิ์ วัฒนศรี ชมรมหน่วยจ่ายกลาง

เครื่องมือแพทย์ถือว่าเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วย และอุปกรณ์การแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความจำเป็นต้องนำกลับมาใช้ซ้ำกับผู้ป่วยอื่นๆ หรือรายเดียวกัน การนำอุปกรณ์การแพทย์กลับมาใช้ซ้ำจะต้องผ่านการล้างการทำลายเชื้อหรือการทำให้ปลอดจากเชื้อ (Decontamination) เพื่อให้สามารถนำอุปกรณ์มาใช้ซ้ำอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวในกระบวนการนำอุปกรณ์การแพทย์มาใช้ซ้ำ ซึ่งจัดเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยรวมทั้งกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ดังข้อมูล จากการระบาดที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการและสิ่งพิมพ์ ตัวอย่าง เช่น การระบาดของตาอักเสบ หลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต่อกระจก การระบาดของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากการใช้กล้องส่องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากตัวกรอง (dialyzer) เป็นต้น

ไม่ใช่แต่จะมีภัยคุกคามจากเครื่องมือแพทย์เพียงอย่างเดียว ยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่เกิดจากสภาพความไม่สมบูรณ์ของเครื่องมือแพทย์ที่นำกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นประกอบกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของโรงพยาบาล ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องรวมใจเป็นหนึ่งเดียวกัน ในการขจัดภัยมืดจากเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพโดยบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายโดยถือว่าการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นภาระของทุกคน ทุกฝ่าย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันคือ “ความปลอดภัยของผู้ป่วย”

**คำถามยั่วๆ:** เราควรกำหนดมาตรฐานการทำงานของหน่วยจ่ายกลางที่จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่นำกลับมาใช้ใหม่ ในระดับที่ใกล้เคียงกับบริษัทผู้ผลิตจำหน่ายอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหรือไม่

## A44 รักษาคุณภาพ รักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม : การเฝ้าระวัง

นฤมล ตปนียะกุล

กรมอนามัย

พิษณุ แสตนประเสริฐ

กรมอนามัย

โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมบุคลากรหลายประเภท หลายลักษณะมาอยู่รวมกัน ปฏิบัติงานร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้รับบริการที่ป่วยด้วยโรคภัยต่าง ๆ และญาติผู้ดูแลรวมทั้งชุมชนที่อยู่ภายในบริเวณโรงพยาบาล การสร้างและการจัดการสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยทั้งโครงสร้างทางกายภาพ การจัดการด้านกายภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเหตุสิ่งแวดล้อม (Environmental - related Diseases) จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีงานหลักในเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลคือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีต่อผู้ให้บริการผู้รับบริการและญาติต่อเนื่อง ไปจนถึงชุมชนตามองค์ประกอบที่ 3 ใน 7 องค์ประกอบของมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ว่าด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรคเหตุสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลมักมีสาเหตุจากการปนเปื้อนเชื้อโรคจากผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น ภาวะการปนเปื้อนเชื้อโรคในอากาศ ภาวะการปนเปื้อนสารพิษและเชื้อโรคในน้ำบริโภค น้ำเสีย/น้ำทิ้งของโรงพยาบาล ภาวะมลพิษและสุขาภิบาลทางอาหารของโรงครัวและศูนย์อาหารของโรงพยาบาลและเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อมจากการสัมผัสของผู้ป่วยติดเชื้อแต่ขาดพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมจึงอาจนำพาเชื้อโรคไปแพร่ให้คนอื่นตามเก้าอี้ โต๊ะ เตียงคนไข้ กลอนประตูหรือที่เปิดปิดประตู ในห้องส้วมแกนชักโครก ที่หมუნเปิดปิดก๊อกน้ำ

การสร้าง การจัดการ การรักษาและกาพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามจุดเสี่ยงต่าง ๆ จำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการตรวจสอบ ติดตามด้านคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์และมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ทักษะและความมุ่งมั่นมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งในจุดที่มีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและจุดที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ มีระบบวิเคราะห์ข้อมูล แปลผลและการกระจายข่าวสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อการดำเนินการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาต่อไป การดำเนินการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ของทุกฝ่าย ทุกกลุ่ม ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและเครือข่าย ผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งความตระหนักของผู้รับบริการในการร่วมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีเพื่อการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่บรรลุผลวัตถุประสงค์ การให้การดูแลคนดีไม่ให้อาย คนป่วยไม่ให้อายซ้ำและไม่ให้อายหนักขึ้น

# A45 Key to Excellent DM Care

ดูรายละเอียดใน A35-A45





## A46 ร่วมแรง ร่วมใจ (จากใจสู่ใจ) สู้ภัยหน่อไม้ปี๊บ

นพ.คณิต ตันตติศรีวิทย์, นพ.มนัส วงศ์เนตร, พิกุล เฮงสนั่นกุล, นพ.ชาตรี เจริญศิริ รพ.น่าน

ภาวะวิกฤตโรคโบทูลิซึมที่เกิดขึ้นในจังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 14-24 มีนาคม 2549 จากการรับประทานหน่อไม้ปี๊บ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับทอกซินโบทูลิซึม 137 ราย เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 115 ราย (ร้อยละ 83.9) มีอาการสำคัญคือ กลืนลำบาก (ร้อยละ 78.1) ปากแห้ง คอแห้ง (ร้อยละ 76.6) ปวดท้อง (ร้อยละ 61.3) เสียงแหบ (ร้อยละ 48.9) แน่นท้อง หนึ่งตาตก (ร้อยละ 46.0) เห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 38.0) ตาพร่ามัว (ร้อยละ 35.0) ลิ้นชา แข็ง (ร้อยละ 16.0) แขนขาอ่อนแรง ระดับ 0-11 (ร้อยละ 6.6) หายใจล้มเหลว (ร้อยละ 2.2)

เนื่องจากสารพิษโบทูลิซึมส่งผลต่อกล้ามเนื้อระบบหายใจ ทำให้หายใจลำบากจนถึงหายใจล้มเหลว ต้องให้แอนติทอกซิน 90 ราย มีผู้ป่วย 44 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่ท่อลมคอ 18 ราย (ร้อยละ 40.91) ผู้ป่วยจำนวน 25 รายต้องส่งต่อไปรักษาต่อในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คงดูแลต่อที่โรงพยาบาลน่าน 19 ราย ในจำนวนนี้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ก่อน 2 สัปดาห์ จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 63.2) มีการติดเชื้อปอดอักเสบเพียง 4 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต แต่มีผู้ต้องใส่ท่อลมคอถาวร 1 ราย

การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องระดมทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหม สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนหน่วยงานเอกชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม และความเชื่อ) ผสมผสานทั้งขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและที่ส่งต่อ จนถึงผู้ป่วยกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง

เหตุการณ์อาหารเป็นพิษโบทูลิซึมครั้งนี้ถือเป็นครั้งใหญ่ที่สุดในประเทศ และไม่มีผู้เสียชีวิต ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของทีมงาน กลไกการจัดการของทุกภาคส่วน ทั้งการสนับสนุนกำลังคน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ถือเป็นประสบการณ์และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ยิ่งใหญ่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กองทัพ หน่วยงานในพื้นที่ และประชาคมจังหวัดน่าน

บริบทของจังหวัดน่านซึ่งเป็นเมืองปิด ไม่ได้ตั้งใจจะมาจะมาไม่ถึง ลักษณะภูมิประเทศเป็นป่าเขา ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน อาชีพเกษตรกรรม มีโรงพยาบาล 14 แห่ง และมีโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 512 เตียง เพียง 1 แห่ง คือโรงพยาบาลน่าน ซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วยหนัก (ICU) 24 เตียง

การบริหารจัดการภาวะวิกฤตครั้งนี้อันประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบ้านหลวงและคัดกรองซ้ำ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การสอบสวนโรคลักษณะอาการของผู้ป่วย การจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล การบริหารจัดการบนหอผู้ป่วย / คุรุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมือแพทย์ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะหายใจลำบาก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2-8 สัปดาห์

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการประสานงาน ทั้งการประสานแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การควบคุม



สถานการณ์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประชุม war room ทุกวัน การขอรับความสนับสนุน อัตรากำลังจากโรงพยาบาลภายในและนอกจังหวัด การอำนวยความสะดวกทีม การวางแผนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ 25 ราย เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ภายใต้การจัดการของกองทัพโดยเครื่องบิน C130 ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมสนับสนุนจากจังหวัดต่าง ๆ ในเขตนิเทศงานเขต 1 ภายใต้การเสนอแนะของอาจารย์คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี อาจารย์แพทย์กรมการแพทย์และกรมแพทย์ทหาร

ในระยะเวลาจำกัดและเร่งรีบ ความพร้อมของทีม ความร่วมมือร่วมใจเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างเสริมสุขภาพการฟื้นฟูสภาพขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน เป็นเรื่องที่สำคัญด้านหนึ่ง นับตั้งแต่การประเมินสมรรถภาพปอด การฝึกการหายใจ การกระตุ้นการไอ การเคาะปอด การจัดทำร่างกายให้ระบายเสมหะ ฝึกการกลืน การกระตุ้นกล้ามเนื้อที่ช่วยการกลืน สำหรับผู้ป่วยกลืนลำบาก รวมทั้งการปรับระดับประคองสภาพจิตใจผู้ป่วยและญาติ

การให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในห้วงเวลาวิกฤตดังกล่าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขณะส่งตัวรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน ภารกิจที่สำคัญอันหนึ่ง คือ การดูแลให้ความสะดวกแก่ญาติและครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ที่พัก ที่ประกอบอาหาร การจัดเตียงให้ญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ซึ่งเคยรับสารพิษมาแล้วประสบการณ์การปฏิบัติตัวหลังได้รับสารพิษโบหูลินัมเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

สิ่งสำคัญอันหนึ่งในการบริหารจัดการภาวะวิกฤต คือ ข้อมูล การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งรายชื่อที่อยู่ ประเภทผู้ป่วย หัตถการการที่ให้เครื่องมือสอดใส่ หอผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ยอดผู้ป่วยประจำวัน อัตรากำลังแต่ละวัน ผู้มาช่วยงานจากหน่วยงานอื่นแต่ละวัน รวมทั้งการสนับสนุนอาหารและที่พัก ฯลฯ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลข้อมูลดังกล่าวเพื่อการสื่อสารต่อผู้บริหาร การอำนวยความสะดวกเพื่อความคล่องตัวในการดูแลผู้ป่วย

จากเหตุการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลน่าน ในฐานะโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงสุดในจังหวัด ซึ่งมีข้อจำกัดของจำนวนเตียง ครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวนบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์พยาบาล ได้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อต้น ทั้งในจังหวัดน่านเอง ต่อมา คือ โรงพยาบาลค่ายทหารสังกัดกองทัพภาคที่ 3 ทั้งหมด โดยการขอความสนับสนุนของปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และจากการประสานของสำนักการพยาบาล (อาจารย์สงศรี กิติวัชร์ตระกูล) ขอพยาบาลโรคติดเชื้อจากโรงพยาบาลในเขตนิเทศงานสาธารณสุข เขต 1 อันประกอบด้วยโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลนครพิงค์ ในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยด้านการควบคุมการติดเชื้อส่วนการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ภายใต้ความช่วยเหลืออาจารย์แพทย์จากสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี คณะแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ปรากฏ คือ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทยอยมุ่งเข้าสู่โรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโบหูลินัมร่วมกัน การช่วยเหลือดังกล่าวไม่ได้มีเฉพาะในประเทศ การประสานขอแอนติท็อกซิน ผ่านสำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC:



Center for Disease Control and Prevention) และศูนย์เฝ้าระวังโรคติดเชื้อ สถาบันโรคติดต่อประเทศญี่ปุ่น (Infectious Disease Surveillance Center, National Institute of Infectious Disease) โดยเจ้าหน้าที่จากทั้งสองสถาบัน คือ Mr.Christopher Braden จาก USA และ Mrs. Kumi Veno จากญี่ปุ่นได้เดินทางนำแอนติท็อกซินมาให้ด้วยตัวเอง

แสดงให้เห็นถึงน้ำใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกภาคส่วนที่มุ่งมาช่วยเพื่อนมนุษย์ด้วยกันที่จังหวัดน่าน

เจ้าหน้าที่หลายๆ คนรู้จักจังหวัดน่านแต่เพียงชื่อ รู้แต่ว่าอยู่ภาคเหนือของประเทศไทย แต่ไม่เคยมาถึง ชาวต่างชาติทั้งสองคนอาจจะไม่เคยรู้ด้วยซ้ำไปว่าจังหวัดน่านอยู่ที่ไหน แต่ก็มาเพื่อช่วยเหลือรวมทั้งประชาชนในจังหวัดน่าน ประกอบด้วย ชุมชนต่างๆ ตัวแทนพระสงฆ์มาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ และร่วมบริจาคทุนทรัพย์ อาหาร น้ำดื่ม และญาติผู้ป่วย ณ ศูนย์ประสานงานรับการบริจาค โดยสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยความต้องการความช่วยเหลือผ่านวิทยุชุมชนของชมรมวิทยุสื่อสารซึ่งตั้งสถานีออกอากาศ ณ ที่พักญาติหน้าหอผู้ป่วย รวมถึงสมาคม / องค์กรเอกชนต่างๆ จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจมาร่วมบริจาค เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ไม่เลือกชาติ ศาสนา และชนชั้น

### บทเรียนที่ได้รับ

1. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกจังหวัดที่ดี ส่งผลต่อการดำเนินงานควบคุมสถานการณ์
2. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตต้องการความเป็นเอกภาพ การสื่อสารที่ดี การจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ทัศนเวลา ความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน
3. ความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ ได้เห็นความช่วยเหลือของแพทย์พยาบาลอย่างแทบไม่มีเวลาพักผ่อนก่อให้เกิดความประทับใจและชื่นชม

### สิ่งที่ภาคภูมิใจ

อุบัติเหตุรถตู้ได้รับสารพิษโบทูลิซึมครั้งนี้เป็นครั้งใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ไม่มีผู้ป่วยตาย ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 44 ราย ติดเชื้อปอดอักเสบ 4 ราย มีเพียง 1 รายที่ต้องคาบหลอดลมถาวรตลอดชีวิต

### ปัจจัยความสำเร็จ

1. พื้นฐานของโรงพยาบาลน่าน เป็นโรงพยาบาลที่เน้นนโยบายดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมประสานสัมพันธ์กับชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2519 มีความสัมพันธ์แนบแน่นกับชุมชนและเป็นที่ตั้งของศูนย์ประสานงานประชาคมจังหวัดน่านในปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา

2. โรงพยาบาลน่านมีต้นแบบการดำเนินงาน คือ อาจารย์นายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร ได้เขียนและชี้้นำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านยึดกฎเสนาบติ 2472 เป็นแนวทางปฏิบัติงานและยึดถือเป็น Core Value คือ ต้องทำงานเต็มความสามารถ ด้วยความระมัดระวัง ด้วยความหวังดีต่อคนไข้

### เราได้เรียนรู้อะไร

1. จิตใจมั่นคง จริงจังกับความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน
2. ระบบการจัดการที่ไม่ได้มองแต่ในกรอบของสถานบริการ แต่ต้องมองถึงวิถีชุมชนด้วย
3. การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ดีกับทุกภาคส่วนช่วยเหลือใจจุนยามยาก

### เราจะทำอะไรให้ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาและจัดการภาวะวิกฤตในอนาคต

1. จัดเวทีให้ประชาชนได้เรียนรู้เข้าใจในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉ่ำ และเชื่อมประสานทั้งภาครัฐ ประชาชน และเอกชน
2. จัดทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาและจัดการปัญหาการเกิดสารพิษจากการผลิตหน่อไม้อัดปิ้ง

## A47 การติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดและการป้องกัน (Prevention of surgical site infections)

ผศ. นพ. ยงค์ รงค์รุ่งเรือง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ. วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เทพนิมิตร จุแดง

โรงพยาบาลศิริราช

### บทนำ

การติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาล โดยทั่วไป พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 หรือ 3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกา และไทย ความชุกของการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 2.6, 1.5 ของผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมดหรือ ร้อยละ 38, 20.2 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกชนิดที่พบในผู้ป่วยศัลยกรรม ตามลำดับ 1, 2 ความชุกในประเทศไทยที่ต่ำกว่าของ ต่างประเทศอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากขาดการเก็บข้อมูลหลัง ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล (post discharge surveillance) ผลกระทบจากการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อมีค่าสูงกว่าเท่ากับ 43,658 บาท (95% CI = 30,228-57,088) และระยะเวลาเฉลี่ยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเท่ากับ 21.3 วัน (95% CI = 16.6-26.0) 3

### ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกัน

ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น สูงอายุ โรคอ้วน เบาหวาน สูบบุหรี่ การติดเชื้อหรือ colonization ที่มีอยู่เดิม ฯลฯ และปัจจัยด้านการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เช่น การเตรียมผิวหนัง orifices ต่างๆ บริเวณที่จะผ่าตัด การเลือกใช้สารทำลายเชื้อที่บริเวณผ่าตัด การทำลายเชื้อที่มือแขนของศัลยแพทย์ เทคนิคปลอดเชื้อ ฯลฯ ซึ่งเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับสหปัจจัย (multifactorial disorder)



แนวทางการป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวจึงควรใช้มาตรการที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนจากการวิจัยต่างๆ หรือมีข้อสรุปร่วมกัน (consensus) จากคณะทำงาน ตัวอย่างมาตรการป้องกันในปัจจุบันที่ปรากฏในรายงานและการศึกษา ได้รวบรวมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างมาตรการป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดในปัจจุบันที่มีหลักฐานจากการศึกษาหรือข้อสรุปร่วมกัน

ประเภท	แนวทางการปฏิบัติ	หมายเหตุ
<b>ก่อนผ่าตัด</b>		
การกำจัดขนบริเวณผ่าตัด	การตัดหรือใช้ครีมกำจัด (clipping or depilatory cream) ดีกว่าการโกน	ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 2.02, 95% CI 1.21 to 3.36 และ RR = 1.54, 95% CI 1.05 to 2.24 ตามลำดับ) <sup>4</sup>
การควบคุมระดับกลูโคสในเลือด	การควบคุมระดับ HbA1C ให้ไม่เกิน 7 %	ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.13 (95% CI 1.23-3.70, p = 0.007) <sup>5</sup>
<b>ระหว่างผ่าตัด</b>		
การให้ยาต้านจุลชีพป้องกันการติดเชื้อ	การให้ยาต้านจุลชีพควรเริ่มภายใน 60 นาทีก่อนผ่าตัดและหยุดไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	การให้ยาต้านจุลชีพเป็นเวลานานก่อนและหลังผ่าตัดไม่ช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อแต่เพิ่มความชุกของการติดเชื้อที่ดื้อยาต้านจุลชีพ <sup>6</sup>
การให้ออกซิเจนปริมาณสูง	การให้ 80% ออกซิเจนได้ผลดีกว่า 30% ออกซิเจน	ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.46 (95% CI, 0.22-0.95; P=0.04) <sup>7</sup>

### สรุป

แนวทางการปฏิบัติที่ดีมีประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดได้ มาตรการพื้นฐานยังคงมีความสำคัญ ได้แก่ สุขอนามัยมือของคณะศัลยกรรม การทำให้ปราศจากเชื้อในเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด เทคนิคปลอดเชื้อ เทคนิคการผ่าตัด ระยะเวลาที่ผ่าตัด เช่นเดียวกับมาตรการเสริมต่างๆ การป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพควรใช้มาตรการสหสาขาความร่วมมือระหว่างบุคลากร (multidisciplinary teamwork) ทั้งก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด<sup>8</sup>

**บรรณานุกรม**

1. Mangram AJ. Infect Control Hosp Epidemio 1999; 20:250-78
2. สมหวัง ด้านชัยจิตร โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2549  
รายงานการวิจัยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. Kasatpibal N. J Med Assoc Thai 2005; 88(8): 1083-91.
4. Tanner J. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD 004122.
5. Dronge AS. Arch Surg. 2006;141(4):375-80.
6. Bratzler DW. Clin Infect Dis 2004; 38:1706-15
7. Belda F. JAMA. 2005;294:2035-42.
8. Gottrup F. New Eng J Med 2000;342:202-4.

## A50 HA Update Special: มองหลายมุม ชุมทรัพย์จาก เวชระเบียน

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พญ.วิภาดา เขาวกุล รพ.สรรพสิทธิประสงค์

นพ.สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล รพ.สวนปรุง

พญ.คู่ขวัญ สวัสดิ์พานิชย์ รพ.มัญจาคีรี

อภากร สุปัญญา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาฟังกันว่าโรงพยาบาลต่างๆ ใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนในการพัฒนาคุณภาพและวางระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยงอย่างไร ในมุมมองของผู้บริหาร ในมุมมองของผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ และมุมมองของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แน่นอนว่าเป็นจุดรวมคือการเรียนรู้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของช่องโหว่ต่างๆ ที่มีอยู่ในระบบ และนำมาสู่การปรับปรุงเพื่ออุดช่องโหว่เหล่านั้น

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมีข้อเสนอเพื่อเติมเต็มให้กับระบบที่กำลังดำเนินการอยู่ ในการที่จะลดความถี่ของการทบทวนลง เพิ่มความครอบคลุมของเวชระเบียนที่จะทบทวน และนำมิติของความรุนแรงของผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเข้ามาใช้วิเคราะห์

การลดความถี่ของการทบทวนคือมีจุดเน้นไปที่การใช้ดุลยพินิจว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ โดยที่อาจจะยังไม่ต้องพยายามค้นหาว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาของการทบทวนลง และสามารถทบทวนได้ครอบคลุมมากขึ้น

การทบทวนในลักษณะนี้อาจจะมีอยู่แล้วในบางเรื่อง แต่ไม่สมบูรณ์ทุกเรื่อง เมื่อไม่สมบูรณ์ย่อมไม่สามารถมองภาพรวมของความเสี่ยงทางคลินิกทั้งหลายที่เรากำลังเผชิญอยู่ได้

ศึกษารายละเอียดใน “HA Update 2007: Update 5, Post-Acc Guide 4 เรียนรู้จากเวชระเบียนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย”



บทคัดย่อและบทความประกอบการประชุม  
วันที่ 15 มีนาคม 2550



## B10 Humanized Motherhood Care

นพ.ธนิศ หัพนานนท์

รพ.สมิติเวช สุขุมวิท

นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข

รพ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย

พิสุทธิ ปทุมมาสูต

ม.ราชภัฏสวนดุสิต

ศ.นพ.ภิศก ลุมพิกานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### การดูแลการคลอดในโรงพยาบาล

นพ.ธนิศ หัพนานนท์

การดูแลคลอดในโรงพยาบาลจะใช้วิธีปฏิบัติ, วิธีตรวจเช็ค และวิธีแทรกแซงต่างๆ เพื่อที่จะบริหารการเจ็บครรภ์คลอด การตรวจชีพจร, วัดความดันโลหิต, วัดอุณหภูมิ, ตรวจเลือดและปัสสาวะ เป็นการปฏิบัติอย่างเป็นกิจวัตรเพื่อมั่นใจว่าสุขภาพของคุณแม่ปกติและปลอดภัยในการคลอดลูก แต่ในปัจจุบันมีหลักฐานบ่งชี้ว่าวิธีปฏิบัติในช่วงเจ็บครรภ์คลอดบางอย่างไม่มีประโยชน์ต่อคุณแม่เลย บางอย่างไม่สมควรนำมาใช้เสมอไป และในบางกรณีการใช้วิธีดังกล่าวอาจเป็นผลเสียต่อคุณแม่และลูกได้ รวมทั้งสร้างความไม่สบายใจและสบายกายกับคุณแม่อีกด้วย

การแทรกแซงต่างๆ ควรจะเป็นการปฏิบัติที่มีประโยชน์ต่อคุณแม่และลูกเท่านั้น และควรหยุดใช้วิธีการอื่นๆ ที่นำผลเสียหรือความอับอายมาให้คุณแม่

### सानสายใยใสใจรัก.....รพ.เวียงป่าเป้า

นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงราย ประมาณ 90 กิโลเมตร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเครื่องซีวัด 3 ปีย้อนหลังพบว่ามีปัญหาที่สำคัญคือ

1. การฝากครรภ์ที่ล่าช้า (ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์)
2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนยังต่ำกว่าเกณฑ์

จากการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันพบว่าสาเหตุที่สำคัญคือ

1. ความรู้และความเข้าใจของหญิงมีครรภ์ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้
2. แนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่
3. การประชาสัมพันธ์ไม่มีประสิทธิภาพ

ในต้นปีพ.ศ.2549 ได้มีการศึกษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่าปัญหาสำคัญของคลินิกฝากครรภ์ คือการบริการที่มีหลายขั้นตอน ล่าช้า และการไม่มีส่วนร่วม

ดังนั้นคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กจึงได้ประชุมเพื่อปรับปรุงแบบการดำเนินงานของคลินิกบริการแบบใหม่โดยอาศัยแนวคิดดังนี้

1. ต้นทุนของผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรม เป็นครอบครัวใหญ่ มีความสนิทสนมกันในเครือญาติและเพื่อนบ้าน
2. ต้นทุนของระบบบริการสาธารณสุข มีการดำเนินงานแบบเครือข่ายมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด มี อสม. ทุกหมู่บ้าน
3. ต้นทุนของชุมชน มีองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง
4. ต้นทุนด้านการสื่อสาร มีสถานีวิทยุชุมชน 3 แห่ง

ดังนั้นตั้งแต่ต้นปีพ.ศ.2549 จึงได้ปรับโครงสร้างของคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กให้เหมาะสมมากขึ้น โดยมี ตัวแทนของผู้รับบริการและญาติ และตัวแทนจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมด้วย จึงเกิดรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กแบบใหม่ ซึ่งมีส่วนร่วมภายใต้ชื่อโครงการสานสายใยใส่ใจรัก

โครงการ สานสายใยใส่ใจรัก ประกอบด้วย 3 โครงการย่อยคือ

#### 1. โครงการเครือข่ายแห่งรัก

เป็นการนำความต้องการของผู้รับบริการ ญาติ และ องค์กรส่วนท้องถิ่น มาผสมผสานกับมาตรฐานเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กเขต 10 ทำให้ได้มาตรฐานใหม่ที่เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้ง่ายเหมาะสมกับพื้นที่ผู้ปฏิบัติรู้สึกผูกพันและกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของมาตรฐาน เกิดความสัมพันธ์อันดีในสังคม และ เชื่อมโยงเป็นเนื้อเดียวกับวัฒนธรรมระเพณีของท้องถิ่น

ลักษณะเด่นของมาตรฐานนี้คือการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทของท้องถิ่น มีการปรับมาตรฐานได้เมื่อความต้องการของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงแต่ยังคงเนื้อหาของมาตรฐานในระดับเขตไว้โดยแทรกเข้ากับกระบวนการเรียนรู้

เครือข่ายของผู้รับบริการจะมีการเรียนรู้เป็นรุ่น มีการตั้งชื่อรุ่น ขณะนี้เริ่มรุ่นที่ 1 ทางกลุ่มตั้งชื่อเองว่า “กลุ่มแรก” มีการเลือกประธานรุ่นเป็นผู้ประสานงาน มีการทำทำเนียบรุ่นไว้เพื่อติดต่อกันในอนาคต

เครือข่ายของเจ้าหน้าที่ มีการเยี่ยมกันแบบเหย้าเยือนทุก 3 เดือน โดยไม่เน้นการจับผิดแต่เป็นแบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีการตั้งหัวข้อการเยี่ยมในแต่ละครั้งหลังจากนั้นจะสรุปเป็นภาพรวมของเครือข่ายแล้วมีการปรับปรุงตามสิ่งที่ตรวจพบ หากพบสิ่งที่บกพร่องจะมีการเยี่ยมจุดนั้นซ้ำอีกในครั้งต่อไป ข้อมูลทั้งหมดจะส่งเข้าสู่ศูนย์ของเครือข่ายเพื่อประมวลผลแล้วแจ้งให้สมาชิกเครือข่ายทราบผ่านทางวารสารเครือข่ายต่อไป

ตัวอย่างหัวข้อที่ได้เยี่ยมในปี 2549

1. ความรู้และความเข้าใจของผู้รับบริการในเรื่องการปฏิบัติตัวระหว่าง ตั้งครรภ์
2. ความรู้และความเข้าใจของญาติในเรื่องการดูแลหญิงมีครรภ์
3. ยาไม่หมดอายุ
4. สถานที่ให้บริการปลอดภัย

ซึ่งทำให้เกิดนวัตกรรมหลายอย่าง เช่น การจัดทำของยามาตรฐานที่มีรายละเอียดเหมือนกันทั้งเครือข่าย การทำสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำแบบง่ายด้วยกระดิ่ง

เครือข่ายสุขภาพมีการเชื่อมโยงกับงานสุขภาพศึกษาและประชาสัมพันธ์ และองค์กรส่วนท้องถิ่น มีการรณรงค์ตามเทศกาล ทาง อสม. และสถานีวิทย์ชุมชน ในเรื่องการฝากครรภ์ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าท้อง และคุณค่าแห่งนมแม่ มีการประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

## 2. โครงการต้นรัก

เป็นการจัดการความรู้ของหญิงมีครรภ์และญาติ ในแต่ละรุ่นที่เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน โดยเรียนรู้จากประเด็นสำคัญ เช่น ทำอย่างไรให้ลูกแข็งแรง พัฒนาการดี ทำอย่างไรเมื่อแม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย ทำอย่างไรเมื่อแม่อายุมากกว่า 35 ทำอย่างไรให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนได้ โดยประเด็นนี้สามารถดัดแปลงจากเรื่องชีวิตสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กนั่นเอง

และเวทีนี้อาจพบกับหัวข้อที่เกิดจากหญิงมีครรภ์และญาติเองได้ เช่น อาหารแสดงระหว่างการตั้งครรภ์มีอะไรบ้าง เมื่อไรหนอที่จะมาพบหมอก่อนวันนัด เลี้ยงอย่างไรให้โอเค 180 เป็นต้น

ระหว่างที่กลุ่มช่วยกันคิดเจ้าหน้าที่จะช่วยกระตุ้นให้คิดอย่างต่อเนื่องและสนุกสนาน หลังจากทีกลุ่มได้แนวทางร่วมกัน เจ้าหน้าที่ก็จะช่วยเสริมในประเด็นสำคัญ ในรุ่นหลัง ๆ ก็จะช่วยประสบการณ์จากกลุ่มก่อน ๆ หรือรุ่นพี่ให้ฟัง เมื่อได้แนวปฏิบัติที่แน่นอนจะยึดถือเป็นกฎกติกา มารยาทของกลุ่มให้ปฏิบัติตาม เช่น พ่อบ้านต้องไม่มอกใจ ยิ้มให้กันทุกวัน มีเบอร์โทรติดต่อโรงพยาบาลฉุกเฉิน เป็นต้น

หลังจากนั้นทุกคน ทั้งเจ้าหน้าที่ หญิงมีครรภ์และญาติจะร่วมกันปลูกต้นไม้ประจำรุ่นด้วยกันที่สวนในโรงพยาบาล เพื่อเป็นพันธสัญญาดันรัก สามารถมาดูแลและเก็บกินผลในอนาคต รุ่นน้องก็จะช่วยดูแลต้นไม้ให้รุ่นพี่ต่อไป ผลไม้จะกลายเป็นอาหารว่างของรุ่นน้อง ๆ ในการประชุมกลุ่มต่อไป หรือแต่ละรุ่นจะพาลูกหลานมาเก็บกินได้ในอนาคต

เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 5 ปี คณะกรรมการวางแผนไว้ว่าจะจัดงานรวมรุ่น ให้แต่ละรุ่นพาลูกหลาน ปู่ ย่า ตา ยาย มารวมกันที่ต้นไม้ประจำรุ่นของตน มีการเล่าสู่กันฟังถึงประสบการณ์ วัฒนธรรม และเรื่องเล่าในท้องถิ่น ซึ่งเป็นคลังนิทานที่ใหญ่ที่สุด ตลอดจนการจัดวันเกิดคนที่เกิดวันเดียวกัน หรือรุ่นเดียวกัน โดยการให้ลูกได้แสดงความรัก ความเคารพ ต่อบุพการี ได้รู้จักเพื่อนร่วมรุ่น และคนที่เกิดวันเดียวกัน และได้ทราบถึงความเป็นมาของตนและวีรกรรมที่ดีของพ่อแม่ที่ทำมา ซึ่งเป็นของขวัญวันเกิดที่พิเศษที่สุดในชีวิต เป็นการสร้างความละเอียดอ่อน ความรัก ความอ่อนโยนในจิตใจเด็ก เกิดความผูกพันแบบไม่รู้จบในสังคมเสมือนว่าทุกคนคือพี่น้องกัน ปัญหาในสังคมก็จะลดลงได้

## 3. โครงการปริญญารัก

หญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร การศึกษาในระดับประถมศึกษา การได้สัมผัสกับปริญญาคือความสุขอย่างหนึ่ง ที่จะสร้างกำลังใจให้สามารถ ดูแลลูกน้อยให้เติบโตเป็นคนดี และมีคุณภาพของสังคม ปริญญารักเป็น รูปหมู่ของหญิงมีครรภ์ ลูกน้อย ญาติ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลขณะฝากครรภ์และทำคลอด จะมีรายชื่อของแต่ละคน มีวัน เดือน ปีเกิดของเด็ก แต่ละคน มีที่อยู่และเบอร์



โทรศัพท์ติดต่อกันได้เป็นภาพประทับใจ และเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่เครือข่ายแห่งรักที่ไม่มีวันจบสิ้น ทำให้คนเข้าใจคำว่า สหายร่วมสาบานเหมือนในหนัง การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการ และทุก ๆ เรื่องได้ เพราะอยู่ในวัยเดียวกันและครอบครัวผูกพันกัน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ในมิติใหม่

# B11 Disclose the Blind Spot : จุดบอดองค์กร ที่ไม่ควร มองข้าม

นพ.ชาติวี ดวงเนตร

รพ.กรุงเทพ

จุดบอด (blind spot) คือสิ่งที่เรามองไม่เห็น แต่คนอื่นอาจจะมองเห็นได้ดีกว่าเรา เราจะตระหนัก  
ว่าเป็นจุดบอดต่อเมื่อเวลาผ่านไปและเราได้รับผลกระทบจากการที่เรามองไม่เห็นในอดีต

อะไรคือจุดบอดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ เราจะมีวิธีการในการรับรู้จุดบอดเหล่านั้นได้เร็วขึ้นอย่างไร เมื่อ  
รับรู้แล้วเราจะนำไปใช้ประโยชน์อย่างไรในการวางแผนกลยุทธ์

## B12 HR – Heart Revolution : เริ่มกันที่ใจ

ดร. ประพนธ์ ผาสุขยัตต์ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม

ท่ามกลางกระแสแนวคิดการบริหารงานสมัยใหม่ (Modern Management Concepts) ไม่ว่าจะเป็นเทคนิคการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) อย่าง Balanced Scorecard (BSC) หลักการบริหารคุณภาพ (Quality Management) ที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับตัดสินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award - TQA) หรือเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Assessment - PMQA) แนวทางต่างๆ เหล่านี้มีข้อดีตรงที่ทำให้ผู้บริหารได้มีการตื่นตัว มีความสนใจที่นำหลักการเหล่านี้ไปใช้ในการพัฒนาองค์กร

แต่สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ การนำแนวคิดเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติ ยังคงเป็นไปภายใต้กระบวนการแบบเดิมๆ ซึ่งทำให้นานที่สุดแล้ว ยังคงเน้นอยู่แต่เรื่องของ การวางแผน (Planning) เรื่องของการติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) มีการสร้างตัวชี้วัด (KPI) ขึ้นมามากมาย จนกลายเป็นภาระที่หนักอึ้งแก่ผู้ปฏิบัติ มีการกำหนดขอบเขตงานที่ชัดเจน เกิดการแบ่งแยกงานอย่างเด่นชัด ขาดความรู้สึกลำบากร่วมกัน ขาดความผูกพันที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างพยายามทำเพียงเพื่อให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ตนรับผิดชอบ

สิ่งที่ขาดหายไปคือการใส่ใจในความเป็นมนุษย์ การให้ความสนใจในส่วนที่อยู่ลึกเข้าไปภายในใจของแต่ละคน เป็นเรื่องของ การสร้างแรงบันดาลใจ เป็นเรื่องการ “จุดไฟในใจ” ผู้ปฏิบัติงาน ทำอย่างไรจึงจะสามารถสร้างแรงบันดาลใจ หรือ “Passion” ให้เกิดขึ้นได้ในใจคน “Plan และ Passion” ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเดินควบคู่กันไป แผนซึ่งปราศจากแรงบันดาลใจ (Plan without Passion) จะไม่ก่อให้เกิดการดำเนินการใดๆ เพราะเป็นแผนซึ่งไร้จิตวิญญาณ และในทางกลับกัน แรงบันดาลใจที่ไม่มีแผน (Passion without Plan) จะทำให้การดำเนินการนั้นไร้พลัง เป็นการทำงานในสภาพที่ต่างคนต่างทำ ขาดการสร้างพลังผสมผสานร่วม (synergy)

สิ่งที่กล่าวถึงใน session นี้ จึงเป็นการชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการบริหารงานที่ต้องผสมผสานพลังจากการทำงานของสมองทั้งสองฝั่ง ทั้งด้านการพัฒนาระบบงาน และด้านการพัฒนาคน โดยเน้นให้เห็นว่าการพัฒนาคนที่ได้ผล จะต้องไม่พัฒนาแค่เรื่องของทักษะ ความรู้ ความสามารถ แต่ต้องพัฒนาให้ลึกกลงไปในระดับจิตใจ ภายใต้สมมติฐานที่ว่าถ้าใจยัง “ไม่ใส” ก็จะทำให้ “เห็นผิด” ไปจากความเป็นจริง การเห็นที่ผิดพลาดจะทำให้ “คิดคลาดเคลื่อน” ความคิดที่คลาดเคลื่อนนี้เป็นที่มาของปัญหาทั้งหลายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องงาน หรือเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกัน

ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องมาเริ่มต้นกันใหม่อีกที...ที่ใจของเรา...นี่คือการปฏิวัติทางใจหรือ Heart Revolution!



## B13 Emerging Multidrug-resistant Nosocomial Infections : You are the Key for Prevention!

ภก. ผศ. ดร. ปรีชา มณฑานติกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภก. ผศ. ดร. ปวีณา สนธิสมบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยส่งผลเสียต่อชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ ความเข้าใจถึงการดื้อยาจึงมีความสำคัญ เพื่อที่จะได้วางแผนป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาหรือควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา พบว่ากลไกการเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา 2 ประเภท คือ selective pressure และ clonal spread

Selective pressure เป็นการดื้อยาที่เกิดจากการเลือกให้ยาต้านจุลชีพไม่เหมาะสม เนื่องจากพบว่ายาต้านจุลชีพบางชนิดสามารถเหนี่ยวนำให้เชื้อเกิดการดื้อยาได้ การหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการใช้ยาเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อการลดโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ยาต้านจุลชีพที่มีร้อยละความไวของยาในการฆ่าเชื้อดำ หรือใช้ยาต้านจุลชีพที่มีขนาดยาต่ำ หรือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านจุลชีพตามเวลาที่กำหนด จะส่งผลให้เชื้อไม่ถูกกำจัดได้หมด ทำให้เชื้อเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเชื้อดื้อยาได้

Clonal spread เป็นการดื้อยาที่เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยหนึ่งไปยังผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวของระบบ infection control โดยเฉพาะเชื้อบางชนิดจะมีความทนต่อสิ่งแวดล้อมที่แห้งและร้อนได้ดี

ความเข้าใจถึงกลไกการดื้อยาต้านจุลชีพจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้



## B14-B24 รักษาคุณภาพ รักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม : การจัดการของเสียอันตราย

B14

ศรียอรุณ สุขเจริญ

กรมควบคุมมลพิษ

ดร. จุลพงษ์ ทวีศรี

กรมโรงงานอุตสาหกรรม

นพ.ประวิทย์ ลิม્ภพสุวรรณ

ผอ.รพ.เลิดสิน

สุคนธ์ เจียสกุล

กรมอนามัย

B24

นิคม ไวยรัชพานิช

ผอ.สำนักสิ่งแวดล้อม กทม.

เสรียม สมวัน

ผจก. หจก. ส. เรืองโรจน์สระบุรี

สิทธิชัย เขียวเย็นง

การนิคมอุตสาหกรรมฯ

สุคนธ์ เจียสกุล

กรมอนามัย

### วัตถุประสงค์

1. นำเสนอแนวคิด กระบวนการจัดการของเสียอันตรายจากการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตราย ฯลฯ ในโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด การเก็บรวบรวม การขนส่งและการนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี มีมาตรฐานเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด
2. สถานการณ์และแนวโน้ม การจัดการของเสียอันตรายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีแนวโน้มส่งให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัดนอกโรงพยาบาล ภาครัฐควรดำเนินการควบคุมกำกับอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค
3. นำเสนอรูปแบบเพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมสัมมนา กับวิทยากรในการนำเทคโนโลยีสะอาดมาใช้ในการลดปริมาณมูลฝอยในโรงพยาบาล
4. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดการของเสียอันตรายในโรงพยาบาล

### เนื้อหา

1. การทำ Waste Minimization by Clean Technology
2. การพัฒนาระบบการควบคุมกำกับการขนส่งของเสียอันตราย (มูลฝอยติดเชื้อ)
3. การจัดการฟิล์ม X-ray ในโรงพยาบาล
4. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการให้บริการจัดการของเสียอันตราย
5. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง



วิทยากร

ประเด็นนำเสนอ

B14

ศรียุทธ สุขเจริญ  
ดร. จุลพงษ์ ทวีศรี

สถานการณ์ปัญหา แนวโน้มการจัดการของเสียอันตรายภาพรวม การขออนุญาตตั้งโรงงานกำจัดของเสียอันตราย การให้บริการกำจัดของเสียอันตรายจากโรงงาน

นพ.ประวิทย์ ลี้มศวรสวรรณ

การทำ Waste Minimization by Clean Technology ให้ยั่งยืน ทำอย่างไร?

B24

นิคม ไวยรัชพานิช

การจัดระบบการให้บริการการจัดการของเสียอันตราย (มูลฝอยติดเชื้อ) การให้บริการจัดการของเสียอันตราย (มูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

เสงี่ยม สมวัน

แนวทางปฏิบัติกระบวนการเก็บรวบรวม ขนส่งการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

สิทธิชัย เขียวยี่นง

การให้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติ

## B15 BUPA Clinical Excellence Award

*Dr.Damien marmion*

ศ.พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี

นภาพร สิบงกช

วัลย์ฉวี หนูยัง

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ

บ.นุภาพระกันสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี

รพ.จุฬาลงกรณ์

รพ.สทิทพระ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### The Award

*Dr.Damien marmion*

BUPA is one of the largest health and care organizations in the world with over 9 million members world-wide and the leading health insurance specialist in Thailand. BUPA launched the clinical excellence awards in Thailand in 2003. The objective was to promote the prevention of sickness and ill health and to improve the clinical outcome of the patient.

In 2006 we received more than 50 projects from both government and private hospitals. Projects were judged on a number of criteria. The winner was Songkhanakharin Hospital in Hat Yai. Faced with an increase in trauma cases and a reducing number of clinical personnel, the hospital introduced clinical guidelines and outcome measures to ensure the appropriate management of each patient. The prize money will be used to further develop the project.

## การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัญหาการเกิดข้อยึดติดในผู้ป่วยแผลไหม้

นภาพร สูงภท

โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อป้องกันปัญหาการเกิดข้อยึดติดในผู้ป่วยแผลไหม้ เป็นเรื่องที่ทางหน่วยงานตระหนัก และให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยได้ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันมีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ตั้งแต่การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันข้อยึดติดแก่บุคลากรที่ดูแล ผู้ป่วย และญาติ การจัดโปรแกรมการกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ การติดตามความก้าวหน้าของความสามารถในการเหยียด และ งอข้อ โดยทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการติดตามผู้ป่วยที่มา Follow up ที่ OPD

จากผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูลจำนวน 5 ราย ที่มีการยึดติดของข้อในข้อใหญ่ๆ ก่อน คือ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อเข่า และข้อเท้า ซึ่งปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในระยะเวลา 4 เดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีองศาของข้อเพิ่มขึ้น โดยมีข้อองศาเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 50% คิดเป็น 47.62% ข้อองศาเพิ่มขึ้นจากเดิมน้อยกว่า 50% คิดเป็น 38.1% และข้อองศาลดลงจากเดิมมีเพียง 14.28% สรุปผลของโครงการได้ว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัญหาการเกิดข้อยึดติดในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยทีมสหสาขาอย่างมีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน สามารถเพิ่มประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัด ลดการเกิดข้อยึดติด เพิ่มองศาการเหยียดและงอข้อ ลดความพิการ ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น และเกิดความพึงพอใจ

**การพัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อเวชปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในเขตจังหวัดสงขลา**

ศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ, นพ.ธีรวัฒน์ กรศิลป์, นพ.นครินทร์ ฉินตระกูลประดับ, นพ.สุวิทย์ คงชูช่วย และ ทีมงาน รพ.สงขลานครินทร์, รพ.ระโนด, รพ.สทิงพระ, รพ.รัตภูมิ

**Objective:** This report presents the impact on both medical practice and clinical outcome after the development and implementation of Clinical Practice Guidelines (CPG) for a head injury in trauma referral system in Songkla province, Thailand.

**Methods:** The CPG was developed by a local multidisciplinary team. Multi-faceted methods were used to translate the guidelines into practice. Case records were collected in Songkla province from three community hospitals and a university hospital (Songklanagarind hospital). The outcome of head injury patients was reported in terms of "talk and deteriorate" patients and a "poor" outcome rate for severe head injury patients. The changes made to clinical practice were observed in the community hospitals where the guideline was implemented.



Results: During the period between 1st August 2005 and 15th January 2006, 1,000 head injury patients were enrolled in the study. The incidence of "talk and deteriorate" patients was 10.5%. A "poor" outcome rate for the severe head injuries was 35.5%. Both outcomes did not differ from the previous study in Songklanagarind hospital. ( $p > 0.05$ ) Following the implementation of the guidelines the utilization of CT scan was 19.8%. Half of the patients with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 15 and basal skull fracture underwent a CT scan of the head and the outcome was no different from the non-fracture group. ( $p > 0.05$ ) The most beneficial effect of the CPG implementation was the improvement to the clinician-nurse relationship and closer collaboration between hospitals in the trauma care system. Short observation in community hospitals for repeat neurological examination may be an appropriate strategy for management in some groups of minor head injury patients.

Conclusions: Local ownership, an appropriate implementation strategy and working as multidisciplinary team are the key factors for success in overcoming the barriers when establishing CPG and putting the recommendations into everyday practice. Basal skull fracture may not be an absolute criterion for CT imaging of the head. A "poor" outcome rate for the severe head injuries was 35.5%. Further initiatives will be developed in response to the incidence of 'talk and deteriorate' patient.

## B16 จิตอาสา พาเด็กสนุก (แม่ยามป่วย)

พญ.รัตโนทัย พลับรู้อการ

สมบัติ บุญงามอนงค์

รศ.ดร.พรรณรวดี พุทธิวัฒน์

ดร.มิชิตา รอดสุทธิ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

มูลนิธิกระจกเงา

คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

สถาบันการบริหารและจิตวิทยา

โรงพยาบาลต่างๆ มีกิจกรรมพิเศษเสริมให้เด็กที่ต้องนอนอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานอยู่แล้ว อาจจะต่อเนื่อบ้าง กระทอนกระแทนบ้าง ตามแต่นโยบายและทรัพยากรของโรงพยาบาลในแต่ละขณะ กิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญต่อเด็กเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกและสุขภาพจิตของเด็ก หากไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ การเปลี่ยนปัจจัยเข้าไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยก็ให้ผลทดแทนได้เช่นเดียวกัน

การมีอาสาสมัครเข้าไปร่วมกิจกรรมพิเศษเหล่านี้ จะช่วยให้กิจกรรมต่างๆ มีความยั่งยืน ไม่ยุติลง เพราะการเปลี่ยนเพราะมีงานอื่นที่สำคัญกว่ามาดึงทรัพยากรที่จำกัดกลับไป

กิจกรรมบางอย่างสร้างความตื่นเต้นร่าเริงให้เด็กๆ เป็นอย่างมาก การได้มีโอกาสเป็นช่างภาพ หรือตากล้องไปถ่ายภาพ ถ่ายวิดีโอทัศน์ แล้วนำมาตกแต่ง นำมาบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองที่จะเล่าเรื่องในความคิดของเขาในฐานะเด็กคนหนึ่งที่มีบ้านอยู่ใน รพ.เปรียบเสมือนความสดใสในสีหม่น ไปจนถึงการเปลี่ยนสถานภาพจากผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครด้วยตนเอง

### บทเรียนจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พ.ญ.รัตโนทัย พลับรู้อการ, ชิม สุกุลนุ้ม, พวงพร กอจรัญจิตต์, สมทรง ต้นประเสริฐ,

วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

โรงพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ ไม่เพียงแต่ต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถ มีเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่อช่วยในวินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยให้หายจากโรคเท่านั้น แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงความนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึก จิตใจอารมณ์ รวมถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีกิจกรรม ในการดูแลจิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และญาติ ที่ทำอยู่มาเล่าสู่กันฟังดังนี้

### กิจกรรมดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยการดำเนินงานของบุคลากรภายในสถาบันฯ

การเล่นเปรียบเสมือนกับงานอย่างหนึ่งของเด็ก ซึ่งผลที่ได้จะช่วยทำให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย การเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคใดก็ตาม หรือเกิดช่วงวัยใดก็ตามก็มักจะมีผลกระทบกับพัฒนาการเด็กได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานาน การเล่นยังช่วยให้เด็กลดความกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ซึ่งส่งผลดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้คำนึงถึงความสำคัญของการเล่นของเด็กป่วยทุกคน ทุกวัย จนถึงเป็นวัฒนธรรมองค์การของสถาบันฯที่จะต้องมีการพัฒนาเด็กป่วยให้มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ สังคม

15 มีนาคม 2560

และอารมณ์อย่างเหมาะสม สิ่งที่สำคัญๆ ทำมาตั้งแต่อดีต คือ การจัดสถานที่เล่น เริ่มจากหน่วยงานเฉพาะที่มีหน้าที่ดูแลเด็กด้านพัฒนาการ ไปสู่นอผู้ป่วยต่างๆ ในลักษณะของมุม "ของเล่น มุมนิทาน" ที่ประกอบด้วยของเล่นและนิทานที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีการปรับสถานที่ให้น่าอยู่แบบเด็กๆ เช่น จัดสนามเด็กเล่นตามจุดต่างๆ มีกระเป๋ารรจของเล่น เครื่องเขียนสีและกระดาษไว้ข้างเตียงของเด็ก แม้แต่ในห้องผ่าตัดซึ่งแค่ฟังชื่อก็ดูน่ากลัวแล้วยังสามารถทำให้เด็กมีความสนุกสนาน จากการได้ตีบจักรยานสามล้อเล่นระหว่างการรอคิวผ่าตัด เปลี่ยนนอนสำหรับรับส่งเด็กเกือบทุกเปลจะมีตุ๊กตาเกาะไว้ตามที่ต่างๆ เช่น ที่กั้นเปล เสาน้ำเกลือ ตามห้องตรวจต่างๆ จะพบว่ามีการของเล่นให้เด็กได้เล่นระหว่างรอตรวจ และยังได้จัดโครงการหวานแหวว คือ กำหนดชนิดเสื้อผ้าของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่ให้การพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ เป็นลายการ์ตูน สีสดใสสวยงาม รวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรด้านการสื่อสารและพฤติกรรมบริการให้เหมาะสมคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเล่นกับเด็กหรือเล่านิทานให้เด็กฟังในแต่ละโอกาส

หน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาช่วยเหลือเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลคือครูจากกองการศึกษาพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการ โดยจัดทำ โครงการสอนเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล แรกๆ ส่งครูการศึกษาพิเศษมา 2 ท่าน ต่อมา พ.ศ. 2542 ก็ได้ครูมาอีก 1 ท่านรวมเป็น 3 ท่าน ในการทำงานของครู ได้เห็นความมีจิตอาสาของครูทั้ง 3 ท่านที่ไม่เพียงแต่มาเป็นครูผู้สอน แต่มาทำหน้าที่อื่นๆ อีก เช่น การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุกด้าน การดูแลเด็กเฉพาะตัว ครูต้องใช้เทคนิคหลายอย่างประกอบกัน เช่น ต้องเข้าไปพูดคุยกับเด็กเพื่อสร้างความสนิทสนม และนำของเล่นมาให้เล่นกันก่อนแล้วจึงเริ่มสอนหนังสือ ตำราที่สอนก็ใช้แนวทางของกระทรวงศึกษาธิการ แต่ต้องมาเตรียมการสอนแบบรายบุคคลจริง ๆ เพราะต้องคำนึงถึงภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการเรียนรู้ ความชอบและไม่ชอบของเด็กด้วย บางคนก็ขยันมากมาป่วยแล้วก็สั่งให้แม่เอาหนังสือเรียนมาด้วย ครูเข้าตึกมาก็แทบจะยึดครูเอาไว้คนเดียวเลย เคยมีเด็กคนหนึ่งป่วยอยู่ตึกศัลยกรรมกระดูก อยู่ตั้งแต่อายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่เรียนอย่างสม่ำเสมอและครูก็จัดการเรียนการสอนเทียบชั้นให้ ทุกวันนี้ถ้าเข้ามาในกรุงเทพฯ ก็แวะเวียนมาเยี่ยมเสมอ ตอนนี้อยู่ระดับมหาวิทยาลัยแล้วมีงานมีอาชีพที่มั่นคง เห็นแล้วก็มีใจในผลงานจริง ๆ บางรายก็อยู่ตั้งแต่ 2 ขวบ พอเริ่มเรียนได้ก็ให้มาเรียนทุกวันครูต้องจัดสรรพัสดุเพื่อให้เขาอ่านออกเขียนได้เนื่องจากเด็กได้รับอุบัติเหตุมา พ่อแม่ตายหมด เด็กรอดแต่สมองขาดออกซิเจนทำให้ซีกซ้ายอ่อนแรงต้องเจาะคอ อายุ 7 ปี มีญาติมารับไปอยู่บ้าน บางรายที่อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นๆ ก็ต้องเล่นนำเรียนผู้ปกครองเด็กก็จะสนิทสนมกับครูมากกว่าพยาบาลที่ตึก มีเรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือก็มักจะบอกกล่าวเสมอ ซึ่งครูก็จะช่วยเหลือเท่าที่ทำได้โดยปรึกษาพยาบาลประจำห้องเล่นและพยาบาลประจำตึกด้วย การทำหน้าที่แบบนี้ต้องอาศัยครูที่ทุ่มเท และมีใจรักและอาสาเพื่อเด็กจริงๆ แต่ทั้ง 3 ท่านถูกเรียกกลับต้นสังกัดเมื่อ พ.ศ. 2545

ในปีพ.ศ. 2540 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้เสด็จมาเปิดตึกมหิตลาธิเบศรของสถาบันฯ ได้ทรงมีพระดำริ จัดตั้งโครงการสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาล โดยได้มอบคอมพิวเตอร์ จำนวน 4 เครื่อง สำหรับครูการศึกษาพิเศษสำหรับสอนเด็กป่วย ซึ่งตั้งแต่นั้นมาสามารถให้

บริการแก่เด็กป่วยจำนวนมาก ลดความวิตกกังวลขณะอยู่โรงพยาบาล รวมทั้งเด็กสามารถเรียนทันเพื่อนที่โรงเรียน นับว่าเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างสูงสุดแก่สถาบันฯ ปัจจุบันทางสถาบันฯ ได้จัดจ้างครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 2 ท่านให้ดูแลเกี่ยวกับการศึกษาและการเล่นของเด็กป่วยในสถาบันฯ ซึ่งได้รับการตอบรับจากเด็กๆ เป็นอย่างดี

### กิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยของบุคลากรภายนอกสถาบันฯ

การทำงานของกลุ่มบุคคลที่มีจิตอาสาในโรงพยาบาล อาจถูกมองว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่สำหรับที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีผู้ที่มีจิตอาสามาช่วยงานดูแลเด็กป่วยอยู่เสมอ โดยมาด้วยความเต็มใจและสมัครใจ ทั้งที่มาเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชื่อของโรงพยาบาล คือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หรือ ชื่อเต็มโรงพยาบาลเด็ก สื่อว่าเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะเด็กและเข้าใจได้ว่ามีเด็กเจ็บป่วย ที่ต้องการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ จึงมีผู้เสนอตัวมาให้ความช่วยเหลือในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป

รูปแบบการเข้ามาช่วยเหลือ แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคนไทย และกลุ่มชาวต่างชาติ

#### 1. คนไทย

##### 1.1 กลุ่มที่มาจากโดยไม่ผ่านมูลนิธิหรือองค์กรเอกชน

กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่อาสาเองด้วยใจรัก และจิตเมตตาหลายรูปแบบเช่น

##### 1.1.1 มีจิตอาสาเมื่อเห็นปัญหาเฉพาะหน้า

ในอดีตโรงพยาบาลเด็ก มีหอผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่เด็ก 8 และเด็ก คัลยกรรมกระดูก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หลายรายที่ไม่มีญาติเฝ้า และขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ก็มีจำนวนน้อย ไม่พอกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ในช่วงนั้นจะพบเห็นผู้ที่มีจิตอาสาที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่มาเฝ้าบุตรหลานของตนเอง เข้ามาให้การช่วยเหลือดูแลเด็กที่ไม่มีพ่อแม่เฝ้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการป้อนข้าว ป้อนนม อุ้มปลอบโยนเวลาร้อง เปลี่ยนผ้าอ้อมเวลาเปียกและ เพื่อทำไปนานๆ หลายวันก็เกิดการผูกพันกับเด็กบางคน หรือ หลายคน บ่อยครั้งที่เห็นกลุ่มคนเหล่านี้ยังกลับมาดูแลเด็กที่ยังป่วยอยู่ หรือ มาถามถึงอาการด้วยความห่วงใยซึ่งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องใดๆ กับเด็กเลย ตัวอย่างที่พบเห็นอยู่เสมอคือการช่วยเหลือเมื่อมีเวลาว่างของคุณแม่เปิด ซึ่งจะมาช่วยงานที่แผนกตา โดยช่วยด้านการกระตุ้นการมองเห็นของเด็ก โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ

##### 1.1.2 มีจิตอาสาทั้งเด็กเฉพาะราย

หอผู้ป่วยเด็กที่พักรักษาในโรงพยาบาลจะมีเด็กที่ส่งต่อสถานเลี้ยงเด็กกำพรชกรมประชาสงเคราะห์ สาเหตุที่เด็กเหล่านี้ถูกทิ้งส่วนใหญ่เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนดที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ หรือเป็นเด็กที่เจ็บป่วยบ่อยๆ เมื่อมาที่แผนกของโรงพยาบาลผู้ดูแลก็ทั้งเด็กไว้ และบางรายก็จะเป็นเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงทางกาย หรือ ฝันเด็กพิการ พบว่าเด็กเหล่านี้แม้จะได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นที่เลี้ยง



เด็ก แต่ความต้องการการฟื้นฟูทางจิตใจต้องอาศัยคนรอบข้างที่มีจิตเมตตา และมีจิตอาสามาช่วยเหลือเขา สิ่งที่พบเห็นเกือบทุกวันตอนพักเที่ยง หรือ ตอนเย็นหลังเลิกงานก็จะมีกลุ่มผู้มีจิตอาสาทั้งหลายมาชุมนุมกันอุ้มเด็ก เล่นกับเด็ก ป้อนข้าว กล่อมให้นอน

ผู้คนเหล่านี้ไม่ได้มาเพื่อหวังบริจาคเงิน หรือ สิ่งของ แต่เขามาเพื่อบริจาคหัวใจให้กับเด็กที่ด้อยโอกาสเหล่านี้ และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มจิตอาสาเหล่านี้มาอย่างสม่ำเสมอ และมีเด็กที่ชอบเฉพาะตัวโดยมีลักษณะต้องชะตาหรือถูกใจ พบว่าไม่จำเป็นต้องเป็นเด็กหน้าตาดีจึงจะมีคนดูแล เด็กที่เราดูว่าตัวดำหน้าตาไม่น่ารักกับบางคนก็จะเป็นที่ดึงดูดใจกับอีกคนหนึ่งได้ เราก็จะพบกับคนหน้าเดิมๆ ที่มีตั้งแต่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเองและโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มาดูแล "ลูกๆ" ของตน

ได้เคยไปสอบถามว่ารู้สึกอย่างไรที่มาบ่อยๆ ก็ได้คำตอบว่าอยากมาเพราะรู้สึกสงสาร เห็นใจว่าเด็กขาดคนดูแลเอาใจใส่ และตนเองก็ว่างพอที่จะมาได้ โดยรีบกินอาหารกลางวัน แล้วก็มาใช้เวลาประมาณ 45 นาทีกับเด็ก กลับไปก็รู้สึกดีใจปลื้มใจที่ทำให้เด็กมีความสุข ต่อมาก็เกิดความรู้สึกผูกพัน อยากอุ้มอยากคุยอยากเล่น วันไหนไม่ได้มาจะรู้สึกหงุดหงิด นักศึกษาแพทย์บางคนก็พามาเห็นเด็กหลายคนไม่ค่อยมีคนเล่นด้วยก็จะพาเพื่อนๆ นักศึกษาแพทย์ที่มีใจตรงกันเข้ามา การเข้ามาในตึกนี้ค่อนข้างเปิดกว้างให้กับคนที่มีจิตอาสาทุกคน ที่เปิดที่เป็นหัวหน้าตึกก็มักจะบอกให้ทุกคนล้างมือ และถ้าไม่สบายก็ขอให้หายดีก่อนมิฉะนั้นลูกๆ ของเราก็จะป่วยตามไปด้วย หลายคนคงมีความเสี่ยงว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพตัวเด็กหรือนำเชื้อโรคมาให้เด็ก แต่ก็ไม่น่าแปลกใจที่เราไม่พบปัญหาเหล่านี้เลย

### 1.2 กลุ่มผู้มีจิตอาสาที่มากับมูลนิธิ หรือ องค์กรเอกชนหรือภาครัฐบาล

มูลนิธิที่เข้ามาช่วยเหลือเด็กในโรงพยาบาลเด็กแรกๆ คือ โอลท์สหทัยมูลนิธิ ซึ่งได้เข้ามาช่วยดำเนินงานพัฒนาเด็กกำพร้า และใช้สถานที่ส่วนหน้าของตึกเด็ก 2 และช่วยในกิจกรรมของงานพัฒนาการเด็กป่วย ส่งนักพัฒนาการ พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุของเล่น เกมส์และหนังสือนิทานสำหรับเด็ก จัดเป็นโครงการสันตนาการเด็ก และขยายงานไปทำกับเด็กป่วยในตึกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เมื่อเห็นว่าโรงพยาบาลเด็กสามารถจัดกิจกรรมกับเด็กป่วยได้เอง โอลท์สหทัยมูลนิธิ จึงได้ถอนตัวออกเมื่อเดือนเมษายน 2526 ระหว่างที่โอลท์สหทัยมูลนิธิเข้ามาช่วยเหลือโรงพยาบาลก็จะมีผู้ที่มีจิตอาสาที่มากับมูลนิธิ ซึ่งทุกคนได้ผ่านการอบรมวิธีการดูแลเด็ก และเข้ามาทำงานให้กับทางโรงพยาบาลด้วยความตั้งใจจริง ถือเป็นรูปแบบที่น่าชื่นชมในการดำเนินงานของมูลนิธินี้

ต่อมาในปี 2549 เรามีความยินดีที่ได้มีโอกาสต้อนรับกลุ่มจิตอาสาของมูลนิธิกระจกเงาซึ่งแสดงความจำนงเข้ามาช่วยเหลือโรงพยาบาลเป็นระยะยาว และมีการจัดทำโครงการร่วมกันหลายโครงการโดยมีรายละเอียดการดำเนินงานจากเรื่องเล่าของมูลนิธิ

### 1.3 กลุ่มผู้ที่มีจิตอาสาในวันสำคัญ เช่น วันเด็กแห่งชาติ

ถือเป็นประเพณีที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจัดงานวันเด็กให้กับเด็กที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล และเด็กที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาลเพื่อให้เด็กเหล่านี้ได้มีความสุข ได้แสดงออกถึงความสามารถของตนเอง และได้รับของขวัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในงานวันเด็กที่จัดมาตลอดทุกปีจะมีผู้ที่มีจิตอาสาได้รับการบริจาคของ เงิน ตลอดจนการบริจาคเวลามาให้ความสนุกสนานกับเด็ก ๆ โดยทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ ที่มีจิตอาสาจะร่วมกันออกความคิดเห็น และจัดรูปแบบงานที่หลากหลายแตกต่างกันออกไปในแต่ละปี มีการจัดเตรียมซุ้มของรางวัล ซุ้มตอบปัญหาสุขภาพ มีการแสดงบนเวทีให้เด็ก ๆ ดู ในบางปีก็ได้มีโอกาสเห็นแพทย์ประจำบ้านที่ดูแลเครื่องรื้อเองงานเอากายของเรามาแสดงออกถึงความสามารถด้านอื่นๆ เช่น การเต้น การร้องเพลง การเล่นดนตรี ให้น้องๆ ชมกัน นอกจากนั้นกลุ่มดารานักแสดงที่มีชื่อเสียงหลายท่านก็จงใจเข้ามาเพื่อมาปรากฏตัวบนเวที มีการแสดง การร้องเพลง การพูดคุยกับเด็ก และการแสดงมายากล โดยทั้งหมดเป็นการเสียสละเวลาที่มีค่าของพวกเขาทั้งหลาย เพื่อให้เด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลมีความสุข แม้เพียงช่วงเวลาสั้นๆ แต่ก็ทำให้เด็กได้รับความประทับใจไปเป็นเวลานานเพราะดารานักแสดงเหล่านั้นเป็นต้นแบบในฝันของพวกเขา ส่วนผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ และไม่ได้เข้าร่วมงานวันเด็กในส่วนกลาง จะมีทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจากภายนอกมาช่วยกันจัดกิจกรรมสนุกๆ ให้เด็กเรียกว่า "เวทีสัญจร" โดยจัดตกแต่งรถเข็นอย่างสวยงาม เข้าไปในหอผู้ป่วย จัดกิจกรรมและมอบตุ๊กตา ของเล่น ในวันนั้นจะเป็นวันที่ทั้งผู้ให้มีความสุขกับการให้และผู้รับมีความสุขลิ้มความเจ็บป่วยไปได้

## 2. ชาวต่างชาติ

### 2.1 กลุ่มที่มาเอง

มักจะเป็นคนต่างชาติที่รู้จักเพื่อนคนไทย และอยากช่วยเหลือเด็กเจ็บป่วย บางรายก็มาเป็นระยะสั้นๆ เช่น มาดูแลเด็กกำพร้า ในช่วงที่ตนเองว่าง แต่บางรายก็มาเป็นระยะยาวและเสียสละมาก รายที่นำประทับใจที่จำได้คือคุณไดแอนที่เพิ่งจบจากมหาวิทยาลัยแอสตันฟอร์ด สหรัฐอเมริกาเป็นนักกิจกรรมบำบัต มาอยู่กับเราเป็นเวลานานพอสมควรมาช่วยทำการกระตุ้นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีสมองพิการ และกลุ่มพิการหลังเป็นไข้สมองอักเสบ คุณไดแอนทุ่มเทมากๆ และยังเสียสละเวลาสอนภาษาอังกฤษให้กับพวกเราอีกด้วย นอกจากนั้นช่วงต้นปี 2550 นี้เองก็มีพยาบาลชาวเนเธอร์แลนด์ที่ติดตามสามีมาเมืองไทยและมีความชำนาญในการแสดงเป็นตัวตลกเรียกเสียงหัวเราะให้กับเด็กที่เป็นโรคร้ายทั้งหลายเช่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมาทำงานจิตอาสาให้กับโรงพยาบาลของเราเป็นระยะยาวอีก

### 2.2 กลุ่มผู้ที่มีจิตอาสาที่มากับมูลนิธิ หรือ องค์กรเอกชน

ส่วนใหญ่มักจะมีระยะสั้นๆ ประมาณ 1 เดือน โดยมีตัวแทนของมูลนิธิในเมืองไทย ที่ทำหน้าที่ประสานงานด้านการติดต่อต่างๆ เช่น เมื่อ 5 - 23 สิงหาคม 2546 หน่วยงานอาสาสมัคร Cross-cultural Solutions ได้ส่งอาสาสมัครชาวอเมริกันมา 2 คน มาช่วยเราเด็ก ๆ ของเรารัตนดาต้นใจมาก แม้ว่าจะพูดกันไม่รู้เรื่องแต่ดูเหมือนการเล่นก็เป็นภาษาสากลที่เด็กเข้าใจได้ จากการสอบถามเหตุผลที่

เขามาพบว่ากลุ่มคนเหล่านี้สนใจที่จะมาเมืองไทย และต้องการมีประสบการณ์การดูแลเด็กๆ ที่เจ็บป่วย แม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายทุกอย่างเองในจำนวนเงินค่อนข้างสูง แต่เขามองว่าสิ่งที่เขาได้รับกลับไปคือ การที่ได้มีโอกาสช่วยเหลือเด็กๆ ที่ด้อยโอกาสถือเป็นสิ่งที่คุ้มค่ากับการเสียเงินทองหรือเวลาและส่วน ใหญ่ถ้ามีโอกาสก็อยากจะกลับมาช่วยอีก

### การเตรียมตัวเตรียมใจของอาสาสมัครที่จะมาช่วยเหลือเด็กป่วยในโรงพยาบาล

เด็กป่วยก็มีความต้องการเหมือนเด็กปกติ เพียงแต่ว่าด้วยภาวะความเจ็บป่วยของเขาทำให้ความสามารถของเขาลดน้อยลง และด้วยเด็กเป็นวัยที่ร่าเริง มีการเล่นเป็นงานประจำ เป็นวัยที่ต้องการอิสระ ทั้งด้านความคิดและการเคลื่อนไหว เมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การเล่น การสำรวจตรวจสอบและ ชุกชนตามวัยของเขา ก็เลยมีผลทำให้เขาหงุดหงิดง่าย ซีน้อยใจ ซึมเศร้า ซี้โมโห เอาแต่ใจตัวเอง จนผู้ ปกครองบางคนบอกว่าตั้งแต่ลูกป่วยนิสัยเปลี่ยนไปมากซึ่งก็ไม่เข้าใจว่าเกิดจากอะไร แต่ถ้าคนที่เคย ต้องนอนโรงพยาบาลจะเข้าใจดีว่ามันรู้สึกอึดอัดแค่ไหน ความเป็นอิสระของเราจะถูกยึดไปโดยทีมผู้ รักษา ฉะนั้นถ้าสงสัยว่าทำไมเด็กจึงมีพฤติกรรมที่ไม่น่ารักก็ลองสมมุติว่าเป็นตัวเราจะรู้สึกอย่างไร ผู้ใหญ่บางคนยังกลัวเข็ม กลัวการผ่าตัดเลย ยิ่งอายุมากยิ่งดื้อ จนมีคนพูดว่ายิ่งแก่ยิ่งเหมือนเด็ก ก็คิด เอาเองแล้วกันว่าเหมือนกันอย่างไร ซึ่งการที่แต่ละคนจะคิดอย่างไรก็ขึ้นกับประสบการณ์ของตนเองที่ เคยได้รับมา

ดังนั้นการทำงานกับเด็กป่วย ควรตั้งต้นจากการมีจิตเมตตาเป็นที่ตั้ง มีอารมณ์ขันช่วยเสริม มอง โลกในแง่ดีและมีกำลังใจมากพอที่จะแบ่งปันให้ผู้อื่นได้รับรู้ว่า...โลกใบนี้ไม่ใช่ซึ่งความรัก มีสิ่งทดแทนรัก เติมเต็มให้กับเด็กที่นอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แม้ว่าจะต้องทุกข์ทรมานก็ยังมีความหวังเหลือเพียงดวงใจ น้อยๆ เสมอ

ถ้าใครคิดจะมาเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาลจะต้องรู้อะไรบ้าง และจะต้องเตรียมตัวเตรียมใจ อย่่างไรดี ขอบอกเป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. ติดต่อแจ้งให้โรงพยาบาลและผู้ประสานงานทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการและกิจกรรมที่ต้องการช่วยเหลือเด็กป่วย รวมถึงจำนวนอาสาสมัครที่จะเข้ามาช่วยเหลือ และความ ชำนาญหรือความสนใจพิเศษ
2. ต้องทำให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคเพราะเราอาจนำเชื้อของเราไปให้เด็กที่ภูมิคุ้มกันต่ำ ตรงกันข้ามอาจจะรับเชื้อจากเด็กที่มีเชื้อรุนแรงมากกว่าเรา
3. ต้องทำใจว่าเราจะพบเด็กที่หน้าตาไม่น่ารัก รูปร่างแปลก ๆ บางคนก็ท้องโตมาก บางคนก็ ผอมเหลือแต่กระดูก บางคนก็มีสายให้อาหารทางปาก บางคนก็ไม่มีผมแถมมีเส้นแดงที่หัว ที่พุ่งด้วย บางคนก็มีสายน้ำเกลือ แยกว่านั่นบางคนก็มีถุงใส่อุจจาระติดอยู่ที่หน้าท้อง มีถุงใส่ปัสสาวะเดินลากไป หรือถือไป มีพลาสติกปิดแผลชิ้นใหญ่ติดตามตัว บางคนก็หน้าเป็นแผลไม่สวยงามเพราะถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก บางคนก็เจาะคอ ไอทีเสมหะกระเด็นออกมานอกท่อเลย เป็นต้น ฉะนั้น เมื่อเห็นสภาพเด็ก แล้วขอให้บอกตัวเองว่า เด็กเขาคงเจ็บ เขาคงอาย เขาคงไม่อยากเป็นแบบนี้ เขาคงทุกข์มาก ถ้าเป็นเรา จะรู้สึกอย่างไร และถ้าเป็นคนในครอบครัวเราละ เราจะรู้สึกอย่างไร และเราคงต้องการความช่วยเหลือใน

เรื่องอะไร และต้องการเห็นท่าทีของคนที่มาติดต่อกับเราเช่นไร ซึ่งคงไม่มีใครต้องการให้คนอื่นมาสมเพช แต่เราคงต้องการความเข้าใจและการยอมรับในสภาพของเรา กับต้องการความช่วยเหลือในเรื่องที่เราไม่สามารถทำได้เอง และเราก็ต้องการช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. ต้องระวังข้อจำกัดเรื่องอาหารและการรักษาเฉพาะโรค บ่อยครั้งที่พบว่าด้วยความเป็นเด็กก็มักไม่ทำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะไม่เห็นความสำคัญ เมื่อมีคนอื่นที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลมาเล่น มาพูดคุยด้วยก็จะเริ่มขอร้องให้ช่วยซื้อของกินต้องห้าม (ขนมกรุบกรอบ ส้มตำ หมูย่าง ฯลฯ ) โดยบอกว่าไม่ได้กินข้าวโรงพยาบาลเพราะไม่อร่อย และตัวเองหิวมาก ที่พยาบาลก็ดู พวกนี้มักจะเจอในเด็กที่หมอไม่ให้อินเดม เช่น พวกโรคไต โรคหัวใจ เด็กบางคนผู้ดูแลก็เป็นเสียเอง เพราะเมื่อลองชิมอาหารโรงพยาบาลแล้วก็รู้สึกว่ามันไม่อร่อยและจืดจืด และเด็กไม่ยอมกินหรือกินได้น้อย ก็เลยแอบไปซื้อให้กินเอง มารู้อีกที่เด็กก็ขอมโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่เรามักจะรู้ข้อมูลพวกนี้เพราะเราจะไม่ดูเขาแต่จะคอย ๆ พูดให้ข้อมูลเขาและแนะนำรสชาติทดแทนรสเค็ม เช่น รสเปรี้ยว เป็นต้น

5. ถ้าเด็กมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต และต้องการเล่นกับเรา เราก็สามารถเล่นได้แต่ต้องคอยถามอาการและข้อห้ามจากที่พยาบาลประจำหน่วยงานสักเล็กน้อยเพื่อความปลอดภัยของตัวเด็กและเราเอง เช่น ถ้าเขาเป็นโรคหัวใจก็อย่าไปเสานันทานที่มันตื่นเต้นหรือหนักล้นนัก เตี้ยหัวใจเด็กจะทำงานมากเกินไป เด็กโรคเลือดก็ต้องไม่เอาของเล่นที่มีคม มีเหลี่ยมที่เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลให้เด็กเล่น

6. ถ้าเด็กที่พ่อแม่นำมาส่งโรงพยาบาลและหายไปเลยจะมากอีกทีในวันที่หมอมให้รับกลับบ้านได้ ก็ให้พูดคุยหรือเล่นที่เกี่ยวกับภาระงานของพ่อแม่ที่ต้องทำและหลีกเลี่ยงเรื่องราวที่จะทำให้เด็กคิดถึงครอบครัวมากและรู้สึกว่าถูกทิ้ง

7. อาจจะต้องมีความรู้เรื่องโรคเล็กน้อย เช่น เด็กเป็นโรคที่ติดต่อกับหรือเปล่า หรือเป็นเด็กที่ติดโรคง่าย เพื่อจะได้จัดลำดับการเล่นและกิจกรรมการเล่นให้ถูกต้อง เหมาะสมกับเด็ก

8. ต้องมีความซื่อสัตย์และรักษาคำพูดกับเด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้เขาไว้วางใจ

9. ถ้ารู้เรื่องหรือมีเรื่องที่น่าจะทำให้เกิดปัญหาหรือข้อพิพาทระหว่างทีมการรักษากับผู้ป่วยต้องช่วยไกล่เกลี่ย และหาทางช่วยเหลือ

10. คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย สิทธิผู้รักษาและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

11. ต้องไม่ทำตัวให้เป็นผู้แปลกหน้าในหอผู้ป่วย ต้องทำตัวให้กลมกลืนกับสภาพแวดล้อมเหมือนเป็นคนในบ้านเดียวกัน

12. ต้องพูดจาไว้วางใจที่รักษากำลังยุ่งวุ่นวาย ก็ต้องรู้จักหลบหลีกไม่ให้เกิดอุปสรรคในการรักษาของแพทย์ - พยาบาล

13. มีความตั้งใจจะช่วยเด็กและผู้ปกครองให้มีความสุขและลดภาระบางส่วนจากทีมการรักษา สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงแนวทางเล็กน้อยเท่านั้น ถ้าคิดจะมาเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาลแค่มุ่งมั่นตั้งใจจริง มีความเมตตาที่จะทำให้อื่นมีความสุข ..ไม่ต้องกังวลเลย ไม่มีอะไรยากเกินความสามารถของเราไปได้

## สรุป

โรงพยาบาลที่ดีมีสุขได้ต้องประกอบไปด้วยบุคลากรภายในที่มีคุณภาพมีความสามารถขณะเดียวกันควรมีจิตเมตตา เอื้ออารีกับผู้ป่วย และควรเปิดรับความเอื้อเฟื้อจากบุคคลภายนอก มาเป็นแนวร่วมจิตอาสาช่วยดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ให้ และผู้รับมีความสุข สังคมในโรงพยาบาลก็จะเป็นสังคมแห่งการให้ซึ่งไม่หวังผลตอบแทนใดๆด้านวัตถุ เข้าอกเข้าใจกัน มีความรัก มีความเมตตา มีความปรารถนาดีซึ่งกัน และกัน

**"ความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ดี การให้ความรักและความเอื้ออาทร การรับในสิ่งที่ดีๆ นี้แหละคือการดูแลกันและกันด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์"**

## B17 ทำเรื่องไม่ได้เรื่องให้ได้เรื่อง

การทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพกับการพัฒนาศักยภาพเชิงวิชาชีพพยาบาล

สุภาพรพรณ นิตยสุภาพรณ, ปรภาณี ชมชัย, สงกรานต์ พุทธิขจร รพ.หัวเฉียว

หลักคิดในการพัฒนาคุณภาพในเรื่องนี้ คือ การใช้ core value 7 เรื่อง ได้แก่ Visionary leadership, Focus on result, Management by fact, Professional standard, Learning, Empowerment และ System perspective โดยเริ่มจากการติดตามข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU ในแต่ละวัน มาเป็นจุดเริ่มต้นในการหาเรื่อง ที่ไม่ได้เรื่องมาทำให้เป็นเรื่อง โดยนำเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมาทบทวนเพื่อตามร่องรอยการให้บริการที่เป็นจุดอ่อนในกระบวนการดูแลรักษา จากการศึกษาการทบทวนเวชระเบียน ในช่วงปลายปี 2548 จนถึงสิ้นปี 2549 ที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เป็นต้นเหตุแห่งปัญหา ได้แก่ การกำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ความไม่เหมาะสมในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความไม่ชัดเจนในการมอบหมายงาน องค์ความรู้พื้นฐานที่ไม่เพียงพอ ความไม่เหมาะสมในการกำหนดแผนการดูแลในผู้ป่วยแต่ละประเภท นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะความสามารถเชิงวิชาชีพยังเป็นจุดอ่อนอีกหลายประเด็น ได้แก่ ทักษะการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการคาดการณ์แนวโน้มอาการเปลี่ยนแปลง ทักษะการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป ทักษะการตัดสินใจรายงานแพทย์ และยังพบว่า ขาดระบบสนับสนุนในการทำงาน เช่น ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยหลังจากแบ่งประเภทผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาสรุปได้ว่ามีจุดอ่อนทั้งกระบวนการบริหารจัดการและกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ทีมงานได้มีการปรับปรุงในส่วนของการบริหารจัดการโดยได้พัฒนาแนวทางการมอบหมายงานของหัวหน้าแผนก โดยให้ระบุประเภทผู้ป่วยในแต่ละรายในใบ assignment ให้ชัดเจนเพื่อเป็นระบบช่วยเตือนใจผู้ที่ได้รับ case ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังจากแบ่งประเภทแล้วให้มีความแตกต่างกันโดยกำหนดเงื่อนไขในการเฝ้าระวังและประเมินซ้ำที่แตกต่างกัน กำหนดว่าต้องจัดหาเครื่องมืออะไรบ้างที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ กำหนดเงื่อนไขค่า parameter ที่ต้องเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง กำหนดเงื่อนไขในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละประเภท กำหนดเกณฑ์ในการบันทึกเมื่อย้ายผู้ป่วยไปแผนกอื่น และมีการฟื้นฟูองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้พื้นฐานและความรู้เฉพาะเรื่อง เช่น การให้ออกซิเจน การติดตามผลแทรกซ้อนของยาที่ให้ เป็นต้น

ในส่วนของแพทย์มีการพัฒนาระบบการติดตามผลงานของแพทย์เวร โดยติดตาม case ที่ย้ายเข้า ICU ภายใน 4 ชม. หลัง admit จาก ER, กำหนดเงื่อนไขที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยซ้ำด้วยตนเอง กำหนดเงื่อนไขที่ไม่อนุญาตให้แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ กำหนดแนวทางใหม่สำหรับพยาบาลในการดูแลและจัดการเบื้องต้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจเพื่อให้มีการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันเวลามากขึ้น ทั้งหมดคือการออกแบบระบบงานใหม่ (redesign) ทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบบริหารจัดการ



นอกจากนี้ยังมีการนำผลการทบทวนไปสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบ มีการจัด workshop แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการฟื้นฟูความรู้และกำหนดแนวทางการทำงานกันใหม่นั้น นำข้อมูลการเกิด late detection นำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของพยาบาลหัวหน้าแผนกจากการติดตามข้อมูลในช่วง ม.ค.- มิ.ย. 49 พบว่า หอผู้ป่วยในที่มีการพัฒนาและลดภาวะ Late Detection ลงได้มีจำนวน 9 แผนกจาก 12 แผนก คิดเป็น 75% อุบัติการณ์การเรียก code CPR ลดลงระยะเวลาในการเกิด late detection ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง จาก 30.1% ในปี 2547 เป็น 26.3% ในปี 48 และ 13.9% ในปลายปี 2549 กลุ่มที่เกิด late detection พบมากขึ้นในกลุ่มที่มีระยะ late detection น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปี 2549 มีการนำสถิติดังกล่าวไปวิเคราะห์เชิงลึกว่ามีการเกิดเหตุในแผนกใด ในเจ้าหน้าที่กลุ่มใดโดยจำแนกตามประเภทการปฏิบัติงาน มีการเกิดซ้ำมากน้อยในการดูแลของเจ้าหน้าที่คนเดิมมากน้อยเพียงใด มีการส่งข้อมูลให้แต่ละแผนกนำไป feedback เจ้าหน้าที่ของตนเอง และในปี 2550 จะนำข้อมูลการ audit เวชระเบียนไปเชื่อมโยงกับระบบประเมินผลงาน โดยนำไปกำหนดเป็นเกณฑ์หนึ่งในการประเมินความสามารถในการบริหารจัดการความเสี่ยงของหัวหน้าแผนก และนำผลการ audit เวชระเบียนทางการพยาบาล ไปใช้ในการประเมินผลงานในระดับบุคคลเช่นกัน โดยนำผลการประเมินไป feedback และบันทึกข้อมูลใน personnel profile ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน จากนั้นส่งเข้าอบรมหรือร่วม workshop เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ และประเมินซ้ำเมื่อเกิดการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ในรายต่อไป เพื่อประเมินว่าความสามารถในการพัฒนาตนเองเรื่องการดูแลผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือไม่ มีการดูแล ปรับแผนการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้นหรือไม่ มีการปฏิบัติตามข้อตกลงเรื่องแนวทางการดูแลที่กำหนดไว้หรือไม่ ระยะเวลาในการเกิด late detection ลดลงหรือไม่ และนำไปสรุปในภาพรวมว่ามีการพัฒนาตนเองดีขึ้นหรือไม่เมื่อเทียบกับระยะเวลาในแต่ละช่วงของการประเมิน ทั้งนี้เพื่อให้มีการเชื่อมโยงกิจกรรมทบทวนกับการพัฒนาระบบงาน พัฒนาศักยภาพทีมงาน และเพื่อให้ผลการพัฒนาเกิดผลกระทบบ้างกับผลลัพธ์ของการดูแล ผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

## B20 Humanized Critical Care

พ.อ.อดิศร วงษา

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ธารินี ปกาสิทธิ์

รพ.ศิริราช

รศ.นพ.ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### ประสบการณ์ในฐานะผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ธารินี ปกาสิทธิ์ โรงพยาบาลศิริราช

การนำแนวคิด "การบริบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์" ไปสู่การปฏิบัติอย่างกว้างขวางมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะวิกฤตและเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้ theme หลักของการประชุมคือ "Humanized Healthcare.. คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ"

จากประสบการณ์ การทำงานที่เป็นผู้ ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตอุบัติเหตุมานับตั้งแต่ ปี 2523 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นเวลากว่า 27 ปี พร้อมทั้งการมีประสบการณ์จริงที่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ประมาณ 40 วัน อยากจะบอกว่า พออะไรมาบ้าง ได้ทำอะไรไปบ้าง อยากทำอะไรและอยากให้บุคลากรในทีมสุขภาพให้การบริบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างไรบ้าง

### องค์ประกอบในการดูแลแบบองค์รวมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

1. การดูแลบรรเทาความเจ็บป่วย คลายความทรมาน ทางกาย แผนการดูแลจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว
  - การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการและภาวะเจ็บป่วยเพื่อคลายความกังวล
  - การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยถือเป็น Family intervention อย่างหนึ่ง ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา เช่น
    - เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค
    - เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการตายก่อนวัยอันควร
    - เป้าหมายให้อวัยวะหรือส่วนของร่างกายของผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติ
    - เป้าหมายให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น
  - การเข้าเยี่ยม กฎระเบียบปฏิบัติของหอผู้ป่วย การยืดหยุ่นเรื่องเวลาและจำนวนคนใกล้ชิดในครอบครัวให้เข้าเยี่ยมได้สะดวก
  - สิทธิคำรักษาพยาบาล และอื่นๆ
3. การดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายและครอบครัว





• การทำให้จิตใจสงบประลึกถึงสิ่งที่ตั้งงาม ซึ่งไม่มีสูตรสำเร็จตายตัวแต่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากผลการศึกษาพบว่าความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10 อันดับแรกได้แก่

- ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
- รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรกับผู้ป่วย เพื่ออะไร
- ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน
- ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ
- ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ
- ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง
- ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ
- ได้รับประทานอาหารและพักผ่อนที่เพียงพอ

สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่ง คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของสมาชิกในทีมผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่ทีมต้องการให้บรรลุเป้าหมาย นั่นคือ มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะ สามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค

สิ่งที่พบในบทบาทผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล	สิ่งที่เป็นประสบการณ์ตรง ในฐานะผู้ป่วย
1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี</li> <li>- การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> </ul>	1. เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการเจาะคอในที่สุด</li> <li>- การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน</li> </ul>
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Shock ในผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นเรื่อ Hypovolemic และ Septic Shock เป็นส่วนมากจุดหลักในการรักษาภาวะช็อค <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemodynamic goal</li> <li>- Optimization of oxygen delivery</li> <li>- Reversal of organ system dysfunction</li> </ul>	2. มีประสบการณ์ได้รับการรักษาภาวะนี้ ในขณะที่ป่วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับยากระตุ้นหัวใจ Inotropic drugs Dopamine หรือ Epinephrine</li> <li>- Blood pressure drop</li> <li>- มีภาวะพร่องออกซิเจน</li> <li>- ปัสสาวะไม่ออก</li> <li>- ได้รับการใส่สายสวน</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สายสวนต่างๆ</li> <li>Central Venous Catheter, Venesection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subclavian catheter 2 ข้าง</li> <li>- Cut down ที่ข้อพับแขนทั้งสองข้าง</li> <li>- Retained Foley's Catheter</li> </ul>
<p>3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลให้ยาต้านจุลชีพ</li> <li>- ดูแลให้ยาในกลุ่ม inotropes</li> <li>- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ตามผลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจต่างๆ</li> <li>- ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาหลายขนาน</li> <li>- การรักษาโดยใช้ Corticosteroid ใน Septic Shock (ได้มีการศึกษาการใช้ยา Hydrocortisone 200-300 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน ในผู้ป่วย Septic Shock ที่มีอาการรุนแรง)</li> </ul>	<p>3. มีประสบการณ์ได้รับการรักษาภาวะ Sepsis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีไข้สูง หนาวร้อนๆ (มีโอกาสนำ Cool Blanket)</li> <li>- On Ventilator (กลัวเครื่องไม่ทำงาน)</li> <li>- ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด</li> <li>- Isolation and Precaution</li> <li>- ได้รับการรักษาโดย Corticosteroid ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์</li> </ul>
<p>4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น ภาวะเพ้อ (Delirium) ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety)</p>	<p>4. อยากจะบอกว่ากลัวและเครียดกับการเผชิญปัญหามากมายรอบตัว กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แสดงออก กิริยาท่าทางและสีหน้า</li> </ul>

### ได้ทำอะไรบ้าง ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

มีส่วนร่วมกับหน่วยงานจัดทำ ตั้งแต่ Unit Profile จนถึงปัจจุบัน Service Profile ตามแนวคิดมาตรฐาน Hospital Accreditation ใหม่ที่มีการใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย มีกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ คือการพัฒนาตนเอง การประเมินตนเอง และมีการประเมินจากภายนอก (การเยี่ยมสำรวจ) ใช้กรอบแนวคิด ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts) ที่ยังคงมุ่งเน้นผลลัพธ์ ด้านการดูแลผู้ป่วย เน้นผู้รับผลงาน ด้านการเงิน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านประสิทธิภาพขององค์กร ด้านสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล เช่น ความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ การกำกับดูแลวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ ระบบจัดการด้านยา ระบบเวชระเบียนกระบวนการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและการทำงานกับชุมชน

จุดเน้นในการพัฒนาของหน่วยงาน เน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องทั่วไป ที่มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ รวมถึงการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ต้องมีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและทีมแพทย์ มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทัน่วงที่ ติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กระบวนการดูแลมีความคล่องตัวรวดเร็วทันเวลา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และมีการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสมรวมถึงการบันทึกในเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์

### แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ
1. ความปลอดภัย - ความคลาดเคลื่อนทางยา - ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำ/เลือด/ส่วนประกอบของเลือด	- ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติกรรับคำสั่งการรักษา - ใช้ระบบตรวจสอบ Double Check - ปฏิบัติตามวิธีการให้ยา การให้สารน้ำ/เลือด	- มีการตรวจสอบการปฏิบัติและการบันทึกการให้ยา สารน้ำ เลือด ทุกครั้งก่อนให้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ/หัวหน้าทีม
- การติดเชื้อ	- ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล - ติดตามรายงานการเฝ้าระวังโรคของหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ - ควบคุม กำกับ ดูแล ให้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด - ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะ	- โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการล้างมือให้ถูกวิธี - โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีการดูแล ventilator circuit, การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากและการดูแลการให้อาหารทางสายยางป้องกันการสำลัก - โครงการลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่สายสวนปัสสาวะ



<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตกเตียง การหกล้ม</li> <li>- การเกิดอันตรายจากผ้าผูก/เครื่องรัดเตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย</li> <li>- คัดกรองผู้ป่วยเพื่อค้นหา/ป้องกันความเสี่ยงในผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการควบคุม การกำกับ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด</li> <li>- มีเป้าหมาย : ไม่เกิดการตกเตียงและไม่เกิดอันตรายจากการผูก/รัดเตียง</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติงาน WI</li> </ul>	
<p>2. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเจ็บปวดเฉียบพลัน (โครงการที่ฝ่ายการพยาบาลร่วมกับหน่วยระงับปวด ให้ความรู้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด)</li> <li>- ให้นุเคราะห์ตระหนักถึงความสำคัญของการบริการ จัดบุคลากรเข้ารับการอบรม Excellence Service Behaviour</li> <li>- ประชุม/ทบทวนข้อร้องเรียน IP voice จากผู้รับบริการทุกเดือน พร้อมทั้งวางแนวทาง แก้ไข ร่วมกันในหน่วยงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการเพิ่มความพึงพอใจต่อการบรรเทาความปวดแผล ผ่าตัด/แผลที่ได้รับบาดเจ็บ</li> <li>- โครงการส่งเสริม ESB , ลูกอม อารมณ์ดี</li> <li>- จัดบอร์ด 10 minutes ESB</li> <li>- ติดป้ายข้อความ ส่งเสริมพฤติกรรม ESB</li> </ul>
<p>3. เวชระเบียนไม่ครบถ้วน/ไม่สมบูรณ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียน</li> <li>- ประเมินวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน</li> <li>- จัดให้มีวิธีปฏิบัติในแนวทางเดียวกันเพื่อให้การบันทึกข้อมูลถูกต้อง สมบูรณ์ มีความต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ในทีมผู้ให้บริการ</li> </ul>	<p>โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล Audit Documents (ในบันทึกของพยาบาล; มีการประเมิน , ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลรวมทั้งปัญหาอื่นๆ, แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา, การปฏิบัติการพยาบาล, การประเมินผลการพยาบาล)</p>

4. พบว่ามีเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อที่หมดอายุ	- มีการหมุนเวียนเวชภัณฑ์ปลอดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ - มีการจัดเก็บ IN-OUT	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการจัดการเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ; โครงการสายรุ้ง
---------------------------------------	--	---

#### อยากทำอะไรและอยากให้บุคลากรในทีมสุขภาพทำอะไร

อยากให้มีความปลอดภัยในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาแบบองค์รวม มีความปลอดภัย ห่างจากความเจ็บป่วย ปราศจากความพิการและภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลที่ดี ใกล้ชิดและเอาใจใส่ ต้องการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลโดยทีมแพทย์ผู้รักษาให้ข้อมูลที่สำคัญ และทางเลือก ให้ครอบครัว เพื่อความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การบริหารด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ นั้น ให้เริ่มต้นด้วย "การเอาใจเขามาใส่ใจเรา" เราอยากให้ผู้อื่นปฏิบัติกับเราหรือญาติเราอย่างไรบ้าง ควรนำมาคิดไตร่ตรองและปฏิบัติให้ดีที่สุด โดยคำนึงถึง "สิทธิของผู้ป่วย" ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่สภาวิชาชีพพร้อมกันกำหนด รวมถึง "สิทธิส่วนบุคคล" ต้องไม่ถูกละเมิด ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

#### เอกสารอ้างอิง

ไชยรัตน์ เข็มพิกุล และดุสิต สถาวร บรรณาธิการ.(2548). Disasters: Roles of Critical Care. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.กรุงเทพฯ ; บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

## B21 Healing Environment

นพ.เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ

ผอ.รพ.วชิระ ภูเก็ต

นพ.พิชณู มณีโชติ

ผอ.รพศ.สุราษฎร์ธานี

สิ่งแวดล้อมภายในสถานพยาบาล (health care environment) ประกอบด้วย แสง (light) สี (color) เสียง (noise) ขนาดของห้อง (size of rooms) การจัดที่นั่ง (seating arrangement) ภาพธรรมชาติ (view of nature) กลิ่น (smell) หรืออะไรก็ได้ที่พอนึกได้ แล้วสามารถนำไปตัดแปลงหรือมีประโยชน์ต่อสถาปัตยกรรม หรือมณฑลศิลป์ (architecture หรือ interior design) ของสถานพยาบาล เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความเครียด (stress) โดยไม่ได้ตั้งใจ และทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และอยู่โรงพยาบาลยาวนานขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัว (privacy) และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

ในการสร้างหรือออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (creating healing environment) มิใช่ ของง่าย แม้ว่าส่วนประกอบพื้นฐานจะประกอบด้วย คุณภาพของอากาศ (air quality) ความร้อน (thermal comfort) เสียง (noise control) ความเป็นส่วนตัว (privacy) แสง (light) ภาพธรรมชาติ (view of nature) รวมทั้ง visual serenity สำหรับผู้ป่วยหนัก และ visual stimulation สำหรับผู้ป่วยพักฟื้น

จนเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว นักออกแบบสถานพยาบาล (health care designers) ส่วนใหญ่ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากออกแบบทั่ว ๆ ไป (generalists) มาสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่มีหลักฐาน evident และ Knowledge สนับสนุนมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช, ทารกแรกเกิด, Alzheimers, cancer, rehabilitation, ผู้ป่วยวิกฤต, labor and delivery

อย่างไรก็ตาม นักวิจัยสิ่งแวดล้อม (environmental researchers) และนักออกแบบ (designers) ต้องผสมผสาน environmental psychology และ architectural psychology เข้าด้วยกัน เพื่อสร้าง healing environment เข้าสู่ความเป็นมนุษย์มากขึ้น (humanized health care : ดึงหัวใจให้ระบบสุขภาพ)



## B22 Balanced of Professional Collaboration and Empowerment

โสภา ตั้งอ่วมกุล

รพ. อุทอง

พญ. รัตนา นิลเพ็ชรพลอย

รพ. อุทอง

จุฬารพร ประสงค์

รพ. ศิริราช

รศ. นพ. วิรุณ บุญสุข

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์

รพ. ศิริราช

แต่ละวิชาชีพต่างมีเอกลักษณ์ วัฒนธรรม วิธีคิด วิธีปฏิบัติ และความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ด้วยความที่แต่ละวิชาชีพและแต่ละคนไม่สมบูรณ์ ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพจึงเป็นการเติมเต็มให้แก้กันและกัน ผลของการเติมเต็มนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ขณะเดียวกัน แต่ละวิชาชีพจำเป็นต้องสร้างไว้ซึ่งความภาคภูมิใจและความเป็นวิชาชีพของตนเอง การเสริมพลังให้แก้กันจึงมีความจำเป็นสำหรับความร่วมมือระยะยาว การเสริมพลังเริ่มต้นด้วยความไว้วางใจต่อกัน มีการสื่อสารที่ดี มีการให้โอกาส เพิ่มศักยภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบร่วมกัน มารับฟังตัวอย่างจากของจริงว่าสิ่งเหล่านี้มีอยู่ในชีวิตการทำงานของเราอย่างไร

## B23 The Secret Behind PK/PD: What Health Practitioners Need to Know?

ภญ.รศ.ดร. สุวิธนา จุฬาวัดมนทล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภก.ผศ.ดร.ปรีชา มนทกานตีกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ท่านเคยสงสัยหรือพบปัญหาเหล่านี้หรือไม่

- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาทันที และเมื่อผู้ป่วยได้รับยา dose นั้นแล้ว ซึ่งใกล้กับเวลาในการให้ยามื้อถัดไป ท่านจะให้ยามื้อถัดไปได้เลยหรือไม่ ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากยาที่ได้รับมากเกินไปหรือไม่
- ยากับอาหาร มีปัญหาหรือไม่ จะทำอย่างไรดีในเมื่อผู้ป่วยยังต้องรับประทานอาหารตามปกติ
- ผู้ป่วยอาเจียน ทำอย่างไรดีกับยาที่ผู้ป่วยเพิ่งรับประทานไป
- ยาที่มีชื่อตามหลังเป็น SR, MR, CR ต่างกันอย่างไร ใช้แทนกันได้หรือไม่
- ยาที่เป็นแผ่นติดผิวหนังที่ติดไว้ได้นานๆ ต้องระวังอะไรบ้าง
- ทำไมฉีดยาก็กดต้องทั้ง ชนิด ขนาดยา แต่ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดอะไรขึ้น

คำถามเหล่านี้ หากคำตอบได้ หากเข้าใจซึ่งเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics, PK) ที่เป็นศาสตร์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างขนาดและระยะเวลาของการให้ยากับระดับความเข้มข้นของยาในซีรัมหรือเนื้อเยื่อ และเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics, PD) ที่เป็นศาสตร์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับยาในซีรัม และ/หรือ ระดับยาในเนื้อเยื่อกับการออกฤทธิ์ของยา หรือ เป็นความรู้เกี่ยวกับการเดินทางของยาในร่างกายผู้ป่วย” จากจุดที่ให้ยาไปจนถึงเนื้อเยื่อที่ยาออกฤทธิ์เพื่อให้ยาสามารถออกฤทธิ์ในการรักษาโรคได้และมีอาการไม่พึงประสงค์/พิษของยาน้อย

ดังนั้น ปัจจัยใดๆ ที่สอดแทรกอยู่ในปัญหาข้างต้น อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเดินทางของยาในร่างกาย ที่บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจ เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัญหาข้างต้น เพื่อให้กระบวนการใช้ยาถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย อันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา





## B24 รักคุณภาพ รักษาอนามัยสิ่งแวดล้อม : การจัดการของเสียอันตราย

ดูรายละเอียดใน B14

## B25 บูรณาการการเรียนรู้ สู่แนวทางการรักษา โรคหลอดเลือดสมอง

พ.อ.สามารถ นิธินันท์

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย

ผศ.พญ.ศิวาพร จันทร์กระจ่าง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.ชานี จิตตรีประเสริฐ

กรมการแพทย์

ยิ่งคนไทยอายุยืนยาวขึ้น โอกาสที่จะพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ยิ่งมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะต้องรักษากันแบบยืดเยื้อ มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีโอกาสที่จะทำให้ครอบครัวมีความอ่อนล้าทั้งทางกายและทางจิตใจ อารมณ์ สังคม

มารับฟังประสบการณ์และแบบอย่างดีๆ ในการจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในโรงเรียนแพทย์ ในเครือข่ายที่มาเรียนรู้ร่วมกัน และในมุมมองขององค์กรวิชาชีพ นอกเหนือจากการดูแลทางด้านร่างกายด้วยความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยแล้ว มีการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างไร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

## B26 จุดประกาย

นพ.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท

รพร.ฉวาง จ.นครศรีธรรมราช

พญ.จำเนียร ยืนยงค์

รพ.พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา

นพ.สมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์

รพ.บางสะพานน้อย จ.ประจวบคีรีขันธ์

สุมิตรา ถานะสม

รพ.บ้านธิ จ.ลำพูน

พัชรี คำธิตา

รพ.แม่ทา จ.ลำพูน

พญ.ยุวรีย์ วานาวณิชย์กุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลากหลายประสบการณ์ที่จะช่วยจุดประกายการทำงานในสถานการณ์ต่างๆ เช่น

1. บทบาทของผู้อำนวยการในการ monitor งานคุณภาพของโรงพยาบาล
2. การจัดให้แพทย์มีตำบลที่รับผิดชอบเป็นแพทย์ประจำตำบล เป็นแพทย์เจ้าของไข้เมื่อมีผู้ป่วยจากตำบลนั้นมาอนโรงพยาบาล เชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาระบบงานขององค์กรแพทย์
3. การติดตามข้อมูลอย่างสม่ำเสมอจนเห็นความผิดปกติของการระบาดของไข้มาเลเรีย จึงตามไปดูจนพบว่ามีปัญหาในระบบประมาณการควบคุมและป้องกันโรคมาเลเรีย พบความไม่ทันการณ์ของนโยบายการใช้ยารักษา การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การเสริมแรงเยาวชนและผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสังคมของเยาวชน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง
5. การทำให้ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

### เสริมแรงเยาวชนและผู้สูงอายุ

สุมิตรา ถานะสม รพ.บ้านธิ

ประสบการณ์ในการทำงานปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนมาตลอด 24 ปี มีผู้ป่วยที่ดูแลทั้งใน รพ. และในชุมชน รวมถึงบริการปรึกษา และบำบัดยาเสพติด จึงเห็นสภาพผู้ป่วยทุกข์ โดยเฉพาะการสัมผัสปัญหาสังคมของเยาวชน ที่มีสิ่งกระตุ้นภายนอกที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสื่อมด้านคุณธรรมและจริยธรรม ส่วนในผู้สูงอายุจากการเริ่มกิจกรรมสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน จะพบปัญหาผู้สูงอายุที่ถูกให้อยู่เฝ้าบ้าน ลูกหลานไปทำงาน บางคนขาดผู้เลี้ยงดู แม้ยามเจ็บป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลก็ขาดญาติมาเฝ้า มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มป่วยในชุมชน

จึงได้ประสานงานกับเครือข่ายพันธมิตร หาแนวทาง เป้าหมาย ร่วมกัน เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันทางในชุมชน เพื่อไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ โรงเรียนนาร่อง 2 รุ่น (ปีการศึกษา 2548 , 2549) และชมรมผู้สูงอายุ ปี 2549 โดยความสมัครใจ จำนวน 391 คน ใช้วิธีเสริมแรงในกลุ่มเป้าหมายเยาวชน ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มปกติ ให้เกิดการมีส่วนร่วมพร้อมเป็นผู้ให้สิ่งที่ดี ๆ แก่สังคม จัดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ การดูแลผู้ป่วยภายใต้กรอบคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ และจัดเวทีให้ได้ฝึกทักษะ การร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งในโรง

พยาบาลและที่บ้าน มีการประเมินทั้งก่อนทำและหลังทำ พร้อมมุ่งใจ ให้รางวัลชีวิตแก่ผู้ร่วมทำกิจกรรม ด้วยเกียรติบัตรการทำความคิดแก่สังคมและเพื่อนมนุษย์

มีการพัฒนาต่อในปี 2550 โดยในเยาวชนมีการขยาย กิจกรรมการดูแลในโรงเรียน ชุมชน ส่วนในผู้สูงอายุมีการเพิ่มกิจกรรมพัฒนาจิตและเยี่ยมผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสที่บ้าน

## คิดไม่ถึง

พัชรี คำธิตา รพ.แม่ทา

ทุกวันนี้ทั้งที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว แต่วิกฤติการณ์ของมนุษย์ และสัญญาณแห่งความล่มสลาย ก็มีให้เห็นทุกหนทุกแห่ง ในท่ามกลางความเป็นไปของสังคม โลก เชื่อมโยงสัมพันธ์กันด้วยการค้าขาย การไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารและเงินตรา ทำให้โลกมีความสลับซับซ้อน และเคลื่อนไหวรวดเร็ว ทุกสิ่งในโลกจึงต้องขยับเขยื้อนตามอย่างเร่งรีบไม่มีที่สิ้นสุด สภาพะ วิกฤติของสังคม จึงเกิดขึ้นทั่วโลก การสูญเสียความเป็นปึกแผ่นทางสังคม หรือการแตกกระจายทาง สังคม คือ แก่นของความระทมทุกข์ที่เกิดขึ้นทั่วไปในระดับครอบครัวและมนุษยชาติ และยังเป็นปัจจัย สำคัญที่ทำลายคุณค่าทางวัฒนธรรม และจิตวิญญาณอย่างสิ้นเชิง

ฐานทุนที่สำคัญของสังคมไทยถูกลิ้มเลือน และถูกทอดทิ้งมานานความเป็นครอบครัวชุมชน กำลังจะล่มสลาย วัฒนธรรมและวิถีชีวิต ปรัชญาความเชื่อที่เข้มแข็งและพอเพียง ถูกละทิ้งจนแทบจะ ลิ้มเลือน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ คือทุนที่สำคัญยิ่ง

จากความเป็นจริงที่ว่า สรรพสิ่งทั้งหลายในธรรมชาติมีแนวโน้มที่จะก่อตัวขึ้นเองตาม ปรัชญาการณที่เรียกว่า การจัดและก่อตนเอง (Self organizing) จากส่วนประกอบย่อยขึ้นเป็นความเป็น ทั้งหมด ความเป็นทั้งหมดแต่ละหน่วยกลายเป็นส่วนย่อยของความเป็นทั้งหมด ในระดับที่สูงขึ้นไปอีก ต่อเนื่องกันไปไม่มีที่สิ้นสุด ธรรมชาติจึงมีการเชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายที่เป็นลำดับ และสลับซับซ้อน สังคมก็มีการจัดและก่อตัวเป็นเครือข่าย จากปัจเจกบุคคล มาเป็นเครือข่ายสังคม ที่ประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชนและวัฒนธรรม ซึ่งมีความสำคัญต่อความสงบสุขของมนุษย์ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนวิธี คิด การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ การพัฒนาจิตใจและสร้างปัญญา ปรับแผนความสัมพันธ์ของคนในสังคม ยอมรับความหลากหลาย มุ่งเน้นความเอื้ออาทร สมานฉันท์ ทำให้เกิดภูมิปัญญา เกิดความยั่งยืน

ประสิทธิ์ เป็นบุตรคนที่ 2 ในจำนวนพี่น้อง 4 คน ปัจจุบันอายุ 44 ปี มีอาการเจ็บป่วยทางจิต มา ประมาณ 17 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลจิตเวชมาโดยตลอด ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ ปี 2533-2543 ประ สิทธิ์จะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชบ่อยครั้งมาแต่แต่ละครั้งนอนนานประมาณ 1 เดือน โดยแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ประสิทธิ์มีพฤติกรรมก้าวร้าวและดูร้ายชอบทำร้าย ร่างกายคนอื่น ตีมธูราเป็นประจำ ทำให้ประสิทธิ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญประสิทธิ์ ชอบ แอบขึ้นบ้านผู้อื่นและแอบดูผู้คนที่อาบน้ำ จนชาวบ้านเดือดร้อนและมักจะไล่ทุบตีประสิทธิ์เป็นประจำ ครั้งสุดท้ายประสิทธิ์พยายามจะข่มขืนมารดาผู้ให้กำเนิด มารดาได้ต่อสู้จนได้รับบาดเจ็บศีรษะกระแทก พื้น ส่วนประสิทธิ์ถูกชาวบ้านทำร้ายร่างกายและจับมัดส่งโรงพยาบาลจิตเวช ครั้งนี้ประสิทธิ์อยู่โรง พยาบาลนานเกือบ 3 เดือน เนื่องจากญาติไม่ไปรับกลับบ้าน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจิตเวชจะประสาน



และติดต่อมาหลายครั้ง หน้าที่ประชุมชนมีการล่าถอยเขินนำเสนอด่วนายอำเภอและองค์กรท้องถิ่น เพื่อปฏิเสธการรับประสิทธิ์กลับเข้าสู่ชุมชน รวมทั้งบิดามารดาก็ไม่ประสงค์ที่จะรับประสิทธิ์กลับมาอยู่ที่บ้าน

ดิฉันในฐานะพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวช จึงได้รับประสานกับพื้นที่ ในเบื้องต้นได้ไปพูดคุยกับบิดา มารดา ของประสิทธิ์ เพื่อขอทราบเหตุผลในการปฏิเสธที่จะรับลูกชายกลับบ้าน บิดา มารดา ของประสิทธิ์บอกกับดิฉันว่า กลัวประสิทธิ์มาก กลัวถูกทำร้ายร่างกาย ทุกข์และทรมานใจมานาน ไม่รู้จะทำอย่างไร "เมื่อไหร่จะตายสักที" โดยเฉพาะมารดาของประสิทธิ์ จะมีอาการหวาดผวาและสั่นกลัว เมื่อพูดถึงประสิทธิ์ บิดาของประสิทธิ์บอกกับดิฉันว่า ถ้าประสิทธิ์กลับมาอยู่บ้าน ผมคงไม่มีความสุข ชาวบ้านคงเดือดร้อนและสักวันลูกผมอาจจะถูกชาวบ้านทำร้ายร่างกายจนตาย เมื่อเป็นเช่นนั้น

ดิฉันจึงได้นัดประชุมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรท้องถิ่นและองค์กรสงฆ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ในการที่ต้องอยู่ร่วมกัน ในการระดมพลังความคิด ครั้งนี้สิ่งหนึ่งที่ชุมชนเห็นพ้องต้องกันคือ ให้มารดาของประสิทธิ์ไปอยู่กับญาติที่กรุงเทพฯ ก่อน เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับมารดาของประสิทธิ์ ส่วนชุมชนก็จะช่วยกันดูแลสอดส่อง และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อประสิทธิ์ ไม่ต่อว่า ดุด่า ประสิทธิ์ ส่วนองค์กรสงฆ์จะรับพัฒนาด้านจิตใจ ตามบทบาทของสงฆ์ สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขจะดูแลเรื่องการติดตามผลการรักษาเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เมื่อชุมชนได้มีการเตรียมความพร้อมแล้วดิฉันจึงประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวช และขอให้ส่งตัวประสิทธิ์กลับสู่ชุมชน ทันททีที่ประสิทธิ์กลับสู่ชุมชนโดยรถของโรงพยาบาลจิตเวช ก็มีแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขรวมทั้งดิฉันและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ไปให้การต้อนรับประสิทธิ์ที่บ้าน เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อประสิทธิ์และสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและชุมชน

ดิฉันได้ปรึกษากับจิตแพทย์ถึงพฤติกรรมของประสิทธิ์ที่ชอบแอบมองผู้หญิงอาบน้ำ เพราะเกรงว่าจะเกิดปัญหาขึ้นอีกในชุมชน จิตแพทย์จึงได้ให้ฉีดยาคูมก่าเนด 1 Vial ทุก ๆ 1 เดือน พร้อมกับการฉีดยา Hadal-dec 50 ml. ทุก ๆ 1 เดือน โดยดิฉันเป็นผู้ฉีดยาให้ทุกเดือนพร้อม ๆ กับการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามประเมินผลในช่วงแรกๆ ไปฉีดยาให้ที่บ้านก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากประสิทธิ์ต้องอาศัยพูดจาหวานล้อมและใช้เวลานานในแต่ละครั้งกว่าประสิทธิ์จะยอมฉีดยา โดยมีบิดาเป็นผู้ดูแลเรื่องยารับประทาน และมีแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขได้ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปเยี่ยมและให้กำลังใจประสิทธิ์ที่บ้าน

เวลาผ่านไปประสิทธิ์มีอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ตื่นกลัว ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือดูร้ายพูดจาไพเราะ ช่วยบิดาทำงานบ้านและดูแลตนเองได้ดีและช่วยงานชุมชนเป็นอย่างดี จนเป็นที่ยอมรับของชุมชน และนอกจากนั้นทุก ๆ เช้า ประสิทธิ์จะไปช่วยเก็บกวาดขยะที่วัด และนอนเล่นอยู่ในวัดไม่ได้สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน เวลาต่อมาไม่นานองค์กรสงฆ์จึงได้ทำการบวชพระให้กับประสิทธิ์นาน 3 เดือน ซึ่งประสิทธิ์ก็สามารถปฏิบัติภารกิจ ตามบทบาทหน้าที่ของสงฆ์ได้เป็น อย่างดี

นับแต่นั้นมาเป็นเวลาล่วงเลยไป 7 ปี ประสิทธิ์ไม่เคยกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชอีกเลย ประสิทธิ์สามารถที่จะอยู่ร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี ดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระให้ใคร และไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชน

ปัจจุบันประสิทธิ์อาศัยอยู่กับบิดา มารดาที่บ้านซึ่งมารดาเองก็ไม่ได้มีอาการหวาดกลัวประสิทธิ์อีกต่อไป ตรงกันข้ามกับให้ความสนใจและใส่ใจประสิทธิ์เป็นอย่างดี ดูแลเรื่องการรับประทานยาสวน ดินฉันได้ส่งต่อประสิทธิ์ให้กับพื้นที่ดูแลต่อเนื่องและยังคงขี้ดยาให้ทุกเดือน

จากประสบการณ์ทำให้ดิฉันได้บทเรียนที่มีค่ายิ่ง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนยืนยันได้เป็นอย่างดีว่าการบริการสุขภาพ ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่ง ทำให้ทำอะไรง่ายไปหมด และเกิดสุขสัมพันธ์ คิดไม่ถึงจริง ๆ

## B27 ความผูกพัน กันการฟ้องร้อง

ศ. ดร. วิภา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ. นพ. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.เกียรติคุณ นพ. สว่าง แสงหิรัญวัฒนา

โรงพยาบาลสมิติเวช

สถิติการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นสภาพความปลอดภัยในการจัดบริการและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ที่ต้องการมาตรการเชิงรุกในการป้องกันความผิดพลาดในบริการ ความเข้าใจในกระบวนการทางกฎหมาย การสร้างความผูกพันอันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และญาติ ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ตลอดจนการดำเนินการที่เหมาะสมเมื่อถูกฟ้องร้อง เพื่อลดความรุนแรงของความสูญเสียต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และองค์กรทางสุขภาพ จากการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านการเงิน และความไว้วางใจจากผู้ป่วยและสังคม

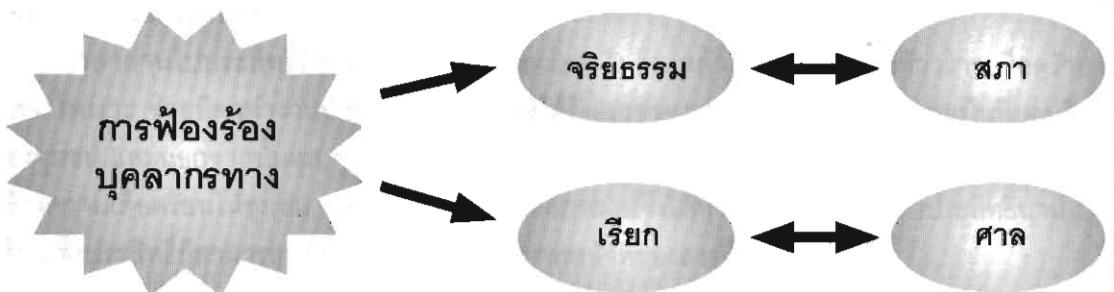
### ประเด็นกฎหมายกับการรักษาพยาบาล

ความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมนุษย์ ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ หรือผู้บริหารองค์กรสุขภาพ โดยกฎหมายทำหน้าที่เป็นกลไกในการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาทุกข์ของผู้เสียหาย รวมทั้งเสริมสร้างการให้บริการที่มีคุณภาพ

การรักษาพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แพทย์และพยาบาลต้องมีแนวคิดเชิงรุกในประเด็นสำคัญคือ

1. กฎหมายที่ผู้ให้บริการและผู้บริหารองค์กรพึงปฏิบัติให้สอดคล้อง เพื่อความสุขและความปลอดภัยของทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดบริการทางสุขภาพ
2. ความเข้าใจและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเข้าข่าย "ทुरเวชปฏิบัติ"
3. ช่องทางตามกฎหมายที่ตามมาเนื่องจากทुरเวชปฏิบัติ

ผู้ป่วยหรือทายาทสามารถฟ้องผู้กระทำทुरเวชปฏิบัติได้ โดยอาศัยช่องทางของกฎหมาย ดังนี้



## การสร้างความผูกพันในบริการ

ความผิดพลาดของคนเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (To err is human.) เมื่อเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย สิ่งที่มีโอกาสเกิดตามมาคือการฟ้องร้องทางกฎหมาย ซึ่งเป็นสภาพที่บีบคั้นทุกฝ่าย ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องคือสิ่งที่ดีที่สุด แนวปฏิบัติที่สำคัญคือ

### 1. การสื่อสารอันดีกับผู้ป่วยและญาติ

โดยให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่สร้างความเข้าใจ ไม่สับสน เป็นความจริง สุภาพ และเป็นมิตร รวมทั้งสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงความตั้งใจ เอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ในการให้การรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุดและอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับไว้ในการดูแล

แนวทางของการให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยและญาติคือ

- o หลักของความเข้าใจตนเอง
- o การเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
- o การเข้าใจกลวิธีสำคัญในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### 2. การจัดบริการที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care)

โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยผ่านรูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย เช่น parent on-round, partnership-café model, peer-group support และความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่ายของหน่วยบริการ เนื่องจากจะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพของการบริการในลักษณะของแพทย์/พยาบาลกับผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้ขายบริการกับผู้ซื้อบริการ ตลอดจนสร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของปัญหาและการดูแลสุขภาพร่วมกัน

## การจัดการกรณีถูกฟ้องร้อง

ประเด็นการฟ้องร้องเป็นสิ่งที่ต้องมองแบบพลวัต ไม่มองจากจุดของผู้ให้บริการทางสุขภาพหรือผู้ป่วย/ญาติอย่างใดอย่างหนึ่ง กรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย แนวทางหรือวิธีหลักเลี่ยงการขึ้นศาลจากการถูกฟ้องร้องคือ การเจรจาระหว่างคู่กรณี (negotiation) และการประนีประนอมซึ่งกันและกัน (mediation) ทั้งนี้ หากไม่สำเร็จ อาจถูกผู้ป่วย/ญาตินำเรื่องขึ้นสู่ศาลเพื่อฟ้องร้อง (civil litigation) ต่อไป

## การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

1. สื่อสัต์ย์กับตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การชอนเร้นและการปิดบังความผิด มีผลให้อายุความนานขึ้นและต้องชดใช้เพิ่มขึ้น
2. แก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้นให้เร็วที่สุด โดยป้องกัน/แก้ไขผลกระทบที่เกิดแก่ผู้ป่วย และสร้างมาตรการป้องกันการเกิดความผิดพลาดอีก





3. เตรียมข้อมูลที่จะสนทนากับผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน สมบูรณ์

และไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ที่อาจทำให้เกิดความไม่กระจ่าง ต้องตระหนักว่าสิ่งที่พูดสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

สิ่งพึงพูดและทำคือ

- การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินสถานการณ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ ว่าจะมีการฟ้องร้อง ซึ่งอาศัยข้อมูลจากความตั้งใจและเรื่อง que ผู้ป่วยและญาติจะฟ้องร้อง และการตระหนักสถานการณ์ความรุนแรงของผลลัพธ์ของความผิดพลาดที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย

- การแสดงออกถึงการร่วมรู้สึก ในสิ่งที่เกิดกับผู้ป่วย ตลอดจนการบอกมาตรการขององค์กรในการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้นอีก การกล่าวคำ "ขอโทษ/ รู้สึกผิด/ รู้สึกแย่มาก" ต้องพูดด้วยสติ และพูดในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากความละเลยหรือความประมาทของบุคลากรผู้ให้บริการ เพราะแม้ว่า การกล่าว "คำขอโทษจะเป็นสิ่งดี ที่อาจทำให้ความทุกข์ลดลงได้ แต่เรื่องคำขอโทษ ก็เป็นประเด็นทางกฎหมายด้วย เพราะเมื่อเอ่ยคำขอโทษ จะถือเป็นการยอมรับผิดในแง่กฎหมายได้"

4. เตรียมข้อมูลสำคัญที่กฎหมายต้องการ และติดต่อ/ปรึกษาฝ่ายกฎหมายก่อนให้ข้อมูลออกไป แม้ไม่คาดว่าจะเกิดจากการทำทฤษฎีปฏิบัติ

5. ไม่พูดคาดเดาเกี่ยวกับสาเหตุของอุบัติเหตุการณ์ จนกว่าจะแน่ใจหรือผ่านกระบวนการวิเคราะห์หาสาเหตุได้แล้ว

6. อย่าโทษหรือโยนความผิดให้ผู้อื่น

## B30 Humanized Care for the Adolescent and the Stigmatized

พญ.ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

ไลภณ พัฒนะอิม

พญ.อภิสมัย ศรีรังสรรค์

สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บ้านหนองตอง อ.หางดง

รพ.ศรีธัญญา

### The Stigmatized

พญ.ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

ความทุกข์จากความเจ็บป่วยแสดงออกทั้งที่เป็นรูปธรรมที่เห็นได้ชัดและเป็นนามธรรมที่ละเอียดอ่อน แม้ว่าอาจจะเห็นได้ไม่ชัดเจน แต่มีผลกระทบต่อจิตใจที่ลึกซึ้ง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายนั้น เราอาจจะสามารถเข้าใจในทุกขเวทนาที่เกิดจากอาการเจ็บปวด มีความลำบากในการกิน การเคลื่อนไหว การหายใจ การขับถ่ายที่เราเห็นได้ สัมผัสได้จากภายนอก แต่ความทุกข์ที่อยู่ในจิตใจอันเป็นผลสืบเนื่องจากความทุกข์กายโดยเฉพาะเมื่อเขาต้องกลายเป็นผู้พิการ เป็นผู้ที่ยังพึ่งพิงนั้นเป็นความทุกข์ที่ผู้บำบัดรักษาอาจมองข้ามหรือมองแต่ไม่เห็น ไม่เข้าใจ

ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชนั้น เมื่อมองเผิน ๆ ก็เห็นว่าเขามีความปกติในด้านร่างกาย เขาไม่น่าจะมีความทุกข์อะไร หากแต่เป็นผู้ก่อความทุกข์เดือดร้อนให้กับคนอื่น เป็นภาระ นำรำคาญ สกปรก ก้าวร้าว เป็นอันตราย น่ารังเกียจ ดูแปลก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีหรือปัญหาทางกฎหมายด้วยแล้ว ไม่ว่าจะอยู่ ณ ชุมชนใดก็ได้รับการปฏิบัติในระดับเป็นชนชั้นต่ำสุดของชุมชนนั้น ไม่เว้นแม้กระทั่งในเรือนจำ ดูเหมือนว่าเป็นการยากที่จะเข้าใจความทุกข์และความต้องการที่อยู่ในจิตใจของเขา แต่ความเป็นจริงแล้ว หากผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าความทุกข์กิด ความต้องการของมนุษย์ทั้งหลายกิด เป็นสิ่งที่ เป็นลักษณะร่วม ไม่ได้แยกตามเชื้อชาติ ฐานะ ชนชั้นและการศึกษา กล่าวคือเรามีประสบการณ์ของความทุกข์กาย ทุกข์ใจ มีความต้องการการดูแลในฐานะมนุษย์ที่เท่าเทียมกันอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวก็มีความทุกข์และความต้องการรับบริการเช่นนั้น

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่ง (เช่นผู้ป่วยโรคจิต โรคความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับรุนแรง) ที่ไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองอันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ครอบครัวและผู้บำบัดรักษาก็ไม่มีความเข้าใจธรรมชาติของโรค ตลอดจนสังคมมีความเข้าใจเพียงผลกระทบของความเจ็บป่วยแบบผิวเผินจากปรากฏการณ์ที่เขาได้รับข้อมูลเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการแบ่งแยก รังเกียจ เียดฉฉินท์ ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้บำบัดรักษาที่มีความจำเป็นที่ต้องมีความเข้าใจความทุกข์และความต้องการของทั้งผู้ป่วยและชุมชนที่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องด้วยเจตคติที่เป็นกลาง มีความลึกซึ้งต่อความสัมพันธ์เชื่อมโยงของเหตุและผลของความเจ็บป่วย การช่วยเหลือจึงไม่ควรจำกัดอยู่ที่สถานพยาบาลเท่านั้น หากต้องสืบสาวโยงไปไปถึงครอบครัวและชุมชน รวมทั้งควรเปิดโลกทัศน์และสร้างกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างความช่วยเหลือในระดับบุคคลไปถึงการจัดการในเชิงระบบด้วย

กล่าวโดยสรุป การดูแลรักษาผู้ที่ได้รับการรังเกียจจากสังคมนั้นควรดำเนินการตามหลักอริยมรรคอันเป็นหนทางที่จะช่วยเหลือผู้ให้บริการที่มีความทุกข์ได้อย่างแท้จริง

## หัวใจเปี่ยมด้วยเมตตาธรรมและลุนิสภณ

โสภณ พัฒนะอิม

ผมเองเพิ่งเพิ่งไม่ใช่คนเชียงใหม่ แต่มาเป็นเขตที่หนองตอง เมื่อเกษียณอายุราชการจากกรมชลประทานผมได้ข้อคิดจากพระราชเสาวนีย์ของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถว่า "คนที่เกษียณอายุแล้วมีความเป็นนักวิชาการที่เก่งมาก น่าจะรวบรวมมันสมองที่เก่งให้มารวมกันช่วยพิจารณาปัญหาต่างๆ ของประเทศ ดูแลแก้ไขช่วยเหลือชาติบ้านเมืองโดยจัดทำเป็นธนาคารสมอง (Brain Bank) โดยการอาสาสมัครงานแผ่นดิน ดูแลปกป้องชีวิตคนไทยให้ดีขึ้น" ซึ่งกระผมได้พิจารณาและนำมาเป็นแนวในการใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุ

ถ้าจะถามถึงผู้ป่วยจิตเวชกับชีวิตผมตอนนั้นยังไม่คิดอะไรเนื่องจากผมและครอบครัวไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่ถ้าพูดถึงผู้ป่วยจิตเวชก็คงจะนึกถึงคนอยู่ 2 คน

คนที่ 1 เป็นผู้ชายที่อยู่ในตำบลของเรา จะชอบแต่งชุดตำรวจมาโบกรถในงานศพทุกงาน ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ผมเห็นแล้วสงสารจะเข้าไปทักทายทุกครั้งที่พบ

คนที่ 2 เป็นหญิงอายุวัยกลางคนจะมาช่วยล้างจานในบ้านที่มิ่งงานศพทั้งวันและหลังจากนั้นเจ้าของงานจะแบ่งปันอาหารให้กลับไป ผมคิดว่าเขาเป็นคนดีและรู้สึกสงสาร

เมื่อประมาณต้นปี 2548 ในที่ประชุมชมรมผู้สูงอายุซึ่งผมเป็นประธาน ผู้การจรัส (ประธานชมรมसानสัมพันธ์ ร.พ. สนวนปรุง) และคุณเจริญพร (นักสังคมสงเคราะห์ จาก ร.พ. สนวนปรุง) ได้มาพบและแนะนำให้รู้จักชมรมसानสัมพันธ์ ร.พ. สนวนปรุงทำให้ผมรู้จักว่ามีการตั้งชมรมผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยกันดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ได้ในสังคมปกติ ผู้การได้เล่าให้ผมฟังว่าในตำบลของเรามีผู้ป่วยจิตเวชอยู่จำนวนหนึ่งที่ยังต้องการความช่วยเหลือเพราะปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิตจาก ร.พ. สนวนปรุง และกลับมารับยาต่อที่ ร.พ. หางดง ซึ่งเป็น ร.พ. เครือข่ายทางจิตเวชของ ร.พ. สนวนปรุง หากได้รับความร่วมมือในการสร้างเครือข่ายญาติผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นและผู้ป่วยจิตเวชก็จะได้รับการยอมรับจากชุมชนและได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

กระผมได้รับมอบหมายให้รวบรวมแกนนำเพื่อเข้ารับการอบรมให้มีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและโรคจิต โดยผู้การจรัส ร่วมกับ ร.พ. สนวนปรุง และ ร.พ. หางดง ได้มาจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่พวกเราในพื้นที่ มีการอบรมทั้งหมด 4 รุ่น ตัวผมเองได้เข้าอบรมทั้ง 4 รุ่นผมรู้สึกว่าเป็นความรู้ที่ดี หลังจากนั้นเราได้ทดลองออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในตำบล หนองตองของเรา ผู้ป่วยรายแรกที่เราไปเยี่ยมบ้านสิ่งที่ผมเห็นคือ สภาพบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย รกรุงรังไม่น่าอยู่ไม่ถูกสุขลักษณะ สภาพดังกล่าวทำให้ผมได้คิดว่า "หากให้อยู่อย่างนี้ก็เป็นอย่างนี้ ถ้าให้เขาออกสังคมเขาน่าจะดีกว่านี้"

ผมได้พาผู้ป่วยซึ่งทุกคนในหมู่บ้านรู้ว่ามีอาการทางจิต (แต่ที่ทุกคนไม่ทราบคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการกินยาและมีอาการที่ดีแล้ว) ไปในงานศพ ผู้ป่วยคนแรกที่ผมพาไปขณะที่เราเดินเข้าไปใน

งานศพด้วยกันคนทั้งงานศพมองเราเป็นตาเดียวแต่ไม่มีใครเข้ามาทักทาย ผมได้พูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วยอย่างที่คนปกติพึงกระทำให้ทุกคนในงานศพเห็น จากนั้นผมบอกให้ผู้ป่วยนั่งรอส่งศพตัวเองได้เข้าไปหากลุ่มชาวบ้าน และอธิบายว่าผู้ชายคนนั้นเป็นคนที่เคยมีอาการทางจิตแต่ปัจจุบันได้รับการรักษาและมีอาการดีขึ้นแล้ว ทุกคนสามารถจะพูดคุยกับผู้ป่วยได้

จากนั้นผมก็ได้เดินไปเพื่อจะหยิบอาหารมาให้ผู้ป่วย เมื่อผมหันกลับมาภาพที่ผมเห็นคือ เริ่มมีชาวบ้านเข้าไปพูดจากับผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเองก็ตอบโต้ด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม ภาพนั้นเองที่ทำให้ผมมั่นใจว่าผมสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้จากการนำผู้ป่วยไปงานศพบ่อยๆ ผมก็เริ่มคิดโครงการที่จะพาผู้ป่วยจิตเวชและญาติในตำบลของเราไปทัศนศึกษาในตัวเมืองเชียงใหม่ เมื่อเราคิดโครงการดังกล่าวแล้วเราได้นำโครงการดังกล่าวไปปรึกษา อบต. และ อบต. ได้ให้งบสนับสนุนมาจำนวนหนึ่ง จากนั้นเราก็ได้ชวนผู้ป่วยและญาติ ในวันที่เราไปนั้นเรามีทั้งแกนนำหมู่บ้าน พยาบาลจาก ร.พ. หางดง นักสังคมสงเคราะห์จาก ร.พ. สวนปรุง ผู้การจรล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ก่อนออกเดินทางผมก็ไม่รู้ว่าผลลัพธ์ของวันนี้จะเป็นอย่างไร แต่คำพูดของหลวงพ่อดอนตอนอยู่ที่ทับทิมแกนนำที่ว่าความรู้เป็นเพียงพื้นฐานแต่หัวใจที่มีเมตตาธรรมล้วนทรงต่างหากที่จะทำให้การทำงานสำเร็จ เช่น ถ้าเราคิดว่าเป็นญาติเรา เรารู้ว่าต้องการอะไรก็จะทำสิ่งนั้นให้ได้ ซึ่งวันนั้นคณะของเราได้ไปเที่ยวชมพิพิธภัณฑ์ศิลปากรเชียงใหม่และ ใน์ชาฟารี

ผู้ป่วยและญาติบางคนถึงแม้จะเป็นคนเชียงใหม่ก็ยังไม่เคยเห็น บรรยากาศวันนั้น จึงมีแต่เสียงหัวเราะสลับกับเสียงร้องเพลง และเสียงพูดคุยของผู้คนที่หลาย ๆ คนก็เพิ่งจะรู้จักกันวันนี้เอง ผู้ป่วยหลายคนได้มาบอกกับผมว่าอยากให้มีกิจกรรมแบบนี้อีก และที่สำคัญคือญาติผู้ป่วยบอก “คิดไม่ถึงว่าผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างนี้และไม่เลวร้ายอย่างที่คาดคิด”

นอกจากการพาผู้ป่วยไปทัศนศึกษาแล้วผมและแกนนำได้มาช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาชีพ เพราะผมเชื่อว่าการที่คนเรามีงานทำจะได้ไม่พึ่งพานและสามารถสร้างเงินตนนาการของตนเองได้ ผมจึงคัดเลือกแกนนำที่มีความสามารถในด้านอาชีพต่างๆ ให้มาทำการสอนอาชีพแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันเรามีผู้ป่วยที่สามารถสร้างอาชีพได้หลายคนจากการสอนของพวกเราเอง

นอกจากนั้นจากความรู้ที่เคยได้รับว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรขาดยา ผมและแกนนำจึงลงไปค้นหาปัญหาในหมู่บ้านของเรา เราพบว่าการที่ผู้ป่วยของเรากินยาไม่ต่อเนื่องก็เพราะไม่อยากไปโรงพยาบาล สวนปรุงเราจึงประสานไปที่โรงพยาบาลหางดงให้ช่วยจัดหายาให้แก่ผู้ป่วยของเราด้วย และขณะนี้เป็นที่น่ายินดีว่า โรงพยาบาลหางดงได้ส่งพยาบาลมาที่สถานีอนามัยของเราเพื่อให้ผู้ป่วยของเราสามารถไปรับยาได้ที่สถานีอนามัยโดยตรงไม่ต้องเสียเวลานั่งรถไปที่หางดงหรือสวนปรุง

และในปีนี้ได้ตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพจิตในชุมชน เราจะส่งเสริมด้านอาชีพแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้นและจะทำการจัดตั้งศูนย์การให้คำปรึกษาด้านจิตเวชในชุมชนโดยคนในชุมชนเองเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยหลวงพ่อดอนของตองอนุเคราะห์ศาลาในวัดให้เป็นสถานที่จัดตั้งศูนย์และชมรมร่วมใจสมาจิต

ปัจจัยความสำเร็จของชมรมร่วมใจสมาจิตที่ผมคิดออกขณะนี้คือ

1. ความคุ้นเคยการเป็นคนในพื้นที่เดียวกัน
2. การที่แกนนำทุกคนมีจิตใจที่เปี่ยมด้วยเมตตาธรรม

## B31 HA Standards as a Platform for Collaboration

ดร.ปนัดดา ชิดวา

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

นพ.พนมพันธ์ ศิริวัฒนานุกูล

กรมควบคุมโรค

ลดาวัลย์ ผาตินาวิน

กรมควบคุมโรค สธ.

พญ.นันทา อ่วมกุล

กรมอนามัย

นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์

รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี นอกจากจะบูรณาการเรื่องของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการจัดการองค์การที่ดีแล้ว ยังได้มีข้อกำหนดที่เป็นความร่วมมือระหว่าง พรพ.กับกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาระบบงานด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาล (ความร่วมมือกับกรมอนามัย) ลักษณะของข้อกำหนดจะกระจายแทรกไปอยู่ตามส่วนต่างๆ ของมาตรฐานทั้งฉบับ ตั้งแต่เรื่องทิศทางนโยบาย บุคลากร สิ่งแวดล้อม กระบวนการดูแลผู้ป่วย การทำงานร่วมกับชุมชน และผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จุดเน้นสำคัญคือการสอดแทรกการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในงานประจำของโรงพยาบาล การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน การทำงานในเชิงบูรณาการที่เน้นเป้าหมายมากกว่าการทำงานแบบแยกส่วน

2. ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (ความร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) ในมาตรฐานจะมีข้อกำหนดในประเด็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อวางรากฐานที่จะต่อยอดไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานที่มีความครอบคลุมสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น มาตรฐานขององค์การวิชาชีพ หรือมาตรฐานสากล และ พรพ.สนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมได้พิจารณานำมาตรฐานดังกล่าวมาปฏิบัติ ทั้งนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีโครงการสนับสนุนให้โรงพยาบาลในพื้นที่มีการช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

3. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (ความร่วมมือกับกรมควบคุมโรคติดต่อ) ข้อกำหนดส่วนนี้เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นใหม่ เพื่อส่งเสริมงานที่งานเฝ้าระวังโรคติดต่อที่โรงพยาบาลต่างๆ ได้ดำเนินการอยู่แล้ว มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยขยายให้ครอบคลุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเน้นบทบาทเชิงรุกในการวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารข้อมูลเพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์และการควบคุม

4. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่และการให้บริการอาชีพ อนามัยแก่เจ้าหน้าที่ (ความร่วมมือกับกรมควบคุมโรคติดต่อ) ข้อกำหนดจะอยู่ในมาตรฐานส่วนของสุขภาพของบุคลากร เป็นข้อกำหนดกว้างๆ ทางสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่และมาตรฐานการให้บริการอาชีพ อนามัยขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลสมควรนำแนวทางดังกล่าวมาเป็น guideline ในการปฏิบัติ

## การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ และการให้บริการอาชีวอนามัย นพ.พนมพันธ์ ศิริวัฒนานุกุล

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล จึงได้จัดทำเกณฑ์ประเมินผลดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลที่สนใจในการดำเนินงานเรื่องนี้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและประเมินตนเองเพื่อให้ทราบถึงระดับการพัฒนา เมื่อโรงพยาบาลใดสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถติดต่อขอรับการประเมินเพื่อการรับรองจากกรมควบคุมโรค สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมหวังว่า จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่เป็นองค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและองค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล และยังสามารถใช้ผลการประเมินเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

"การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล" หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์สิ่งคุกคามสุขภาพที่สัมพันธ์กับการทำงาน การจัดระดับความเสี่ยง และกำหนดมาตรการในการป้องกันควบคุมหรือลดความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ในการดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เพื่อดูแลสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาลให้สุขภาพอนามัยที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกแผนก โรงพยาบาลจะต้องมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. การสร้างนโยบายด้านสุขภาพความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ และกำหนดแนวทางการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ผู้ดำเนินการและบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล
2. กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
3. กำหนดคณะกรรมการหรือคณะทำงาน หรือทีมงานและผู้ประสานงาน เพื่อการดำเนินงาน ซึ่งทีมงานจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทโดยตรง เพื่อการดำเนินงาน ประสานงาน และสนับสนุนกิจกรรมทางด้านอาชีวอนามัยและการประเมินความเสี่ยง
4. มีการจัดทำแผนงานโครงการ และบริหารจัดการ โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดทำแผนงานกิจกรรมและงบประมาณสนับสนุน เพื่อสนับสนุนการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
5. มีการพัฒนาทีมงานในการดำเนินงานให้มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อร่วมดำเนินการประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
6. ดำเนินการประเมินความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานในแผนกต่างๆ

7. มีการสื่อสารให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ตรวจพบ และการดำเนินการควบคุมความเสี่ยงที่พบ
8. ดำเนินการการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของแต่ละแผนกตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ
9. รวบรวมข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีระบบการบันทึก จัดเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยอาฉบับที่กเป็นสมุดสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ภาพรวมให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ตรวจพบ
10. ประเมินผลการดำเนินงาน การเฝ้าระวังสุขภาพ และการปรับปรุงแก้ไขสภาพการทำงานให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อการทำงาน
11. รวบรวมจัดทำสถานการณ์การประเมินความเสี่ยงสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
12. รายงานผลสรุปความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่สำคัญของ โรงพยาบาล สรุปผลสภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



## B32 สัมผัสใจ ด้วยใจ (Heart to Heart)

ดร.ก้ำพล แสงวงบุญสถิต

คณะภาษาและการสื่อสาร

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ผศ. นพ. อานนท์ วิทยานนท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ. พญ. จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เชื่อหรือไม่ ว่าการคุยกับผู้ป่วยเป็น healing ไปในตัว

ก่อนจะถึงขั้นนั้น ต้องเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารกับเรา วิธีการสื่อสารของผู้ป่วยอาจจะไม่ตรงไปตรงมา

วิทยากรจะนำเสนอวិทัศน์กรณีศึกษาของผู้ป่วย ให้ผู้เข้าประชุมสังเกตปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่เกิดขึ้น พร้อมกับคิดตามไปด้วย โดยวิทยากรจะชี้ประเด็นให้เห็นถึงหลักการที่ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักการ dialogue และ empathy การถามให้ได้หลักฐานและย้อนกลับไปสู่บริบทเพื่อให้ได้ความหมายใหม่



## B33 Taking advantage from pharmaceutical data: Clinic and economic perspective

ผศ.ดร.ภูรี อนันตโชติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภญ.จันทิมา โยธาพิทักษ์

รพ.สุราษฎร์ธานี

ท่านเคยสงสัยใหม่ว่า

"มีรายงานการเกิด ADE ที่ป้องกันได้ในโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด มียากลุ่มใดบ้างที่พบ ADE ที่ป้องกันได้มากที่สุด?"

ท่านเคยทราบใหม่ว่า

"ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้ท่านเห็นอุบัติการณ์เกิด ADE ที่ป้องกันได้ ถึงแม้ท่านจะไม่ได้รับรายงานจากผู้ป่วยเลยก็ตาม"

ท่านเคยสงสัยใหม่ว่า

"ผู้ป่วย acute MI ของท่านได้รับยา prophylaxis ตามที่ควรจะเป็นทุกรายหรือไม่"

ท่านเคยทราบใหม่ว่า

ข้อมูลจากโปรแกรมการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล สามารถทำให้ท่านเห็นความเหมาะสมของการใช้ยาในโรงพยาบาลได้

ท่านเคยสงสัยใหม่ว่า

"กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) กลุ่มใด ที่ทำให้โรงพยาบาลของท่านขาดทุนมากที่สุด"

"ถ้าข้าราชการไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายด้านยาได้หมดทุกรายการ ยาตัวใดจะทำให้โรงพยาบาลเกิดปัญหาการขาดทุนมากที่สุด"

ท่านเคยทราบใหม่ว่า

ข้อมูลจากโปรแกรมการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล สามารถทำให้ท่านเห็นปัญหาด้านเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาล

ถ้าท่านเคยสงสัย หรือเคยไม่ทราบบางประเด็นที่กล่าวถึงข้างต้น เราขอแนะนำให้คุณเข้ามาฟัง session นี้

โรงพยาบาลเปรียบเสมือนคลังของข้อมูลทางยามาหาคาล เพราะคนส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูล ทุกครั้งที่มีการทำงานก็จะมีเก็บข้อมูล แต่เรามักจะละเลยกับการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หรือจัดการให้เป็นสารสนเทศที่น่าสนใจ หรือบางครั้งเราอาจจะไม่รู้ หรือมองไม่ออกว่าเราจะจัดการข้อมูลที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร หรือบางคนอาจจะไม่ทราบเลยด้วยซ้ำว่ามีข้อมูลดีๆ ที่อาจเป็นประโยชน์เก็บอยู่ที่ใดบ้าง ใน session นี้ วิทยากรจะได้นำเสนอให้ทุกท่านทราบว่า มีแหล่งข้อมูลทางยาที่เราสามารถหยิบมาใช้ประโยชน์อยู่ที่ไหนบ้าง อีกทั้งจะได้นำเสนอเทคนิคและตัวอย่างของการตั้งคำถามสำหรับกรณีวิเคราะห์ แนวทางในการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การวางแผนการใช้ข้อมูล ตลอดจน



จนการนำผลจากการวิเคราะห์มาใช้ในองค์กร ทุกท่านจะได้เห็นตัวอย่างประโยชน์จากการจัดการข้อมูล  
ทั้งในแง่ประโยชน์ทางคลินิก และทางเศรษฐศาสตร์

หลังจากการฟัง session นี้ เชื่อว่าทุกคนคงจะไม่เพียงแต่เก็บข้อมูลไว้ในลิ้นชัก ไว้ในแฟ้ม หรือไว้ใน  
hard disk แต่เราสัญญากันว่าเราจะกลับไปปิดฝุ่น รื้อลิ้นชัก และนำข้อมูลมาจัดการให้เกิด  
ประโยชน์ทั้งต่อองค์กรและต่อผู้ป่วยของเราต่อไป

## B34 รักษากาย รักษาใจ ในงานบริการสุขภาพ

พระไพศาล วิสาโล      วัดป่าสุชะโต

กาย-ใจมีความสัมพันธ์กัน แนวคิดแบบสุขภาพองค์รวมมองว่าโรคนั้นมิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดด ๆ แม้กระทั่งโรคติดเชื้อ ก็มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่นนอกจากตัวเชื้อโรคเอง กล่าวอีกนัยหนึ่งสุขภาพองค์รวมมีทัศนะว่า โรคแต่ละโรคนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ มีหลายองค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง และองค์ประกอบเหล่านั้นมิได้มีแค่องค์ประกอบทางกายภาพ (เช่น เชื้อโรค สารพิษ) เท่านั้น หากมักมีองค์ประกอบทางด้านจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ อาทิเช่น ความเครียด

บริการสุขภาพที่ได้ผล จึงควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยพิจารณาทั้ง 4 ด้าน คือ

1. **ด้านกาย** ได้แก่ การฟื้นฟูและรักษาร่างกายทั้งระบบ โดยอาศัยยา กระบวนการบำบัดทางกาย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาทิ การกิน การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน
2. **ด้านจิต** ได้แก่ การผ่อนคลายจิต ทำให้เกิดความสงบ แขนงขึ้น ผ่อนคลาย และมีเมตตา และกำลังใจไม่ท้อแท้สิ้นหวัง
3. **ด้านปัญญา** ได้แก่ การเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคและชีวิต เพื่อละวางความติดยึด และเป็นอิสระจากความผันผวนแปรปรวนของชีวิต
4. **ด้านสังคม** ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ที่ราบรื่นกับผู้อื่น มีครอบครัว ญาติมิตร หรือชุมชนที่พร้อมเป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือ มีความเอื้ออาทรต่อกัน

ศึกษารายละเอียดใน “สรรสาระ: คินหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เรื่อง “สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม”



## B35 Chronic Care Excellence : การลดโรค ลดเสี่ยง

พญ. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

กรมควบคุมโรค

โรคเรื้อรังมีลักษณะ มีสาเหตุไม่ชัดเจน มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันหลายประการ มีระยะพักตัวยาวนาน มีการดำเนินโรคยาวนาน ก่อให้เกิด functional impairment หรือ disability และรักษาไม่หาย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลสุขภาพทั้ง acute และ long-term ทำให้ต้องรับบริการจากผู้ให้บริการหลายประเภท หลายระบบ

รูปแบบการให้บริการควรปรับเปลี่ยนจากรูปแบบรักษาเป็นครั้งๆ (acute care model) ไปสู่ระบบการดูแลอย่างเข้าใจและประสานการดำเนินการ (coordinated, comprehensive system of care)

การออกแบบระบบบริการที่ดีต้องถือว่าการป้องกันเป็นส่วนหนึ่งที่สมาชิกทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบ ระบบบริการที่ดีควรมีทั้ง 3 ระดับร่วมกัน

ระดับที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง

ระดับที่ 2 การดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือ (assisted care)

ระดับที่ 3 การดูแลอย่างใกล้ชิด (intensive management)

องค์การอนามัยโลกย้ำว่า "ไม่มีเวลาอีกแล้วที่ความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละโรค จะถูกพิจารณาแยกตัวอย่างโดดๆ จำต้องตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ร่วมกันของโรคเรื้อรังเหล่านี้และใช้กลยุทธ์ผสมผสาน"

## B36 เพราะว่าเรามี จิตอาสา

ทพญ.เมธิ ชวนคุณากร

รพ.สังขละบุรี

สุธาสินี นานหว่า

มูลนิธิรักษ์ไทย

ไพโรจน์

อสม.

อโศก พลบำรุง

มูลนิธิพัฒนรักษ์

เสรี ทองมาก

มูลนิธิพัฒนรักษ์

### จิตอาสา

จิตที่เป็นสุขในการให้-รับและแบ่งปัน จิตที่ถูกเสียดสีและขัดเกลาจากการทวนกระแสวัตถุนิยม จิตที่ชื่นชมศีลธรรม ความมั่งคั่ง และความเรียบง่าย ... จิตที่ตายแล้วฟื้นครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งเต็มไปด้วยบาดแผลแห่งบทเรียน

...จิตเหล่านี้ได้มารวมตัวกัน จากแรงกรรม ความรัก ศรัทธาและอุดมการณ์ เพื่อสานฝันของแต่ละคนให้เป็นจริง โดยไม่เคยคิดแบ่งแยกเชื้อชาติ ชนชั้นและอาชีพ ...เราทั้งผองคือพี่น้องกัน

### คุณธรรมที่ทุกคนควรจะศึกษาและน้อมนำมาปฏิบัติ

ประการแรก คือ การรักษาความสัตย์ ความจริงใจต่อตัวเองที่จะประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์และเป็นธรรม

ประการที่สอง คือ การรู้จักข่มใจตนเอง ฝึกใจตนเอง ให้ประพฤติปฏิบัติอยู่ในความสัตย์ความดีนั้น

ประการที่สาม คือ การอดทน อดกลั้นและอดออมที่จะไม่ประพฤติล่วงความสัตย์สุจริต ไม่ว่าจะด้วยเหตุประการใด

ประการที่สี่ คือ การรู้จักละวางความชั่ว ความทุจริต และรู้จักสละประโยชน์ส่วนน้อยของตน เพื่อประโยชน์ส่วนใหญ่ของบ้านเมือง

คุณธรรมสี่ประการนี้ถ้าแต่ละคนพยายามปลูกฝังและบำรุงให้เจริญงอกงามขึ้นโดยทั่วกันแล้ว จะช่วยให้ประเทศชาติบังเกิดความสุข ความร่มเย็น และมีโอกาสที่จะปรับปรุงพัฒนาให้มั่นคงก้าวหน้าต่อไป

พระราชดำรัสในพระราชพิธีบวงสรวง

สมเด็จพระบูรพมหากษัตริยาธิราชเจ้า 5 เมษายน 2535

### "เพราะว่าเรามี จิตอาสา"

"ชีวิตที่ไม่ได้ช่วยเหลือคนอื่น เป็นชีวิตที่ไม่มีค่า" แม้ซีเทเรซ่า

ดูเหมือนเป็นวาทาท่างต่อการยอมรับ แล้วทำไมคนที่ทำงานเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ทั้งการช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทย หรือการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ชายแดน กลับต้องเจอ

กับปัญหาการไม่ยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน หรือหน่วยงานที่น่าจะเป็นกำลังหลักในการทำงาน พบกับคนเหล่านั้น... พร้อมกับประสบการณ์การทำงานที่ท้าทาย และเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยที่น่าประทับใจ ... แล้วพบกับคนทำงานด้วยจิตอาสาสมัคร

### หลักการและเหตุผล

พัฒนาการเศรษฐกิจของประเทศไทยเจริญก้าวหน้าไกลมาก เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน รัฐบาลที่ผ่านมาพยายามที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจในหลายๆ ด้าน สร้างความภาคภูมิใจให้กับหลายๆ คนที่ได้รับประโยชน์ แต่ใครจะทราบว่าท่ามกลางความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจ งานด้านสังคมในหลายๆ ประเด็นของประเทศไทย ยังไม่ได้รับการเหลียวแลแก้ไข หรือให้ความสำคัญเท่าที่ควร ประชากรในพื้นที่ชายแดนจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพหรือการรักษาสุขภาพ การเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่ข้ามชายแดนเข้ามาเพื่อแสวงหาชีวิตที่ดีกว่า การสร้างเสริมสุขภาพแบบแยกส่วนทำให้ผู้ด้อยโอกาสอีกจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐ ชายแดนจึงเป็นแหล่งที่อุดมไปด้วยปัญหาเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอช ไอ วี มาลาเรีย เด็กขาดสารอาหาร สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มหญิงบริการ ไปลิโอกำลังจะกลับมาตามพื้นที่ชายแดน การข้ามแดนแบบผิดกฎหมาย ขบวนการค้าแรงงาน ฯลฯ

### ประเด็นสำคัญในการอภิปราย

- ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการทำงานในภาครัฐ / เอกชน ในการให้บริการงานสาธารณสุขและการรณรงค์การเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในเขตพื้นที่ชายแดน
- ประสบการณ์การทำงานให้บริการด้านสาธารณสุขให้กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลไกการส่งต่อเพื่อให้คนที่มีความเสี่ยงสุขภาพเดินทางกลับบ้านได้ด้วยความปลอดภัย
- การเก็บข้อมูลประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และการทำงานในชุมชนชายแดน พร้อมกับประสบการณ์การทำงานในชุมชนที่มีความหลากหลาย ทางชาติพันธุ์
- องค์กรพัฒนาเอกชนไทย กับประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ชายแดนเพื่อการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ท่ามกลางองค์กรระหว่างประเทศ และหน่วยงานภาครัฐ (บางหน่วย) ที่ไม่ค่อยเป็นมิตร

“ทุกปัญหามีโอกาส และทุกโอกาสอาจจะมีปัญหา แต่เพราะทุกคนมีจิตอาสา ทุกปัญหาเลยไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน”

### รูปแบบวิธีการ :

เป็นการนำเสนอบนเวทีคู่ขนาน ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตรยิ่ง

### วิทยากร

จากพื้นที่ชายแดน อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในพื้นที่ชายแดน ซึ่งประกอบด้วย

- ทันตแพทย์หญิงเมธี ชวนคุณากร ทันตแพทย์สาวแห่งโรงพยาบาลสังขละบุรี ผู้มากไปด้วยจิตอาสา และได้รับฉายาว่า “หมอเอ็นจีโอ” จะมาบอกเล่าประสบการณ์การทำงานกับเครือข่ายที่หลากหลาย ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพสังคม จ.เชียงใหม่, เครือข่ายสสส. (ส่งเสริมสุขภาพสังขละบุรี), เครือข่ายผู้อพยพชายแดนไทยพม่า (จ.แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี), เครือข่ายประชาชนด้านคอรัปชั่น
  - คุณสุธาณี นานว่า เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย สำนักงานสมุทรสาคร ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับแรงงานข้ามชาติ และชีวิตต้องเกี่ยวข้อง เชื่อมโยง กับองค์กรที่ทำงานในพื้นที่ชายแดน
  - นายไพโรจน์ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ยังไม่มีบัตรประชาชนไทย (นามสกุลก็ยังไม่มี) แต่ทำงานหนัก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ชายแดน
  - นายอโศก พลบำรุง เจ้าหน้าที่มูลนิธิพัฒนรักษ์ สำนักงานสังขละบุรี จากแดนอีสานบ้านเกิด เมืองนอน สัญจรมาอยู่ชายแดน ทำงานกับคนด้อยโอกาสที่หลากหลาย บางครั้งก็เสี่ยงตาย เขาได้ทำอะไรเป็นสิ่งที่ตอบแทน
  - ผู้ดำเนินการอภิปราย นายเสรี ทองมาก เลขาธิการมูลนิธิพัฒนรักษ์ ผู้ผ่านการทำงานมาในหลายรูปแบบ เขาเป็นคนที่เลือกทางเดินของตัวเอง แต่เส้นทางที่เขาเลือกเดิน กลับเป็นเส้นทางที่คนหลายๆ คนไม่อยากจะเลือก
- เมื่อพบกับวิทยากร และผู้ดำเนินรายการแล้ว ท่านจะสามารถสร้างคุณค่าให้กับชีวิตของท่านเอง

## ประสบการณ์การทำงานเครือข่าย

### ทพญ.เมธี ชวนคุณากร

- คนในหน่วยงานราชการติดกรอบความคิด บทบาทหน้าที่ของตัวเอง แบ่งแยกส่วน
- การทำงานที่บ้านเด็กชาย จ.เชียงใหม่ ในวันอาทิตย์ที่ว่าง ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ราชการทั้งสิ้น พบว่าเด็กที่ถูกทอดทิ้งจะขาดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจและแสดงออก
- การสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ พบปัญหาการไม่ประสานสามัคคี ทั้งๆ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน, ชุมชนด้อยโอกาส (ต่างดาว) ขาดการพึ่งพาตนเอง ขาดศีลธรรมและผู้นำที่ดี, กลุ่มอิทธิพลและข้าราชการในพื้นที่ทำให้ด้อยพัฒนา
- ผู้อพยพชายแดนไทย-พม่า มีประเด็น การเลี้ยงคนเลี้ยงงาน ปัญหาสังคม-การเมืองที่ไม่มีวันแก้ไข ปัญหาสิทธิมนุษยชน สุขภาพ การศึกษา
- “ข้าราชการ” คือ ข้าราชการบริการทำงานรับใช้พระราชา “เจ้านาย” มีผู้เดียวคือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
- มูลนิธิชัยพัฒนา ความสุขร่วมกันในการทำประโยชน์ให้ผู้อื่น การทำงานแบบไม่หวัง (NGO) ความหมายของตราสัญลักษณ์มูลนิธิชัยพัฒนา ....มูลนิธินี้เป็นของประชาชนไทยทุกคน

## B37 Updated Best Practices in Prevention of CR-BSI

นพ.ไพฑูริย์ บุญมา

ศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ

พูนรัตน์ ลียติกุล

ศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ

### การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

#### เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด

นพ.ไพฑูริย์ บุญมา, นพ.มาโนช เตชะโชควิวัฒน์, นพ.ศรชัย นิรัญนิรมล, นพ.เสริมกิจ วัฒนาวารุณ, พญ.นฤมล พงศ์ศรีเพียร, พญ.ภัทสรวิลา เลียงธนสาร, คุณวิไล นพรัตน์, คุณพูนรัตน์ ลียติกุล, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดเป็นการติดเชื้อแทรกซ้อนที่พบได้สูงในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตามงานวิจัย คือ การจัดให้มีชุดอุปกรณ์สำหรับการใส่สายสวนหลอดเลือด (Central Line Set) โดยการเพิ่มอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล (หมวกคลุมผล, ผ้าปิดปาก-จมูก, เลือคลุมกันน้ำ, ถุงมือปราศจากเชื้อ) สำหรับผู้ใส่สายสวน การเปลี่ยนน้ำยาที่ใช้ในการเตรียมผิวหนังเป็น 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol การปรับขนาดผ้าเจาะกลางให้มีขนาดใหญ่ขึ้น (ขนาด 36 x 60 นิ้ว) เพื่อลดการปนเปื้อนขณะแทงสายสวน และการใช้สติ๊กเกอร์สีแสดงกำหนดการเปลี่ยนมีการระบุวันที่เริ่มให้สารละลายและวันที่ต้องเปลี่ยนสารละลาย หรือ Dressing ใหม่ รวมทั้งลงชื่อผู้ปฏิบัติไว้ โดยกำหนดสีของสติ๊กเกอร์ระบุตามวันที่ครบเปลี่ยน เพื่อสะดวกในการเฝ้าสังเกต รวมทั้งมีการให้ความรู้แก่กลุ่มแพทย์และ เจ้าหน้าที่ที่สามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด และยังลดอัตราการติดเชื้อหลอดเลือดดำอีกเสบได้อีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการได้แก่ความร่วมมือจากแพทย์และผู้ปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามข้อกำหนดใหม่ การให้ข้อมูลย้อนกลับหน่วยงาน และนำเสนอข้อมูลให้แผนกบริหารไปถึงผลการดำเนินการเป็นระยะจะทำให้ได้รับความร่วมมือ ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยยืนยันและสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อแนะนำของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC guideline : Catheter Related Blood Stream Infection ) สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อส่งผลให้การติดเชื้อลดลงได้

จากการศึกษาพบว่า การใส่ Injection plug ที่ไม่จำเป็น (ไม่มีการให้ยาหรือการรักษาอื่นๆ) ตำแหน่งการแทงเข็มที่เหมาะสม การเปลี่ยนชุดให้สารละลายตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด ซึ่งผลการสำรวจยังปฏิบัติได้น้อย จึงควรส่งเสริมพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติเพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้อัตราการติดเชื้อลดลงกว่านี้ ดังนั้นการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติดเชื้อจึงควรทำเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องและมีการติดตามการปฏิบัติเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป



## B40 Peace and Dignity for the Dying

นพ. นิมิตร อินปั้นแก้ว

รพ. ลำพูน

นพ. ดร. สกล สิงหะ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุรียะ ลีมงคล

โรงพยาบาลศิริราช

ผศ. นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แนวทางการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มงานอายุรกรรม รพ. ลำพูน

นพ. นิมิตร อินปั้นแก้ว

รพ. ลำพูน

ความตายเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต แต่มีน้อยคนที่ยอมรับอย่างสนิทใจว่าสักวันหนึ่งตนจะต้องตาย พุทธศาสนาถือว่าความไม่ประมาทเป็นเรื่องสำคัญในเมื่อความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่มีอะไรดีไปกว่าการเตรียมรับมือกับความตายแต่เนิ่น ๆ ความทุกข์นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับเรา แต่อยู่ที่ว่าเรามีท่าทีหรือปฏิกิริยากับสิ่งนั้นอย่างไรต่างหาก ในทำนองเดียวกันความตายจะน่ากลัวหรือไม่อยู่ที่ใจเราเป็นสิ่งสำคัญจะตายอย่างทุกข์ทรมานหรือไม่หาได้ขึ้นอยู่กับโรคร้ายไม่แต่ขึ้นอยู่กับความวางใจของเราต่างหาก การตายที่ดีและสงบนั้นผู้ใกล้ตายต้องสามารถยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา น้อมจิตระลึกร่างสังขารและความดีที่ตนกระทำมาและสามารถละความห่วงใย และปล่อยวางในสิ่งทั้งปวงเพราะแลเห็นด้วยปัญญาว่าไม่มีอะไรที่จะยึดถือไว้ได้เลย และลูกหลานญาติมิตรมีจิตใจที่พร้อมสำหรับการจากไปของผู้ป่วยเพราะได้ทำทุกอย่างที่ควรทำตามกำลังแก่ผู้ใกล้ตายแล้ว

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการเยียวยาทางใจไม่น้อยกว่าการดูแลทางกาย ผู้คนในอดีตตระหนักถึงความจริงในข้อนี้ดี จึงได้สะสมถ้อยทอดภูมิปัญญาที่มามีมาอย่างต่อเนื่องจากรุ่นสู่รุ่น ได้แก่ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบและการกล่าวคำลา โดยผู้ที่มีบทบาทอย่างสำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ ญาติผู้ป่วย มิตรสหายและในหลายกรณีก็ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

โดยทั่วไปแพทย์ พยาบาลและญาติผู้ป่วยมักจะคิดแต่การช่วยเหลือทางกาย โดยลืมคิดถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ จึงมีการสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทุกอย่างเท่าที่มีเพื่อช่วยต่อลมหายใจผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ในภาวะใกล้ตายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือทางจิตใจ เราน่าจะคำนึงถึงคุณภาพหรือสภาวะจิตของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งหมายความว่าอาจต้องขอให้ระงับการกัณฐกผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานญาติมิตรที่ร่วมกันสร้างบรรยากาศอันเป็นกุศลสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปสู่สุคติ

จะว่าไปแล้วสถานการณ์ที่เอื้อให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวอย่างดีที่สุดมักจะได้แก่บ้านของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลายคนจึงปรารถนาที่จะตายที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาลหรือไอซียู หากลูกหลาน



ญาติมิตรมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทางจิตใจ การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ด้วยแนวคิดนี้ PCT อายุรกรรมจึงได้ดำเนินการแนวทางการยุติฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติมิตร ทั้งด้านความต้องการทางกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการตายที่ดีและสงบและลดความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องเรื่องการรักษากันเกิดจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน

แนวทางนี้ได้กำหนดให้มีการสื่อสารถึงโอกาสที่จะเสียชีวิตในผู้ป่วยทุกรายที่มีโอกาสจะเสียชีวิต เช่น Acute MI, Septic shock, CVA, Respiratory failure, End stage cancer เป็นต้น แก่ญาติสายตรงผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการและการตัดสินใจเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยและญาติสายตรง แพทย์ผู้รักษาก็ประเมินว่าเป็นภาวะที่หมดหวังหรือไม่ เช่น Brain death, End stage cancer, AIDS ระยะสุดท้าย, Severe multiorgan failure, End stage organ diseases without long term support and physician judgement เป็นต้น

ในรายที่หมดหวังแพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูลโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติสายตรงทุกคน เพื่อให้ตัดสินใจร่วมกันในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยและความต้องการอื่นๆ กรณีที่ตัดสินใจแล้วไม่ว่าจะยุติการฟื้นคืนชีพหรือไม่ หรือการตัดสินใจเอาผู้ป่วยกลับบ้านหรือไม่ ก็จะถูกดำเนินการตามการตัดสินใจร่วมกันของทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติสายตรง แต่ถ้าระหว่างกระบวนการรักษามีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความไม่พร้อมของญาติ หรือทีมผู้รักษาเห็นว่าควรช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยก็สามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้

ผลการดำเนินงานในผู้ป่วย 196 คน ตั้งแต่ มกราคม 2548 จนถึงปัจจุบัน เป็นผู้ชาย 133 คน (67.86%) ผู้หญิง 63 คน (32.14%) ช่วงอายุมากที่สุดคือ 60-79 ปี (48.98%) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 วัน 139 คน (70.92%) โรคที่เป็นสาเหตุ 6 อันดับแรกได้แก่ CVA 37 คน (18.80%) Septic shock 36 คน (18.37%) Cancer 29 คน (14.80%) End stage renal disease 22 คน (11.22%) และ Respiratory failure 18 คน (9.18%) ภาวะหมดหวัง 3 อันดับแรกคือ Severe multiorgan failure 45 คน (22.96%) End stage organ diseases without long term support and physician judgement 33 คน (16.84%) และ End stage cancer 29 คน (14.80%) ผู้ป่วยและญาติสายตรงเห็นชอบการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ 172 คน (87.76%) ไม่เห็นชอบ 5 คน (2.55%) และไม่ระบุความเห็น 19 คน (9.69%) ได้ทำการ CPR 6 คน (3.06%) ส่วนมากเป็นรายที่ไม่เห็นชอบหรือยังไม่แน่ใจในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยได้กลับไปดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน 191 คน (97.45%) และเสียชีวิตในโรงพยาบาล 5 คน (2.55%)

## สุดท้ายที่บ้าน

สุรีย์ ลีมงคล งานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
(ตีพิมพ์ ในวารสารพยาบาลศิริราช ฉบับปฐมฤกษ์ กันยายน 2549)

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลสุขภาพต่อเนื้อที่บ้าน เป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญ ทำให้มีเรื่องดี ๆ ที่มีคุณค่าทางใจมาเล่าสู่กันฟัง งานที่ทำให้ชีวิตการเป็นพยาบาลมีคุณค่าขึ้นอีกมาก

โดยเฉพาะประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ที่ประสบในระยะแรกของการดูแลคนไข้ที่บ้าน ที่ทำให้ต้องค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนไข้ต้องการใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตในที่ที่เรียกว่า "บ้าน"

จำได้ว่าวันนั้นเป็นวันพุธกลางเดือนพฤศจิกายน ปี 46 ฉันกับน้องพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน และได้พบกับคุณยายเหล็ก คุณยายไม่ใช่คนไข้ที่เราตั้งใจจะมาเยี่ยม แต่ทุกครั้งทีออกเยี่ยมบ้านนอกจากคนไข้แล้ว สมาชิกทุกคนในครอบครัวก็เป็นเป้าหมายที่เราต้องดูแลด้วย ตามบทบาทของพยาบาลครอบครัว (Family nurse) ฉันจะพูดคุยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในด้วย เพื่อประเมิน และวางแผนการดูแลครอบครัวไปในตัว วันนั้นฉันสังเกตเห็นคุณยายนั่งอยู่บนรถเข็น (wheel chair) และมีหลาน "พี่ตุ๋" ป้อนอาหารให้

คุณยายดูอ่อนเพลีย เมื่อเข้าไปคุยด้วย พี่ตุ๋บอกว่า "ยายไม่ค่อยสบาย" ดูเหมือนพี่ตุ๋อยากเล่าต่อ แต่คุณยายตัดบทว่า "ไม่เป็นอะไรหรอก" ดูว่าคุณยายจะไม่อยากให้พี่ตุ๋เล่าอะไรให้เราฟัง

ตอนนั้นเราไม่ได้คะยั้นคะยอที่จะถามต่อ เพียงแต่ให้นามบัตรพร้อมกับบอกว่า "ถ้ามีอะไรที่พยาบาลพอจะช่วยได้ โทรศัพท์บอกได้เลยนะคะ" และขออนุญาตมาเยี่ยมคุณยายที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งคุณยายก็อนุญาตให้เราไปเยี่ยมได้

เมื่อเราลากลับ พี่ตุ๋เดินมาส่งเพื่อจะเล่าเรื่องของยายให้เราฟัง เราจึงทราบเรื่องอาการเจ็บป่วยของคุณยาย และสิ่งที่พี่ตุ๋กังวลในฐานะผู้ดูแลคุณยาย

ในวัย 84 ปี คุณยายเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 4 มีการลุกลามไปที่กระดูกและปอด หมอต้องการให้คุณยายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่คุณยายเลือกที่จะรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกในแนวทางชีวิตจิต ร่วมกับการบรรเทาอาการเจ็บปวดด้วยยากินแก้ปวด คุณยายบอกว่า "อยากตายที่บ้าน" เนื่องจากคุณยายเป็นโสดไม่อยากจะมาเป็นภาระของใคร จึงไม่ต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พี่ตุ๋บอกว่า "ไม่อยากให้ยายทรมาน พี่อยากดูแลยายที่บ้านอย่างที่ยายต้องการ ตอนนี้พี่ก็พอดูแลได้ ยังไม่มีอะไรมาก แต่พี่ไม่รู้ว่าอาการของยายจะเป็นอย่างไรต่อไป ถ้าอาการหนักขึ้นกว่านี้พี่ต้องทำอะไรบ้าง พี่กลัวตอนที่อาการทรุดไม่รู้จะดูแลได้ไหม" พี่ตุ๋ถามเราต่อว่า "ถ้าอาการยายทรุดลงจนกินไม่ได้จะต้องทำอย่างไร"

จากสิ่งที่พี่ตุ๋บอก เราจึงได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลและวางแผนการดูแลคุณยายร่วมกัน เพื่อให้ความต้องการของพี่ตุ๋ที่ตั้งใจจะดูแลคุณยายที่บ้านจนวาระสุดท้ายเป็นไปได้ และเตรียมตัวรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น พี่ตุ๋ไม่อยากให้เราใส่สายและอุปกรณ์ต่างๆ ให้คุณยาย เพราะคุณยายขอไว้

ในระยะเวลาที่อาการของคุณยายยังทรงตัวอยู่ เราเยี่ยมคุณยายที่บ้าน (home visit) สัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้การสนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลคุณยาย เราบอกให้พี่ตุ้รู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะ ให้คำแนะนำในการดูแลตามอาการ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ และการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งยืนยันว่าสามารถติดต่อเราได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแล-และจะให้การดูแลคุณยาย (home care) เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงจนพี่ตุ้ไม่สามารถให้การดูแลคุณยายได้

การเยี่ยมบ้าน (home visit) ในช่วง 3 สัปดาห์แรก เราเป็นเพียงผู้สนับสนุนการดูแล เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และสอนในสิ่งที่พี่ตุ้ไม่มั่นใจ หรือยังทำไม่ได้ ตอนนั้นเรามีบทบาทเป็น ครู ผู้ช่วยเหลือ และที่ปรึกษา ในการให้การดูแลคุณยาย

เมื่ออาการคุณยายทรุดลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย จนพี่ตุ้ไม่สามารถให้การดูแลได้ แม้แต่กิจวัตรประจำวันที่เคยทำ เช่น การเช็ดตัว ทำแผล การป้อนอาหารและยา กิจกรมเดิมๆ เหล่านี้กลายเป็นเรื่องยุ่งยาก เมื่อคุณยายเริ่มลุกจากเตียงไม่ได้ต้องนอนอยู่บนเตียงจนเกิดแผลกดทับ ร่างกายของคุณยายเปลี่ยนแปลงไปมากจากรูปร่างผอมบางกลายเป็นบวมทั้งตัวจนพี่ตุ้คุมไม่ไหว

พี่ตุ้บอกว่า "พี่ไม่รู้อะไรยังไงดี แรกๆ ก็พอทำได้ แต่หลังๆ แผลมันหลุดออกเป็นแผ่นๆ พี่กลัวว่าสักวันจะเห็นปอด หรือหัวใจายออกมาเดิน จับตรงไหนหนังก็หลุดติดมือมา"

"พี่ไม่กล้าป้อนยายแล้ว ถ้ายายสำลักและตายตอนนั้น พี่คงรู้สึกเหมือนฆ่ายาย" การป้อนยาคุณยายจึงเป็นกิจกรรมที่ไม่มีใครในบ้านอยากที่จะทำ

แต่พี่ตุ้ยังต้องการทำตามความต้องการของคุณยาย คือ ขอตายที่บ้าน ในช่วงสุดท้ายของคุณยาย เราจึงเข้าไปให้การดูแลคุณยายที่บ้าน

เราดูแลคุณยายที่บ้านเหมือนดูแลคนไข้ในโรงพยาบาล ในช่วงเช้าหลังจากวัด vital sign เราจะป้อนอาหารเช้า ซึ่งมีเพียงน้ำส้มคั้นหรือน้ำเปล่า และให้ยาแก้ปวด เพื่อลดอาการเจ็บปวดก่อนที่จะเช็ดตัว ทำแผล พลิกตะแคงตัว และเปลี่ยนผ้าปูที่นอน บ่อยๆ เย็นๆ เราก็จะไปเยี่ยมคุณยายอีก เพื่อช่วยพลิกตะแคงตัว ป้อนอาหารและยา โชคดีที่บ้านคุณยายอยู่ใกล้โรงพยาบาล เราจึงสามารถเดินทางไปเยี่ยมคุณยายได้วันละหลาย ๆ รอบ ถ้าคุณยายมีอาการผิดปกติคนที่บ้านก็จะโทรศัพท์มาปรึกษา บอกอาการของคุณยายให้เราทราบ จนพี่ตุ้บอกว่า "เหมือนอยู่โรงพยาบาลเลย" ทำให้เราคิดถึงคำว่า Home Hospital

การดูแล (caring) คุณยายในระยะสุดท้ายที่บ้านไม่ใช่ปัญหาของเรา แต่สิ่งที่เป็นปัญหาสำหรับเรา คือ การจัดการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายที่พี่ตุ้ต้องการในการดูแลคุณยาย คือ ไม่ทรมาน เราต้องประสานขอคำปรึกษากับหน่วยระงับปวดเมื่อคุณยายไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ ในตอนนี้เราเพิ่มบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการประสานการดูแลกับทีมสุขภาพ และเป็นผู้พิทักษ์ให้คุณยายได้ใช้สิทธิในการรักษา (คุณยายมีสิทธิ 30 บาท แต่พี่ตุ้ก็ดูแลคุณยายด้วยตัวเองมาตลอด)

แล้ววันสุดท้ายของการดูแลก็มาถึง เช้าวันนั้นคุณยายหายใจแรงและดูเหนื่อย หลังจากที่เราให้การดูแลคุณยายเราจึงจัดให้คุณยายนอนตะแคงเพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น ในใจฉันคิดว่า "คงเป็นวันนี้"

ที่ตู้ไปทำงาน ฉันจึงขอให้ญาติที่มาเยี่ยมคุณยายนั่งข้างเตียงและจับมือคุณยายไว้ ฉันคิดว่าเวลาเราต้องไปในสถานที่ที่เราไม่รู้จัก เราคงรู้สึกกลัว อ้างว้าง และเดียวดาย การมีใครสักคนอยู่ข้างๆ คงช่วยลดความรู้สึกเหล่านี้ได้บ้าง

ฉันไม่รู้ว่าคุณยายรับรู้มากน้อยแค่ไหน แต่คุณยายดูสงบลงเมื่อฉันบอกคุณยายว่า "มีคุณป้าหนึ่ง เป็นเพื่อนอยู่ข้างๆ นะคะ หนูขอเปิดเทปชินบัญญัติให้คุณยายฟังนะคะ ถ้าคุณยายไม่ชอบฟังก็สายหน้า นะคะ" ก่อนหน้านั้นคุณยายจะกระสับกระส่ายเวลาเปิดเทปธรรมะให้ฟัง แต่วันนี้ไม่มีอาการเช่นนั้นเลย การหายใจที่แรงและดูเหนื่อยในช่วงแรกดูสงบลง คุณยายจากเราไปในวันนั้นที่บ้านท่ามกลางพี่ น้อง และหลานๆ

เวลา 3 สัปดาห์ที่ให้การดูแลคุณยายแบบ Home visit และอีก 1 สัปดาห์ที่ให้การดูแลแบบ Home care และ Home hospital ถ้าคิดว่าการหายจากความเจ็บป่วย ร่างกายแข็งแรง เป็นผลสำเร็จ ของการดูแล ในการดูแลคุณยายครั้งนี้ถือว่าไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ถ้าประเมินผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกัน เราบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกับครอบครัว เพราะในช่วงสุดท้ายของชีวิต คุณยายได้อยู่ที่ บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ตามที่ต้องการ ครอบครัวยอมรับและสามารถจัดการการดูแลคุณยาย จนกระทั่งเวลาสุดท้ายของชีวิต และสิ่งที่ได้มากกว่าเป้าหมายที่วางไว้ คือ สัมพันธภาพ ความไว้วางใจ คุณค่าของผู้ดูแล และคุณค่าวิชาชีพพยาบาล

คำถามจากน้องพยาบาลในระยะแรกของการเข้าไปดูแลคุณยายที่บ้านแบบ Home Hospital "ทำไมเราไม่สอนให้เขาดูแลตัวเอง ทำไมต้องมาทุกวัน เป้าหมายการทำงานของเรา คือ ช่วยเขาเพื่อให้ เขาดูแลตัวเองได้ ใช่ไหมคะ"

ฉันตอบน้องไปว่า "ใช่ เป้าหมายในการดูแลของเรายังคงเดิม แต่พี่ตู้ก็ดูแลคุณยาย ช่วยเหลือตัว เองมาตลอดจนกระทั่งพี่ตู้ไม่ไหวแล้ว การเข้ามาช่วยดูแลคุณยายเป็นการดูแลที่มีวันสิ้นสุด เพราะวัน สุดท้ายของคุณยายไม่ได้ยาวนาน การทำตามความหวังสุดท้ายของคุณยาย ในการได้อยู่ที่บ้านเป็นสิ่ง สำคัญ และมีคุณค่าสำหรับเราเหมือนกันนะ"

ในที่สุดน้องพยาบาลคนเดิมก็ได้คำตอบด้วยตัวเองในวันที่คุณยายจากไป "หนูรู้สึกดีจังที่ได้ดูแล คุณยาย เป็นบทเรียนที่ดีและไม่มีใครสอนได้"

คำยืนยันผลสำเร็จของเราจากพี่ตู้ "คุณยายสะอาด สวยงาม ก่อนตายได้อยู่กับหลาน ๆ ที่บ้าน และก็ไม่ทุกข์ทรมาน ขอขอบคุณน้องจริงๆ"

เมื่อคนใช้หมดการรักษาระยะที่ยากลำบากที่สุด ที่ทั้งทีมสุขภาพและครอบครัวต้องเผชิญ คือ ระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลประคับประคองเป็นการช่วยเหลือที่ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดคนไข้มากที่สุดสามารถให้แก่คนไข้และครอบครัวได้ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา ไม่ได้จำกัดเพียงในระยะที่ไม่มีการรักษาหรือระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น รวมถึงการสนับสนุนดูแล ครอบครัวต่อเนื่องในระยะของความโศกเศร้าหลังการตาย (grief & bereavement) ซึ่งต้องมีการเตรียม การให้การดูแลครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถยอมรับความสูญเสียและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

15 มีนาคม 2550

แม้คุณยายจะจากไปแล้ว แต่สัมพันธ์ภาพระหว่างทีมของเราที่ครบครอบครัวที่ดูไม่ได้หมดไป เรายังเยี่ยมครอบครัวที่ดูต่อมาจนถึงปัจจุบัน และขยายสู่การดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน การค้นหาและให้การดูแลคนไข้ได้เร็วที่สุดจะช่วยให้คนไข้ และครอบครัวสามารถก้าวข้ามระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบ ในขณะที่เดียวกันสิ่งที่ต้องใส่ใจในกระบวนการดูแล คือ การดูแลซึ่งกันและกันระหว่างทีมผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วันที่คุณยายจากไปเราอยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นด้วย ตอนที่ทุกคนในครอบครัวเข้ามาอด หอมที่แก้ม และกราบลาคุณยายเป็นภาพที่เราเห็นแล้วกลั้นน้ำตาไว้ไม่อยู่

จำได้ว่าน้องพยาบาลถามฉันว่า “พี่ หนูร้องให้ได้ไหม”

ฉันพยักหน้า และบอกน้องว่า “ปล่อยมันไหลออกมาเถอะ แต่อย่าออกเสียงนะ”

ฉันคิดว่าการมีความรู้สึกร่วมในบรรยากาศเช่นนั้นเป็นสิ่งที่ดี ช่วยหล่อหลอมให้ทีมของเรามีจิตใจที่ความอ่อนโยน มีเมตตา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลคนไข้ในระยะนี้

มีหลายคนทีพ้อฉันเล่าเรื่องนี้ให้ฟังมักจะเกิดคำถามว่า “เครียดไหม น้อง ๆ เขาจะไหวหรือ” คำตอบของฉันคือ “ไม่เครียดหรอก เพราะหลังจากจบการทำงานแต่ละวันก็ถอน (ใจ) มีการพูดคุยกัน มีการ conference case ใครไม่ไหวจริง ๆ ก็ให้พัก”

ปัญหาของคนไข้ คือ สิ่งที่เราต้องช่วย แต่ไม่ใช่สิ่งที่เราจะเก็บเอามาเป็นปัญหา ไม่เช่นนั้นเราคงไม่มีหัว (คิด) ไปวางแผนดูแลคนไข้คนอื่นหรือทำงานอื่น ๆ ได้ มีบางครั้งที่น้องพยาบาลในทีมรู้สึกเศร้าและรับมือกับสถานการณ์ตรงหน้าไม่ได้ เราจะให้พักและให้พูดคุยระบาย มีทีมเข้าช่วยเหลือดูแลคนไข้แทน

เมื่อให้การดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายที่บ้านมากขึ้น มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับทีมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทำให้ฉันกลับมาวิเคราะห์สิ่งที่ทำไปในการดูแลคุณยาย รวมทั้งคนไข้รายต่อ ๆ มา เพื่อหารูปแบบที่ดีที่สุดในการดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ฉันพบว่าคนไข้แต่ละคนมีความแตกต่างกันไม่มีรูปแบบที่ดีที่สุดที่จะสามารถนำไปใช้ได้กับคนไข้ทุกคน มีเพียงแนวทางหรือหลักในการดูแลที่สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลคนไข้ได้ทุกคน

หลักในการดูแลที่สำคัญก็ คือ การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการรวบรวมข้อมูล การคิดวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแล ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนด ส่วนแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ทั้งทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลแบบองค์รวม การดูแลตนเอง หรือการปรับตัว ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถนำมาเสริมให้ขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการพยาบาลมีความสมบูรณ์ขึ้น และต้องเต็มใจเข้าไปด้วยระหว่างการดูแล ในขณะเดียวกันก็ต้องถอนใจให้ทัน เมื่อเกิดปัญหา หรือการสูญเสียในวาระสุดท้ายของคนไข้ การดูแลต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ต้องรู้จักงานที่ทำอย่างถ่องแท้ สามารถให้ข้อมูลแก่คนไข้และครอบครัวอย่างถูกต้องทั้งเรื่องโรค อาการ การช่วยเหลือ การจัดการเมื่อคนไข้เสียชีวิตที่บ้าน การจัดการตามศาสนา กฎหมาย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (trust) ระหว่างกันอย่างจริงจัง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วงปลายปี 2546 หลังจากวันนั้นจนถึงวันนี้ วันที่พี่ดูได้มาเป็นหนึ่งในทีมดูแลช่วยเหลือคนในชุมชนที่พี่ดูบอกว่า “ทุกคนในชุมชนก็เหมือนพี่น้องกัน พวกน้องๆ เป็นคนนอกยังมาดูแลเรา พี่ก็ไม่ได้ลำบากอะไร ช่วยได้ก็ช่วยๆ กัน ทุกคนจะได้สุขภาพดี”

พี่ตุ้ได้เข้ามาช่วยเราดูแลสมาชิกในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้ค้นหา ประสานงาน ให้ข้อมูล อำนวยความสะดวก ดูแลความปลอดภัยในการเข้าชุมชนของทีมเยี่ยมบ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยที่เราไม่ต้องร้องขอ

ในการดูแลคนไข้ต่อ ๆ มาทำให้เราได้คำตอบชัดเจนยิ่งขึ้นว่า กระบวนการพยาบาลเป็นทั้งหลัก และพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในคนไข้ทุกประเภท และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน นอกจากความร่วมมือแล้ว เราต้องเสริมสร้างให้ครอบครัว และชุมชนมีศักยภาพในการจัดการการดูแลตนเองให้ได้ เพราะนั่นจะเป็นการดูแลที่ยั่งยืนที่สุด ประดุจมีหมอในบ้าน



## B41 Measurement & Analysis : วัดแล้วต้องวิเคราะห์ จึงจะเจาะถึงโอกาส

นพ. สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล

บ. ADLI

รศ. คลินิก นพ. อภิชาติ ศิวยาธร

รพ. บำรุงราษฎร์

โรงพยาบาลของเรามีการเก็บข้อมูลกันมากมาย แต่ได้นำมาใช้ประโยชน์หรือไม่ ข้อมูลนั้นสะท้อนผลการดำเนินงานที่สำคัญของเราหรือไม่ เราได้ความรู้จากการวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูลที่หลากหลายหรือไม่

KPI ของเราถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์หรือวิธีดำเนินงานอย่างไร ผู้บริหารและผู้นำของทีมเฉพาะด้านต่างๆ ได้ใช้ข้อมูลเหล่านี้เพียงใด

มาตรฐาน HA ใหม่ว่าด้วยการวัด วิเคราะห์ และจัดการข้อมูลนั้น มีความเกี่ยวข้องกับมาตรฐานในส่วนของคุณภาพ และมาตรฐานส่วนอื่นๆ อย่างไร

มีตัวอย่างการวัดที่ดีและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงอย่างไร



## B42 เครื่องมือพร้อมใช้ ปลอดภัยคนไข้ สบายใจคนรักษา

พญ.ประภา รัตน์ไชย

ร.พ.หาดใหญ่

นพ.ภูพิงค์ เอกะวิภาต

สถาบันประสาทวิทยา

อาทิศย์ ชุมทอง

กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์

กรมการแพทย์

ปัจจุบันการจัดการเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ บางแห่งมีระบบที่ชัดเจน บางแห่งมีเฉพาะเรื่อง บางแห่งก็เพิ่งจะเริ่มต้นให้ความสำคัญ แต่ละแห่งนั้นก็มีความโดดเด่นในการจัดการที่ต่างกัน ตามทฤษฎีแล้วการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ใช้รูปแบบเดียวกับการจัดการเทคโนโลยีซึ่งมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนการจัดการ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นบริบททั้งแผนระยะกลาง หรือระยะยาว 2) การประเมินเทคโนโลยี ควรจะทำความคุ้นเคยกับการวางแผน 3) การจัดหาเป็นกระบวนการในการจัดหาให้มีขึ้นเพื่อการใช้งาน 4) การใช้และการบำรุงรักษา ทำให้มีการใช้งานที่เหมาะสม และไม่เกิดความขัดข้อง 5) การเลิกใช้ เมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ เป็นขั้นตอนที่มักจะไม่ได้รับความสนใจ

โครงการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล” นี้ เริ่มจากการนำโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่งที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องกระบวนการจัดการเทคโนโลยี โดยเน้นเครื่องมือแพทย์ จัดให้มีการประชุมเล่าสู่กันฟัง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ทั้งจากวิทยากรและระหว่างหน่วยงานนำร่องร่วมกัน นำเสนอรูปแบบที่ตนเองดำเนินการ รวมทั้งการเยี่ยมชมศึกษาระหว่างกัน

การเล่าสู่กันฟังในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษารูปแบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลนำร่องที่น่าสนใจ ดังนี้

1) การทบทวนการใช้บริการเครื่องช่วยหายใจ จาก โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นงานประจำ ที่สำคัญทำให้นำไปสู่การจัดการเครื่องมือแพทย์อื่นๆ ในโรงพยาบาล

2) การจัดการเครื่องมือแพทย์โดยการจ้างเหมาภาคเอกชนดำเนินการ จากสถาบันประสาทวิทยา ที่ไม่ต้องมายุ่งยากในการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ต้องการช่างเครื่องมือแพทย์มาดูแลเป็นพิเศษ เพราะปัจจุบันมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางด้านนี้กันมาก รวมทั้งสามารถมีข้อมูลที่ถูกต้องมาใช้ในการวางแผนสำหรับการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) โปรแกรมการจัดการเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล จากกรมการแพทย์ ที่ได้พัฒนาร่วมกับกองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่เน้นการลงทะเบียนเครื่องมือแพทย์ที่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจผู้บริหาร ผู้มีส่วนตัดสินใจ และผู้ใช้ในการวางแผน การจัดทำแผน และการบริหารจัดการในขั้นตอนอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกเหนือจากที่พบจากการศึกษาว่าโดยส่วนใหญ่มักใช้การความคิดเห็นโดยรวมของคณะกรรมการบริหาร



ตามความสนใจของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา หรือจากการลงมติเสียงข้างมาก รวมทั้งพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามสถานะของการจัดการเครื่องมือแพทย์ว่ามีคุณภาพ และมีโอกาสในการพัฒนาอย่างไรบ้าง

ต้องการขยายเครือข่าย ให้ รพ. นำไปรณรงค์การจัดการเครื่องมือแพทย์ไปใช้ และร่วมกันเรียนรู้ต่อไป

## B43 Quality Implication : From Drug Purchasing to Drug Administration

ภญ.รศ.ดร.บุษบา จินดาวิจักษณ์

คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

ภญ. วิชชุดิณี พิตรากุล

รพ.สมุทรสาคร

คนไทยมีค่านิยมในการใช้ของนอก อีกทั้งมีความเชื่อว่าของนอกมีคุณภาพดี ค่านิยมและความเชื่อนี้ไม่ยกเว้นแม้แต่ในเรื่องของยา อันที่จริงแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเป็นผู้เลือกยาให้แก่ผู้ป่วย หมายผู้ป่วยที่เลือกยามาใช้กันเองไม่ แต่ก็พบว่าผู้ป่วยยังมีค่านิยมและความเชื่อว่ายานอกดีกว่ายาในประเทศ และมักบอกแพทย์ว่าไม่เอายาในประเทศ

ยิ่งไปกว่านั้น ของนอกมักมีราคาแพงกว่าของในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่ออีกประการหนึ่งว่า หากได้ยาแพง แปลว่าได้ยาดีมีคุณภาพ และสรุปเอาว่า ยาแพงมีคุณภาพดีกว่ายาถูก

เภสัชกรในฐานะผู้ทำหน้าที่จัดหายาให้มีใช้ในโรงพยาบาล จึงมักได้รับฟังเสียงบ่นจากทั้งบุคลากรสาธารณสุขด้วยกันเองและจากผู้ป่วยว่า ยาในประเทศไม่ได้คุณภาพ สู้นานอกไม่ได้ และมีเสียงเรียกร้องให้ซื้อยานอกซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาดันแบบเข้าโรงพยาบาล แต่ในยามที่เศรษฐกิจรัดตัวอย่างในปัจจุบันนี้ การซื้อยานอกหรือยาดันแบบเข้าโรงพยาบาล ย่อมสิ้นเปลืองเงินอย่างมาก และอาจทำให้โรงพยาบาลประสบภาวะขาดทุนได้ นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศสูญเสียเงินตราออกนอกประเทศไปอีก

ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางการเงิน ยาในประเทศซึ่งมีราคาถูกกว่า จึงมักถูกคัดเลือกเข้าโรงพยาบาล ทั้งนี้เภสัชกรต้องให้ความมั่นใจแก่แพทย์ว่ายานั้นมีคุณภาพดี เท้าเทียมกับยานอกหรือยาดันแบบ เพราะหากแพทย์เชื่อแล้ว ผู้ป่วยจะเชื่อตาม วิธีการหนึ่งที่ใช้แสดงความเท่าเทียมกันของผลิตภัณฑ์ คือการที่ผลิตภัณฑ์ยาที่ซื้อเข้ามานั้นมีชีวิตสมมูลกับยาดันแบบ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และผลผลิตจากโรงงานยาที่ได้มาตรฐาน GMP

แต่นอกเหนือจากการคัดเลือกยาอย่างมีระบบและหลักเกณฑ์ในกระบวนการจัดซื้อแล้ว การนำยาไปใช้นับเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด กล่าวคือแม้ว่าจะเป็นยาดันแบบ แต่หากใช้ไม่ถูกวิธี หรือเก็บรักษายาไม่ดี ก็ย่อมทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ และทำให้การรักษาไม่ได้ผล เช่น ยาไม่ทนต่อความร้อน แล้วเภสัชกรไม่ติดฉลากเตือนให้เก็บในตู้เย็น ยาถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย พยาบาลไม่นำยานั้นเข้าตู้เย็น เมื่อถึงเวลาให้ยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลก็พบว่ายานั้นเปลี่ยนสีไปแล้ว และต้องทิ้งยานั้นไป ซึ่งน่าเสียดายมากทีเดียว หากยาที่ทิ้งไปนั้นเป็นยาดันแบบและมีราคาแพง

โดยสรุป การจะได้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาจากยา จะต้องเริ่มตั้งแต่การมีระบบและวิธีการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ไปจนถึงการมีกระบวนการใช้ยาที่เหมาะสม

15 มีนาคม 2550

## B44 มองหา... รอยต่อวิถีสุขภาพและวิถีชุมชน

ประวิทย์ ภูมิระวี

ก้านัน ต.วังตะกอก จ.ชุมพร

ไชยณรงค์ วงศ์ศิริธร

แกนนำชาวบ้านทุ่งบัวทอง ต.บ่อนอก

ศรายุทธ พูนพิน

ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.ท้อแท้ จ.พิษณุโลก

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

ผอ.รพ.เทพา จ.สงขลา

ทัศนีย์ สุมามาลย์

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพได้ขยายวงกว้างออกไปสู่การทำงานเป็นเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันมากขึ้นในรูปของการบริหารจัดการและระบบบริการทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยและชุมชน การจัดการปัญหาด้านสุขภาพยังอยู่ในมือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เล่นบทบาทในด้านสุขภาพ มี อสม. เป็นเพื่อนร่วมเดินทาง ก้าวต่อไปสู่แผน 10 คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา จะขับเคลื่อนและเชื่อมต่อกันอย่างไรให้เห็นพลังชุมชน รวมคิดร่วมทำอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ตัวอย่าง 4 มุมมองในสองฝั่ง เป็นภาพของการเคลื่อนตัวเข้าหากันเริ่มปรากฏ น่าจะมีความชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ในเวลาไม่นานเกินรอ.....

### วิถีชุมชนคนวังตะกอก ประวิทย์ ภูมิระวี

มองทุกเรื่องเกี่ยวข้องกัน ใช้กลยุทธ์เศรษฐกิจพอเพียงสู่แผนแม่บทชุมชน ชักใยชาววังตะกอกให้ลุกขึ้นมาต่อสู้ได้อย่างเป็นรูปธรรมที่สวยงาม เชื่อในความต่างแต่ไม่ใช่ความผิด ก้านันกล่าวว่า "การจัดทำแผนชุมชนของเราไม่ใช่แผนที่เราไปขอของประมาณจากหน่วยงานไหน ไม่ใช่ หรือว่าเป็นแผนที่ว่าปีหน้าเราจะทำอะไรกันบ้าง แผนชีวิตชุมชนหรือว่าแผนแม่บทชุมชนของเรา เป็นเรื่องของชุมชนที่จะจัดระบบ ระเบียบของชุมชนที่จะเดินไปสู่ความยั่งยืนของชีวิตต่างหาก "ยึดพื้นที่เป็นตัวตั้ง ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชาวบ้านเป็นเจ้าของ" แนวความคิดเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อม บุคคล และสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่ปลอดภัยพิษ ก้านันเล่าว่า "เราต้องมองแต่ละมุมว่าคนไข้อยู่ที่ไหนสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร ผมเชื่อว่าเราจะป่วยเป็นโรคได้ก็ต่อเมื่อเรารับเอาสารพิษจากอาหารที่เรากินที่เรากินอยู่ แต่ทุกอย่างที่เรากินทุกวันเราผลิตเองทำเองหมดมันจะเจ็บป่วยได้อย่างไร" ทุกวันนี้ชุมชนวังตะกอกมีจุดเชื่อมต่อกับชาวสาธารณสุขได้อย่างมั่นใจ พร้อมจะก้าวไปด้วยกันอย่างพันธมิตร เชื่อว่าทุกอย่างทำได้ขอเพียงแต่รู้จักการบริหารจัดการที่ดี

### วิถีชุมชนคนทุ่งบัวทอง ไชยณรงค์ วงศ์ศิริธร

ชุมชนใช้ KM อย่างเรียบง่ายถอดบทเรียนของตัวเองทุก 2 ปี ข้อมูลชุมชนทำให้รู้ว่าเราอยู่กันอย่างไร รายรับ-จ่าย หนี้สินมาจากไหน อะไรก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาทางสังคม ทบทวนแล้วรู้ว่าอะไรทำแล้วดี

ขึ้น อะไรบ้างที่เปลี่ยนแปลงไปในชุมชน แล้วจะเดินหน้ากันอย่างไร เวทีประชาคมเป็นวิธีของชาวทุ่งบัวทองในการสร้างแนวร่วมในทุกเรื่อง จากความสำเร็จการรวมตัวกันต่อสู้คัดค้านโรงไฟฟ้าถ่านหิน สู่วิถีความเป็นอยู่อย่างพอเพียง ศูนย์กลางบ้านเนื้อที่ 7 ไร่ ที่กำลังจะเกิดขึ้นจะเอาไปทำอะไรกันดีหนอน่าจะเป็นที่พบกันปรึกษาหารือร่วมกัน ชุมชนมีจุดเชื่อมต่อกับชาวสาธารณสุขด้วยนโยบาย 6 อ. ซึ่งมีตัวชี้วัดที่คล้ายคลึงกันระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในมุมมองที่แตกต่างกัน

การเชื่อมต่อกับชุมชน  
นพ. สุวัฒน์  
วิริยพงษ์สุกิจ

การเริ่มออกนอกรั้วโรงพยาบาลหลังจากทำงานได้ประมาณ 3 ปี ร่วมกับผู้คนในสังคม มาสู่มหัทธกันคิดโดยใช้มิติสุขภาพเรื่องใกล้ตัว จึงค้นพบว่าเราไม่สามารถแยกส่วนสุขภาพกับวิถีชีวิตได้ ตัวอย่างที่ทำให้ทีมงานและชุมชนมีความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม คือการทำ “สุนัฒมู” ในวัฒนธรรมของชาวมุสลิม เด็กผู้ชายทุกคนจะต้องผ่านการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศ (Circumcision) เดิมทำกันเองในหมู่บ้าน มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อเลือดออกมาก ก็ถามว่าทำไมไม่มาที่โรงพยาบาล พบว่าติดขัดเรื่องพิธีกรรมเพราะผู้ที่ขลิบให้ต้องเป็นมุสลิมเท่านั้น เราจึงวิ่งเข้าหา เชิญผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น ผู้ปกครอง มาพูดคุยกัน โดยใช้แนวคิด “ศาสนานำการสาธารณสุข” สุดท้ายก็ลงตัว ปัจจุบันถือเป็นประเพณีไปแล้ว ชาวบ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถฝึกกำลังบริหารจัดการได้เองจากประสบการณ์การทำงาน ยิ่งมั่นใจว่า “สุขภาพกว้างไกลกว่าความเจ็บป่วยและเป็นเรื่องของทุกคน” อยู่ที่เราจะเห็น เชื่อมต่อกับผู้คน องค์การฯ พยายามในสังคมได้อย่างไร มีอีกหลายกรณีที่เราอาจจะเพิกเฉยในระยะแรก แต่หลังจากได้สัมผัสความเป็นจริง ความงดงาม และศักยภาพของชุมชน ทำให้เราต้องหยุดเดินบ้าง เพื่อร่วมกับภาคีต่างๆ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำไปด้วยกัน หมอตำแยที่ทำคลอดที่บ้าน หมอต่อกระดูก พระนักเทศน์โดยยกตัวอย่างของผู้ทำร้าย ทำลายสุขภาพตัวเองในภาษาของชาวบ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เชื่อมโยงกับ “วิถีและสุขภาพ” มองย้อนรอย ในฐานะบุคลากรสุขภาพ หมอที่ชาวบ้านในคุณค่า ให้ความนับถือ ก็เป็น คนในสังคมเหมือนกัน แนวคิดที่ว่า คนทุกคนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ถ้าหมอทำตัวให้เล็กลงให้คุณค่า (value) กับคนอื่นในสังคม เชกเช่นเดียวกัน เข้าหา เข้าถึงผู้อื่น (access) พร้อมรับฟังความหลากหลาย ประสบการณ์ พบว่านี่มันบังตาประการแรกที่ใช้ใจและทักษะเพียงเล็กน้อย แต่จะได้ความไว้น้อมเชื่อใจกันอย่างมหาศาล (trust) ก้าวต่อไปของเรา คือการสนับสนุน (encourage) ให้ความดีความงามที่อยู่ในตัวตนของแต่ละคน ของชุมชน มาร้อยต่อกัน ให้



ชุมชนซึ่งจะทำให้มีพลัง เกิดการเรียนรู้ (knowledge sharing) นำไปสู่ “สุขภาวะ” โดยไม่รู้ตัว การเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหลายมิติไม่ได้เกิดจากการท่องสูตรการรักษา ไม่ใช่ตัดเลือดไหล งานจึงไม่ได้เป็นแค่ภารกิจที่จำเป็นต้องทำให้ได้ตามตัวชี้วัดเพียงอย่างเดียว เพราะงานที่ทำด้วยหัวใจที่อ่อนโยน เข้าใจผู้อื่น เป็นมากกว่าภารกิจตามหน้าที่ อาจจะถูกกล่าวแทนเพื่อนร่วมวิชาชีพในเส้นทางสายนี้ได้ว่า เราความภาคภูมิใจในความเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงและเข้าใจเข้าใจความเป็นเพื่อนมนุษย์

การเชื่อมต่อกับชุมชน  
ศรายุทธ พูนพิน  
ศูนย์สุขภาพชุมชน  
ตำบลท้อแท้  
จ.พิษณุโลก

เรียนรู้จากการทำงานกับร่วมกับภาคีเครือข่าย ปรับบทบาทของผู้ขึ้นนำเป็นผู้หนุนเสริมได้อย่างลงตัว เคลื่อนชุมชนสู่คำว่าสุขภาพด้วยวิถีของชุมชน เชื่อมโยงให้ผู้คนเข้าหากัน ลุกขึ้นมาทำกิจกรรมดีๆ ร่วมกัน รอบแล้วรอบเล่า ตามปฏิทินชุมชนมิได้แยกส่วนออกจากกัน มีวัฒนธรรมประเพณีและเครือข่ายที่โยงใยอย่างเป็นธรรมชาติ ก่อนหน้านี้ ช่วงปี 2533 ถึงปี 2540 การจัดการระบบสุขภาพ เป็นเรื่องของหมอ มองเห็นแต่ปัญหาสุขภาพของชาวบ้าน แต่ชาวบ้านมองไม่เห็นเป็นปัญหาสุขภาพของตนเอง ทำให้ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาของหมอไม่ใช่ปัญหาของชาวบ้าน หมอต้องลงไปจัดบริการให้ ทำงานหนัก ทำงานเหนื่อย กว่าจะประสบความสำเร็จ การจัดการระบบสุขภาพในช่วงนั้น คือการจัดการระบบสุขภาพภิบาล จำได้ว่าต้องไปขอให้ชาวบ้านที่ยังไม่มีส่วนร่วมสร้างส่วนราดน้ำ เพื่อจะผ่านเกณฑ์ส่วนร้อยเปอร์เซ็นต์ เขาก็ไม่ค่อยจะยอมรับเท่าไร เพราะปายังมีเยอะ เห็นว่าตุ๋นเย็น ทีวีหมอเดอริชด์สำคัญกว่า ที่ยอมรับกันไปก็เพราะเกรงใจหมอ จึงเกิดความคิดว่า..ทำอย่างไรให้ชาวบ้านมาจัดบริการสุขภาพร่วมกัน หลังจากนั้นจึงเป็นที่มาของการจัดบริการสุขภาพร่วมกัน ความสัมพันธ์ในแกนนำชุมชน กำเนิดกีฬาชุมชนสัมพันธ์ด้านกายยาเสพติดสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครและชาวบ้านพัฒนาไปสู่เวทีประชาคมสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน จากปัญหาสาธารณสุขที่คุ้นเคยกลายเป็นปัญหาชาวบ้านอย่างรอบด้าน...ชายข้าวไม่ได้ ทุยราคาแพง ปัญหาปากท้องเป็นส่วนใหญ่แล้วจะเดินหน้าอย่างไร กระบวนการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา..สู่กำเนิดยุทธศาสตร์พลังชุมชนกับการพัฒนาท้องถิ่นใช้แผนแม่บทชุมชนเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพให้จัดการปัญหาพัฒนาชุมชนร่วมกับภาครัฐได้ตามวิถีปฏิทินชุมชนสู่ตำบลนำอยู่คนอยู่จะอยู่อย่างไรเพื่อสร้างการรับรู้ร่วมกัน ค้นหาคำความนำอยู่เป็นสุขของตนตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและอนาคต ทำให้สะท้อนเห็นภาพตัวเองอย่างแท้จริง เห็นของดีที่มีอยู่แต่เดิม “ คนต้นแบบสร้างสุขชุมชน ” ชุมชนเดินหน้าต่อด้วยวิถีสร้างสุขคนท้อแท้กำหนดไว้ อย่างรอบด้านจากบทเรียนการเรียนรู้อยู่อย่างสุขจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

## ชุมชนไม่ได้ว่างเปล่า หลากสีของการอยู่ร่วมกัน

นพ. สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ

ช่วงเวลาของการเติมเต็มให้ชีวิต ในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ และฐานะของคนในสังคม การเริ่มออกนอกรั้วโรงพยาบาลหลังจากทำงานได้ประมาณ 3 ปี ร่วมกับผู้คนในสังคม มาสู่มหั้วกันคิด โดยใช้มิติสุขภาพเรื่องใกล้ตัว จึงค้นพบว่า เราไม่สามารถแยกส่วนสุขภาพกับวิถีชีวิตได้

ตัวอย่างที่ทำให้ทีมงานและชุมชนมีความเข้าอกเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม คือการทำ "สุนัฒน์" ในวัฒนธรรมของชาวมุสลิม เด็กผู้ชายทุกคนจะต้องผ่านการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศ (Circumcision) เติมหัดทำกันเองในหมู่บ้าน มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ เลือดออกมาก ก็ถามว่าทำไมไม่มาที่โรงพยาบาล พบว่าติดขัดเรื่องพิธีกรรม เพราะผู้ที่ขลิบให้ต้องเป็นมุสลิมเท่านั้น เราจึงวิ่งเข้าหา เชิญผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น ผู้ปกครอง มาพูดคุยกัน โดยใช้แนวคิด "ศาสนานำการสาธารณสุข" สุดท้ายก็ลงตัว โรงพยาบาลได้รับมอบหมายจากที่ประชุมให้เตรียมบุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ จึงได้เชิญแพทย์มุสลิมจากจังหวัดนราธิวาส ปิดตานี้ยะลา มาดำเนินการทำในส่วนการขลิบ ทีมงานโรงพยาบาลเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเย็บแผลตาม ผู้นำศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ผู้นำชุมชนจัดหางบประมาณ ชาวบ้านร่วมลงขัน ทำอาหารมากินกัน ใครมีศรัทธาอย่างอื่นมาร่วมกันได้ จนปัจจุบันถือเป็นประเพณีไปแล้ว ชาวบ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถผนึกกำลังบริหารจัดการได้เอง

ลองนั่งทบทวน อะไรทำให้เราเปลี่ยนความคิด ผมคิดว่าอยู่ที่กรอบความคิดของเราในช่วงเริ่มต้น ที่โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ บอกผมว่า "ชุมชนไม่ได้ว่างเปล่า" บวกกับประสบการณ์การทำงานยิ่งมั่นใจว่า "สุขภาพกว้างไกลกว่าความเจ็บป่วยและเป็นเรื่องของทุกคน" อยู่ที่เราจะเห็น เชื่อมต่อกับผู้คน องค์กรเพื่อนในสังคมได้อย่างไร มีอีกหลายกรณีที่เราอาจจะเพิกเฉยในระยะแรก แต่หลังจากได้สัมผัสความเป็นจริง ความงดงาม ได้เข้าใจวิถีชุมชนและศักยภาพของชุมชน ทำให้เราต้องหยุดเดินบ้าง เพื่อร่วมกับภาคีต่างๆ ร่วมกันคิด ร่วมทำไปด้วยกัน หมอตำแย (โต๊ะบีดัน) ที่ทำคลอดที่บ้าน หมอต่อกระดูก ประเพณีพระผิงไฟในช่วงเข้าพรรษา สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เชื่อมโยงกับ "วิถี และสุขภาพ"

มองย้อนรอย ในฐานะบุคลากรสุขภาพ หมอที่ชาวบ้านในคุณค่า ให้ความนับถือ ก็เป็นคนในสังคมเหมือนกัน แนวคิดที่ว่า คนทุกคนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ถ้าหมอบำบัดให้เล็กลงให้คุณค่า (value) กับคนอื่นในสังคม เจกเช่นเดียวกัน เข้าหา เข้าถึงผู้อื่น (access) พร้อมรับฟังความหลากหลาย ประสบการณ์ผมพบว่า นี่คือมันบังตาประการแรก ถ้าเราใจและทักษะเพียงเล็กน้อยก็สามารถมองเห็นแสงสว่างได้ และจะได้ความไว้วางใจกันอย่างมหาศาล (trust) ก้าวต่อไปของเราคือการสนับสนุน (encourage) ให้ความดีความงามที่อยู่ในตัวตนของแต่ละคน ของชุมชน มาร้อยต่อกัน ให้ชุมชน ซึ่งจะให้มีพลัง เกิดการเรียนรู้ (knowledge sharing) จุดประกายและประสานรอยต่อ วิถีสุขภาพและวิถีชุมชน อย่างกลมกลืน เป็นบทพิสูจน์ของ "เส้นทางสายนี้ หลากสีของการอยู่ร่วมกัน" ที่เชื่อมโยงและเข้าอกเข้าใจความเป็นเพื่อนมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน



## B45 Sepsis : From Theory to Practice

นาวาโท นพ. ธนาสนธิ์ ธรรมกุล

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

รศ. นพ. วันชัย นุพพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มศว.ประสานมิตร

ผศ. นพ. อรุชา อภิสารธนรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ใน symposium นี้วิทยากรทั้ง 3 ท่านจะนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา มาตรการที่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดภาวะ sepsis ทั่วโลก การวิเคราะห์ ความเป็นไปได้ และ ข้อจำกัด ในการนำเอามาตรการเหล่านี้มาใช้ในประเทศไทย ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลควรนำมาใช้ประเมินผล หลังกำหนดมาตรการ เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ sepsis ในโรงพยาบาล และ ประสพการณ์จากโรงพยาบาลที่ได้มีการนำเอามาตรการเหล่านี้มาช่วยในลดการเกิดภาวะ sepsis ในโรงพยาบาล มาตรการเหล่านี้รวมถึง

1. การให้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและพอเพียง
2. การให้ยาประเภท activated protein C และข้อจำกัดในการใช้
3. มาตรการ early goal directed therapy
4. มาตรการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัด
5. การให้ยา steroid ในชานานต่ำ

นอกจากนั้นแล้ววิทยากรทั้ง 3 ท่านจะวิเคราะห์ และให้ข้อคิดเกี่ยวกับบุคลากรที่ควรมีความเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาคนไข้ sepsis ในโรงพยาบาล และอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากการนำเอามาตรการเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆที่เกี่ยวข้อง



## B46 คนต้นแบบ

รศ.พญ.ปารมี ทองสุกใส

สุห้วง พันธุ์ดาววงศ์

วนิดา เทพจันทร์

รศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์

รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยากรทุกคนเป็นคนธรรมดา แต่ผลงานนั้นน่าศึกษา เพราะว่า “ใครๆ ก็ทำได้”

### การจัดการความรู้ในภาควิชาพยาธิวิทยา

รศ.พญ. ปารมี ทองสุกใส

ภาควิชาพยาธิวิทยา เป็นหน่วยงานระดับภาควิชาที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของคณะแพทยศาสตร์ มีบุคลากรที่มีความหลากหลายระดับรวมทั้งสิ้น 207 คน ภาควิชากำหนดเป้าประสงค์ในงานบริการคือ “ให้บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองผู้รับบริการ” โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นคือจะขอรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ISO15189 ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากล และเป็นมาตรฐานที่มีเกณฑ์ค่อนข้างสูงและมีรายละเอียดครอบคลุมงานทุกกระบวนการ ซึ่งเป้าหมายนี้จะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากบุคลากรทุกระดับในการพัฒนางานบริการให้มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

ประกอบกับในช่วงเวลาเดียวกันนั้น อันเป็นช่วงกระแสการจัดการความรู้ จากการบรรยายของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช และ ดร.ประพนธ์ ผาสุยดี จากสถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคมในปลายปี 47 และต้นปี 48 ภาควิชา จึงได้นำแนวคิด และ หลักการการจัดการความรู้ มาบูรณาการกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) และจัดทำโครงการพัฒนางานที่ชื่อว่า “พยาธิ 1 ทีม 1 โครงการ” หรือ “Pathology One Team One Project” หรือเรียกย่อๆ ว่า Patho OTOP ขึ้น โดยรับสมัครทีมพัฒนางาน (3-5 คน) เน้นบุคลากรระดับปฏิบัติการ ผู้ชำนาญการหรือ หัวหน้างานถอยมาเป็นพี่เลี้ยง และ จัดให้เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในช่วงนำเสนอร่างโครงการ ระหว่างการดำเนินงาน และ ช่วงการนำเสนอผลการดำเนินงาน นอกจากนั้นยังสร้างแรงจูงใจโดยจัดรางวัลผลงานให้

ผลการดำเนินงาน Patho OTOP ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง ในปีแรก (2548) มีผลงาน 19 เรื่อง ซึ่งสามารถนำมาใช้จริงในงานประจำทุกเรื่อง และเพื่อต่อยอดความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ภาควิชาจัดให้มีโครงการ Patho OTOP ต่อในปีที่ 2 ในปี 2549 โดยทำให้ได้ผลงานที่มีประโยชน์อีกถึง 27 เรื่อง

นอกจากชิ้นงานคุณภาพที่เป็นผลได้โดยตรงจากการทำโครงการของทีมพัฒนาต่างๆ แล้ว โครงการ Patho OTOP ยังก่อให้เกิดผลพลอยได้ที่เป็นประโยชน์อีกหลายประการ ทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการเอง พี่เลี้ยงโครงการ และ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นในระดับภาควิชา



ผู้ร่วมโครงการ ได้พัฒนาและแสดงศักยภาพของตนเองออกมาเป็นที่ปรากฏ เกิดความเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของภาควิชา เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยเหลือและเติมเต็มบทบาทซึ่งกันและกัน ได้การพัฒนาทักษะการพูดนำเสนอ ทักษะการเขียนรายงาน ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ทั้งหมดนี้ ก่อให้เกิดความสุข และ สนุกในการทำงาน

พี่เลี้ยงโครงการ ก็ได้พัฒนาทักษะในการวางแผน สอนแนะ เกิดภาวะผู้นำขึ้น และสุดท้าย

ภาควิชาได้งานบริการที่ดีขึ้น ได้การปรับปรุงงานที่สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ISO15189 ได้ผลงานพัฒนาที่เป็นงานวิจัยเขียนตีพิมพ์เผยแพร่ได้ นอกจากนี้ได้งานที่ดีขึ้นซึ่งเป็นผลโดยตรงแล้ว ยังก่อให้เกิดผลในมิติด้านสังคม เช่น ความรักใคร่กลมเกลียว และเกิดวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาควิชา

การจัดการความรู้ในภาควิชาพยาธิวิทยา ซึ่งดำเนินผ่านโครงการ Patho OTOP ได้รับการยอมรับ และชื่นชมจากสถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ตั้งแต่เริ่มต้นจนปัจจุบัน สคส. ได้เชิญผู้บริหารภาควิชาและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไปร่วมแลกเปลี่ยนในวาระต่างๆ หลายครั้ง และทำให้ภาควิชาฯ ได้รับการยอมรับและได้รับเชิญไปเล่าประสบการณ์ในหลายหน่วยงานจากหลายวงการ สร้างความภาคภูมิใจให้กับภาควิชาฯ และคณะแพทยศาสตร์เป็นอย่างยิ่ง

ความสำเร็จทั้งหมดนี้ สร้างความมั่นใจในวิถีการดำเนินงาน ที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ เพื่อการพัฒนาตน พร้อมกับพัฒนางาน และ การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน



กรอบแนวคิดการบูรณาการการจัดการความรู้ และ การพัฒนาคุณภาพงาน  
ในโครงการ Patho OTOP

## รับรู้ - รู้สึก - รู้ลึก เพื่อความสุขร่วมกัน สู่ห้อง พันธถาวรวงศ์

### คำถามที่ท้าทายสำหรับคนทำงาน

- ➡ มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ แล้วผู้ป่วยจะได้รับบริการที่ดีจริงหรือ ?
- ➡ รักษาชีวิต รักษาอวัยวะ แล้วคุณภาพชีวิตใครรักษาต่อ ?
- ➡ มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อเนื่องถึงเมื่อไหร่ ?
- ➡ คุณค่าของตัวชีวิตอยู่ที่ไหน ?

ในมิติของความเป็นมนุษย์ ยังมีปัญหาที่สลับซับซ้อนมากมายที่ตัวชีวิตความสำเร็จของโรงพยาบาลเข้าไปไม่ถึง และวัดออกมาไม่ได้ เพราะบางครั้งสิ่งที่เราคิดว่าเราทำได้ดีที่สุดในแล้ว กลับไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ คุณภาพอาจจับต้องไม่ได้ แต่สัมผัสและรับรู้ได้ด้วยใจ ปัญหาในแต่ละวันแต่ละเวลาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด จากประสบการณ์การทำงาน โดยยึดหลัก รับรู้-รู้สึก-รู้ลึก แล้วนำมาแก้ปัญหา คิดเสมือนผู้ป่วยคือเพื่อนมนุษย์ ไม่ละเลยสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่แสดงออกถึงความรัก ความใส่ใจ จะทำให้ทั้งคู่ให้ และผู้รับบริการ มีความสุขไปพร้อมๆ กัน



## B47 Humanized Nursing Care in Ramathibodi Hospital

ชนิดา นรดี, กุลวดี สุระยุทธปรีชา, สมทรง จุไรทัศน์ีย์, สุวิมล สันติสุขธนา, ผศ.ดร.เรณู พุกบุญมี  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การบำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยได้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยมีการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาล ทำให้สามารถวินิจฉัยค้นพบอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้รวดเร็วขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยที่ในอดีตแก้ไขไม่ได้ เทคโนโลยีที่เข้ามาเพื่อช่วยชีวิตหรือแก้ไขปัญหาสภาพให้แก่ผู้ป่วยดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรักษาให้ความสนใจในเทคโนโลยีมากกว่าการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการปรับตัว การฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีตระหนักถึงความสำคัญในคุณภาพของการบริการดังกล่าว ที่ต้องมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และต้องดูแลด้วยหัวใจที่เข้าใจถึงความเป็นมนุษย์ที่เป็นองค์รวมของผู้ป่วย และนับได้ว่าเป็นสถาบันทางการแพทย์พยาบาลแห่งแรกของประเทศที่ได้พัฒนาระบบการดูแลที่มีจุดเน้นดังกล่าวได้สำเร็จ โดยได้จัดให้มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงติดตามไปดูแลต่อที่บ้าน ระบบการดูแลดังกล่าวประกอบด้วย:-

1) ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse System) ซึ่งจะเริ่มใช้ทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล การทำงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้และผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อกันในลักษณะ My nurse my patient ทำให้เกิดความกระตือรือร้นที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และครอบครัวของผู้ป่วย เป็นการดูแลที่พยายามคิดค้นหาวิธีช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค หรือตายอย่างมีความสุข

เริ่มจากแนวความคิดที่คนเราต้องมีความสุขจากการทำงาน มีความสุขจากการได้ช่วยผู้อื่นได้ทำให้ผู้อื่นมีความสุข เมื่อเราได้ดูแลผู้ป่วยก็ต้องมีความยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีที่สุด ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยให้มากที่สุด ปรับแนวความคิดว่ามีโอกาสได้ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยได้ จะทำให้เกิดความกระตือรือร้นและเกิดความรู้สึกอยากทำให้และทำด้วยจิตวิญญาณที่อยากทำ ซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกดีและทำงานมีประสิทธิภาพ ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมเข้าถึงปัญหาผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดตาแล้ว เกิดความไม่ไว้วางใจ แพทย์ผู้ให้การรักษาจะไม่รับการรักษาต่อ จะฟ้องร้องโรงพยาบาล ในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้ได้เข้าหาและรับฟังผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือจนผู้ป่วยไว้วางใจและยอมรับการรักษาต่างๆ และรู้สึกดีกับเจ้าหน้าที่และโรงพยาบาลสามารถกลับบ้านด้วยความรู้สึกที่ดีมาตรวจตามนัดต่อเนื่องด้วยดี ซึ่งต่างจากวันแรกที่เข้ามาอนโรงพยาบาลอย่างสิ้นเชิง ทำให้พยาบาลเกิดความภูมิใจที่ได้ช่วยโรงพยาบาลและได้ช่วยผู้ป่วยให้พ้นทุกข์จากการคิดไม่ติดกับผู้อื่นได้ นั่นก็คือผลจากการทำงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้นั่นเอง

ในส่วนของพยาบาลที่ทำงานในระบบเจ้าของใช้นั้นจะต้องมีการปรับปรุงตัวเองได้ทั้งแนวคิด ความรู้ความสามารถ และด้านอารมณ์ พยาบาลที่อยู่ในระบบนี้จะมีความยินดีที่จะได้รับผู้ป่วยของตัวเอง วางแผนการพยาบาลได้ดีและมีการพัฒนาตนเองด้านการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ พยาบาลจะมีความสุขและยินดีที่จะทำให้ผู้ป่วยของตนเอง แม้จะต้องสละเวลาในการส่งเวรเช้ากว่าปกติ และยินดีให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วมีปัญหาโทรกลับมาได้ตลอดเวลา ระบบพยาบาลเจ้าของใช้ทำให้พยาบาลที่ทำงานในระบบนี้มีความสุขในการทำงานสามารถแผ่แผ่ความสุขให้ผู้ป่วยได้ ดูแลผู้ป่วยด้วยใจ ให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดูแลตัวเองได้เมื่อกลับบ้าน พึงพอใจในบริการที่ได้รับ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขทั้งผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

2) ระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Nursing Practice) ระบบนี้มีไว้สำหรับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนเกินกว่าพยาบาลทั่วไปจะดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลในระดับ ตติยภูมิ มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญและมีเทคโนโลยีมากมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอาทิผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ตระหนักในความสำคัญ และได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice nurse: APN) ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขาขึ้น โดย APN จะมีความรู้ทั้งจากทฤษฎีทางการพยาบาลและจากศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องรวมทั้งความสามารถในการใช้ผลงานวิจัย เข้ามาช่วยพัฒนาการดูแลในผู้ป่วย กลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น

ในกรณีตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กมะเร็ง การดูแลไม่เพียงแต่คำนึงถึงเด็กป่วยเท่านั้นแต่ยังคงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กป่วยโดยเฉพาะบิดามารดาที่มีความเจ็บปวดและเศร้าโศกเสียใจ เพราะคำว่า "มะเร็ง" เปรียบเสมือนฝันร้ายที่สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นในบทบาท APN นอกจากจะต้องเริ่มเข้าไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในคลินิกตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคแล้วการสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการจัดการกับปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็วจึงมีความสำคัญ การเปิดโอกาสให้ทุกครอบครัวสามารถติดต่อกับ APN ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ในกรณีที่เกิดปัญหาแล้วต้องการคำชี้แนะ การช่วยแนะนำแหล่งประโยชน์และช่วยประสานแนะนำ ชี้แจงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อครอบครัวไปถึงแหล่งประโยชน์นั้น การช่วยตัดสินใจเมื่อเวลาที่ครอบครัวควรจะต้องรับพาเด็กป่วยมาโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว

ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน ที่ผสมผสานความรู้ทางวิชาชีพพร้อมกับการดูแลด้วยหัวใจ เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการทำงานในลักษณะนี้ในบทบาทของ APN นอกจากจะทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแล้วยังก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและปิติสุขที่มีโอกาสได้ใช้วิชาชีพช่วยเหลือผู้ที่กำลังอยู่ในความทุกข์ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตในแต่ละช่วงไปได้

3) ระบบการดูแลต่อเนื่องไปที่บ้าน (Continuity Care/ Home Health Care) จากการที่ได้เข้ามารับบทบาทหน้าที่ตั้งแต่เริ่มมีหน่วยงานนี้จนถึงปัจจุบัน นับวันเวลามากกว่าสี่สิบเจ็ดปีแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้น



ในความรู้สึกเสมอ คือความรู้สึกภูมิใจ และเป็นสุขทุกครั้งเมื่อได้พูดถึงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน หรือได้ช่วยเหลือดูแลคนไข้ และครอบครัวของเขาให้เปลี่ยนความรู้สึกที่แย่ ๆ ที่จะต้องต่อสู้ ต่อรองกับหมอ พยาบาล เพื่อให้คนไข้ อยู่โรงพยาบาลต่อ มาเป็นความรู้สึกเต็มใจและเตรียมความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน และสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง และปรับใจตนเองเพื่อเผชิญกับการดูแลต่าง ๆ มากมาย เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยหนัก ๆ บางคนบอกว่า จะพยายามดูแลคนไข้ด้วยตนเองให้ดีที่สุด ทั้งดูแลเสมหะ ทั้งให้อาหารทางสายให้อาหาร เพราะไม่อยากให้คนต้องมาอยู่โรงพยาบาล โดยไม่จำเป็น เพราะคิดว่าตนเองดูแลได้ดีมากกว่าทางโรงพยาบาล และมีพวกเราเป็นที่ปรึกษาตลอดเวลา ทั้งติดตามดูแลที่บ้าน และยังให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

ได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และจัดให้ญาติผู้ดูแลมีการพบปะแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลายๆ คน ทั้ง ที่เป็นญาติ และไม่เป็นญาติ ได้พูดถึง ความรู้สึกที่ดี ๆ และประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และความใส่ใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ยิ่งกว่านั้น นักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายที่ได้เข้ามาเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ได้บอกถึงความรู้สึก เข้าใจผู้ป่วยและญาติมากขึ้น และเรียนรู้เบื้องหลังของชีวิตแต่ละคนที่เป็นผู้ป่วย หลังจากที่ได้คลุกคลีในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาตั้งแต่โรงพยาบาลไปถึงบ้านของผู้ป่วย ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ และจากที่ ๆ พยาบาลที่เป็นตัวอย่าง ได้ความชัดเจนของคำว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จริง ๆ และภูมิใจอย่างมากและศรัทธาในวิชาชีพพยาบาล แม้ว่าตนเองยังไม่จบอย่างสมบูรณ์

4) กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group/ Support Group) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้นแบบในการพัฒนาให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยขึ้น ซึ่งเริ่มมาจากการรวมตัวของผู้ป่วยโรคเดียวกันภายหลังการผ่าตัดสามารถปรับตัวให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแสวงหาความปรารถนาดีที่จะช่วยผู้ป่วยรายใหม่ตั้งแต่เริ่มแรกของการวินิจฉัยโรค ให้รับรู้ทั้งความรู้สึกเดียวกัน ตั้งแต่ก่อนการรักษา การตัดสินใจรับการรักษา ตระหนักถึงคุณภาพชีวิตและภาพลักษณ์ที่ยอมรับได้ภายหลังรับการรักษาโดยพยาบาลช่วยเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลของการรักษาที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี และประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลรักษา ตลอดจนเน้นที่ปรึกษาดูแลสุขภาพ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณในทุกระยะ

ระบบการดูแลทั้งหมดดังกล่าวจะเชื่อมโยงและเชื่อมโยงซึ่งกันและกันในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการใช้องค์ความรู้ของวิชาชีพที่มุ่งเน้นคุณภาพความปลอดภัย ร่วมกับหัวใจที่พร้อมจะให้การดูแลแบบองค์รวม ที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย อันจะนำมาซึ่งสุขภาวะ ความพึงพอใจ ความสุขใจ ทั้งของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

## B50 HA Update Special: ประเมินเพื่อพัฒนา หาใช่แค่เขียนกระดาษ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พนิตตา ภาคากิจ

รพ.พระรามเก้า

อภากร สุปัญญา

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การประเมินตนเองมีเป้าหมายเพื่อการหาโอกาสพัฒนาคุณภาพ เป็นคำพูดที่ได้ยินซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเริ่มจะซาซิ้นและตายด้าน มาฟังประสบการณ์ของการใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนา ว่าทำอย่างไร มาฟังข้อเสนอแนะง่ายๆ ในการใช้มาตรฐาน ที่เข้าไปสู่การปฏิบัติในงานจริง การดูแลผู้ป่วยที่ซำงเตียงจริง การต่อเชื่อมไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างงำยๆ การต่อเชื่อมไปสู่การประเมินที่เป็นระบบหรือ แม้แต่การทำงานวิจัยประเมินผล

มาฟังข้อเสนอแนะว่าจะแก้ปัญหายำขมในการจัดทำเอกสารการประเมินตนเองอย่างไร ควรจะให้จุดเน้นที่ตรงไหน

ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมใน “HA Update 2007: Update 4 การประเมินตนเอง”

บทคัดย่อและบทความประกอบการประชุม  
วันที่ 16 มีนาคม 2550





# C10 จากจ๊อบจี้สู่แผ่นดินสยาม

นพ.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล  
 นางลักษณะณ์ วรรักษ์ธนานันท์  
 นพ.พิเชษฐ บัญญัติ  
 นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์  
 ผุสดี บัวทอง

ผอ.รพ.บ้านเหลื่อม  
 รพ.ตาคลี  
 ผอ.รพ.บ้านตาก  
 รพ.มหาราชนครราชสีมา  
 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ได้ฟังคุณหมออำพลเล่าแล้วว่าที่มูลนิธิพุทธจ๊อบจี้ ได้หวั่น มีแนวคิดและวิธีการทำงานโดยใช้หลัก  
 ธรรมะเป็นตัวตั้งอย่างไร

คราวนี้ลองมาฟังผู้ปฏิบัติในพื้นที่ว่า หลังจากที่ตามรอยคุณหมออำพลไปดูงานที่ได้หวั่นแล้ว  
 พวกเขามองเห็นแง่มุมอะไร และกำลังทำอะไรกันอยู่ ทั้งที่ริเริ่มมาแต่เดิม และที่ริเริ่มขึ้นใหม่

## C11 4 Learns : Learn to Learn, Learn to Share, Learn to Engage, Learn to Innovate

น.ท.ปดินทร์ วิจารณ์

มนุษย์เกิดมาเพื่อเรียนรู้ แต่การเรียนรู้ที่เราคุ้นเคยกลายเป็นกรอบที่จำกัดแคบๆ เราจึงต้องมาทำความเข้าใจเรื่องเรียนรู้กันใหม่

การเรียนรู้ที่แท้จริงจะต้องนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรม

เรียนรู้ที่จะเรียน ทำอย่างไรจึงจะเรียนเป็น

เรียนรู้ที่จะแลกเปลี่ยน แลกเปลี่ยนอย่างไรจึงจะได้ผล

เรียนรู้ที่จะผูกพัน ความผูกพันคือความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล เป็นแนวคิดสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลยุคปัจจุบัน

เรียนรู้ที่จะสร้างนวัตกรรม ทำอย่างไรจะออกแบบผลผลิตและบริการที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของงานที่ดีขึ้นอย่างก้าวกระโดด

## C12 สนทนาสนทนา เพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน

กุลวดี ปัทมตานนท์, ประภา รัตนเมธานนท์, ขวัญใจ เหมือนเทศ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลดาวัลย์ รวมเมฆ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ก่อนจะเป็นสนทนาสนทนา (Dialogue)

พยาบาลได้รับการปลุกฝังว่า คือ “ผู้ให้” ให้การดูแลผู้ให้บริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุม กาย-จิต-สังคมและวิญญาณ ให้ความรู้/ข้อมูล ข้อเสนอแนะและเป็นผู้ปกป้องผู้ให้บริการ เพื่อสภาวะที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเพื่อคุณภาพชีวิตตนเองและประชาชาติ

ในสถานบริการสุขภาพ การให้ความรู้จะเป็นรูปแบบและแบบแผนที่ทีมงานที่ให้บริการ สุขภาพกำหนดไว้แล้วว่า ผู้ให้บริการควรจะต้องรู้และเข้าใจเรื่องอะไรบ้าง ข้อมูลการให้ความรู้และคำแนะนำในแผนพับ ภาพพลิก วิดีทัศน์ จะเป็นข้อมูลที่ผู้ให้บริการกำหนดว่า ผู้ให้บริการควรจะต้องรับรู้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ แม้แต่การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งผู้ให้บริการจะมีโอกาสพูด บอกเล่า สอบถาม ระบายสิ่งที่ข้องใจ ฯลฯ ได้น้อยมาก จากสาเหตุหลายๆ ประการ ได้แก่ เวลาในการให้บริการมีความจำกัด ผู้ให้บริการมีจำนวนมาก ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีจำนวนน้อย (จำกัด) มีภาระงานที่แพทย์และพยาบาลต้องปฏิบัตินอกเหนือจากการให้บริการด้านการดูแลรักษา/ให้คำแนะนำ/ให้ข้อมูล ฯลฯ ผู้ให้บริการจึงมีหน้าที่ในการ “ให้” โดยที่จะมีเวลารับ “ฟัง” ได้น้อยมาก พฤติกรรมของผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับอื่นจึงเป็นการให้จริงๆ ตามบทบาทหน้าที่ พฤติกรรมในการ “ฟัง” เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นน้อยในกลุ่มผู้ให้บริการ พฤติกรรมการ “พูด” “บอก” “เน้นย้ำ” จึงเป็นวัฒนธรรมของผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จนมีเรื่องเล่าขานขึ้นที่เกิดจากการที่ “บอก” ผู้ให้บริการโดยไม่ได้สอบถาม “ความต้องการ” “ความจำกัด” “ความเข้าใจ” ของผู้ให้บริการให้ได้ยินอยู่บ่อยๆ

การที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ “ให้” แน่นนอนว่าเป็นเรื่องที่ถูกต้อง แต่การที่ “ให้” โดยมิได้ประเมินว่า “ผู้รับ” มีพื้นฐานความจำกัดหรือมีความต้องการอย่างไร การให้ดังกล่าวจึงเกิดประโยชน์ได้น้อย น้อยมาก หรือสูญเปล่า ดังนั้น ถ้าผู้ที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการจะเป็นผู้ที่รับฟัง เพื่อวิเคราะห์/ประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการก่อนที่บอก/ให้คำแนะนำ/ให้ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่เหมาะสม/ตอบสนองตามความต้องการที่จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างเกิดประสิทธิผล และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

แล้วถ้าจะทำให้ผู้ให้เป็นผู้รับ (ฟัง) และผู้รับ (ฟัง) เป็นผู้บอก (ให้ข้อมูลความต้องการ/คำถาม/ความจำเป็น/ความจำกัด/ข้อคิดเห็น) น่าจะช่วยให้หลักการของการดูแลผู้ให้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) แบบองค์รวมบรรลุเป้าหมายเกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้รายใหม่ (ผู้ให้บริการ) คงจะมีความสุข ที่มีผู้รับฟังและเข้าใจข้อจำกัด ปัญหาและความจำเป็นของตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับรายใหม่ (ผู้ให้บริการ) ก็เข้าใจเหตุผล ความต้องการ ความจำกัดของ

ผู้ให้บริการ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และประเมินแนวทาง รูปแบบวิธีการที่จะวางแผนดำเนินการและดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับผู้ให้บริการเป็นแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะโรคและรายบุคคล ซึ่งเป็นเป้าหมายของงานบริการรักษาพยาบาล และเกิดความสุจริตงานบรรลุเป้าหมาย

ประเด็นการที่ยึดบทบาทเป็นผู้ให้จนเป็นวัฒนธรรมดังกล่าว นอกจากจะมีผลต่อผู้ให้บริการแล้วยังมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานด้วย ความเคยชินต่อการเป็นผู้ให้ทำให้เป็นปัญหาในการประชุมกลุ่ม หรือการทำงานเป็นทีม ผู้ให้เหล่านี้ก็จะยึดบทบาทในการให้ (พูด) ข้อมูล ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของตนเองเป็นหลัก มักไม่ค่อยให้ออกาสคนอื่นหรือรับ (ฟัง) ข้อมูลของคนในทีมเท่าที่ควร จึงมีคำถามเกิดขึ้นว่า ถ้าผู้ที่ให้บริการจะรับฟังผู้ให้บริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่เหมาะสมและตอบสนองผู้ให้บริการเป็นรายบุคคลผู้ให้บริการเหล่านั้นต้องปรับพฤติกรรมตนเองให้เป็นผู้รับ (ฟัง) ก่อน การรับ (ฟัง) นั้นคงจะต้องรับด้วยความสนใจ ตั้งใจและใส่ใจ เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับนำไปสู่การดำเนินการ

การที่จะปรับพฤติกรรมผู้ให้บริการคงจะต้องใช้วิธีการและเครื่องมือที่เหมาะสม ควรจะเริ่มที่บุคคลหรือหน่วยงานก่อน ถ้าฟังอย่างมีวินัย (ตั้งใจ สนใจ ใส่ใจ) นำไปสู่การคิด (อย่างมีระบบ) วิเคราะห์สังเคราะห์ ก็จะนำไปสู่การพูด (บอก) อย่างเหมาะสม dialogue น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับบริบทของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่จะช่วยให้คนของเราฟัง คิด และพูดอย่างมีวินัย นำไปสู่การให้ (บริการ) ที่เกิดประโยชน์ และเกิดประสิทธิผลต่อผู้ให้บริการ

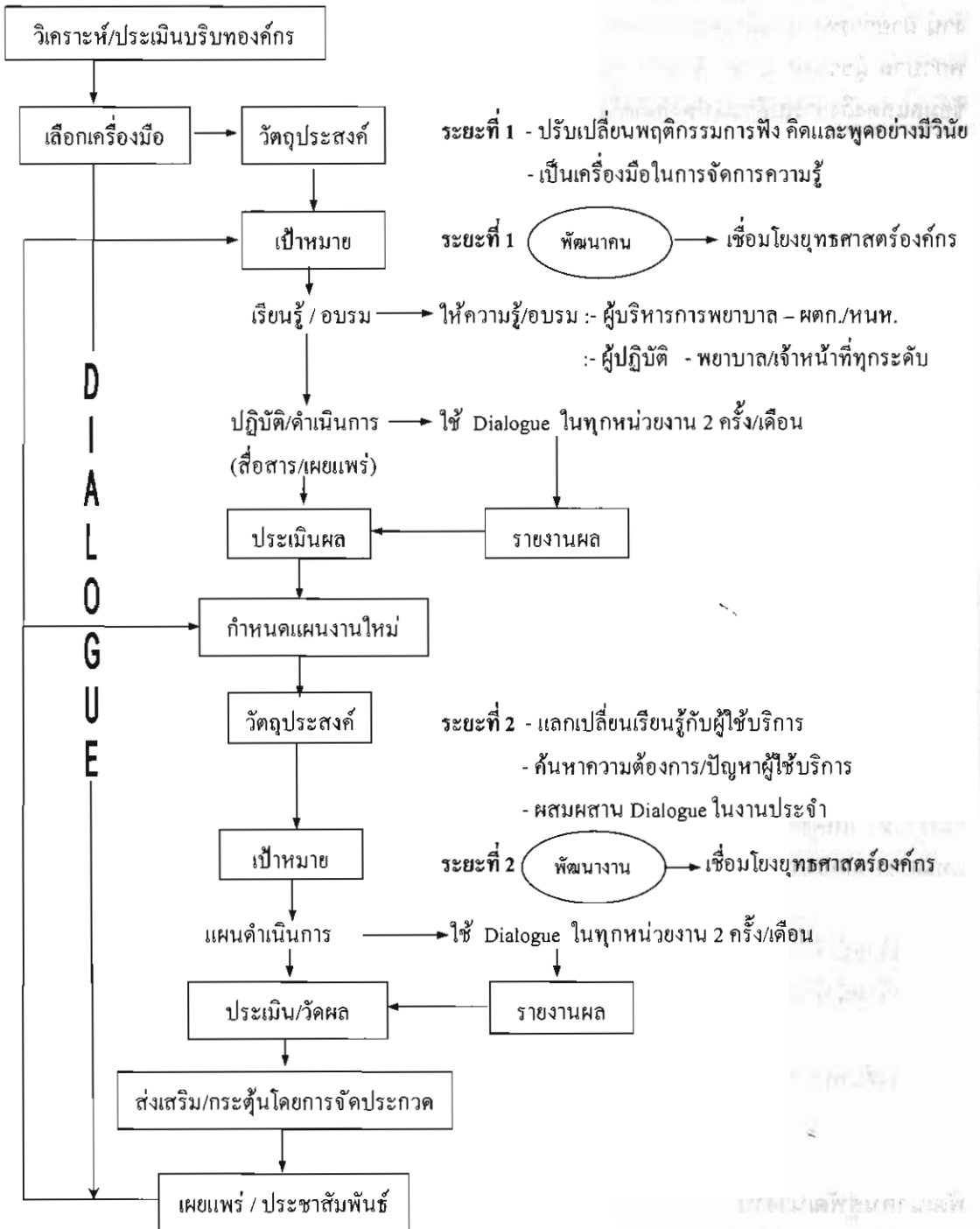
### ความหมายของ Dialogue

Bohm D. (1996) ได้ให้ความหมายของ Dialogue โดยอธิบายถึงที่มาของคำว่า "Dialogue" ว่า มีที่มาจากภาษากรีกว่า Dialogos โดยที่ Logos หมายถึง "ถ้อยคำ (The word)" หรือความหมายของถ้อยคำ (Meaning of the word) และ Dia หมายถึง "Through - การไหลผ่าน" ดังนั้น การ Dialogue จึงหมายถึงการไหลของกระแสแห่งความหมาย (Stream of meaning) โดยที่ไหลผ่านตัวพวกเราไป และไหลไปมาระหว่างพวกเรา เมื่อเกิดการไหลเวียนของความหมาย จึงปรากฏความเข้าใจใหม่ และมีบางสิ่งเกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งมีการแบ่งปันความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ความหมายกันภายในกลุ่ม (มนต์ชัย พิณจิตรสมุทร, 2548)

Dialogue ในภาษาไทยเรียกได้หลายคำ เช่น การสนทนาอย่างมีคุณภาพ ดุลยภาพสนทนา สุนทรียสนทนา ในที่นี้ขอใช้คำว่า "สุนทรียสนทนา" เพราะเป็นการสนทนาที่ลื่นไหล ไม่มีใครเบรก ไม่มีใครขัดคอหรือโต้แย้ง เป็นการที่ได้มีโอกาสพูดเพื่อบอกคนอื่นในสิ่งที่เรารู้ เข้าใจ คิด หวัง ฯลฯ โดยที่คนรอบข้างจะฟังอย่างตั้งใจ สนใจ จึงเป็นการพูดที่มีความสุข (สุนทรีย)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กำหนดแผนการใช้ dialogue เป็นเครื่องมือการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคนและพัฒนางาน ดังนี้

แผนการใช้ Dialogue เพื่อพัฒนาบริการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



16 มีนาคม 2550



## สุนทรียสนทนาเพื่อพัฒนาคน

ภายหลังจากได้ให้ความรู้เกี่ยวกับ dialogue และเสริมทักษะด้วยการปฏิบัติให้บุคลากรในหน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบุคคลทุกตำแหน่งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล ลูกจ้าง (คนงาน) และเวรเปล ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้ให้ข้อมูลแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังนี้

พยาบาล ก	"ครั้งแรกคิดว่า dialogue เป็นการประชุมแบบระดมความคิด เสร็จแล้วเลิกจางหายไป จึงไม่ค่อยสนใจเท่าไร หัวหน้าบอกให้เข้า dialogue ก็ไม่คาดหวัง แต่เมื่อทำไประยะหนึ่งรู้สึกแปลกใจ มีการฟังเราด้วย ทั้งๆ ที่เมื่อก่อนไม่เคยได้มีโอกาสพูด"
ผู้ช่วยพยาบาล ข	"การทำ Dialogue เป็นสิ่งดีที่ทำให้รู้ว่าคนอื่นก็มีวิธีการทำงานที่ทำงานดีขึ้น แม้กระทั่งคนงานก็เสนอความเห็นที่ดีๆ"
ลูกจ้างประจำ ท (คนงาน)	"มีประโยชน์ คือได้ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ได้พูด ได้ทำ ได้แลกเปลี่ยนคิด แลกกันทำ จะได้ไม่เครียด"
พนักงานเปล ด	"เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เสนอความคิด การฟังและการไตร่ตรองอย่างมีสติ เรียกว่า การพัฒนาความคิดทำให้เกิดปัญญา ปัญหาจะค่อยๆ หมดไป หรือเหลือน้อยลง จะทำอะไรก็ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ความร้อนแรงทางอารมณ์จะไม่มีหรือมีแต่เบาลง หน่วยงานต่างๆ ก็ จะเจริญขึ้นอย่างมีคุณภาพ"

บุคลากรฝ่ายการพยาบาลข ได้มีโอกาสนำ dialogue ไปดำเนินการให้กับสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาความเสี่ยง และหาแนวทางป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำในการทำ RCA แทนการทำ RCA แบบเดิมที่ใช้ tree diagram บุคลากรที่เข้าร่วม dialogue ดังกล่าวให้ข้อคิดเห็นดังนี้

เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค ต	"ทำให้มองเห็นสาเหตุของการเกิดปัญหาในหลายๆ ด้าน"
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ บ	"ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับศาสตร์ต่างๆ ที่เข้ามามีบทบาทในงานของตัวเอง"
รังสีแพทย์ ป	"มีความเชื่อมโยงระหว่างศาสตร์ต่างๆ และปฏิบัติได้ไปในแนวทางเดียวกัน"

## พัฒนาคนสู่พัฒนางาน

เมื่อบุคลากรในทีมงานมีโอกาสพูด เพื่อบอกสิ่งที่เขาคิด เขาหวังและเขารู้ เป็นการสร้างบรรยากาศในงานที่อบอุ่น แผนการพัฒนางานโดยใช้ dialogue เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติเพื่อปรับปรุงและพัฒนา

บริการที่กำหนดเป็นแผนระยะที่ 2 จึงไม่ใช่เรื่องยาก

นี่เป็นตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนางานโดย dialogue

ตั้งแต่หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (CCU) ใช้ระบบ Fast Track ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Ac. STEMI) สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลสั้นลง LOS ลดลงจากเดิม 5 - 7 วัน เหลือเพียง 2 - 3 วัน ซึ่งช่วง 2 - 3 วันนี้ เป็นโอกาสของทีมนสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นช่วงเวลาที่จะให้ความรู้ คำแนะนำในทุกๆ ด้านทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (ตามเป้าหมายของทีมสุขภาพ) ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการสอนตามแผนและรูปแบบที่กำหนดไว้ของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ก้มหน้าก้มตารับคำแนะนำโดยไม่กล้าที่จะถามหรือบอกร้องจำกัด แล้วผลการติดตามผู้ป่วยนี้ออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเองได้ ทีมสหสาขาได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดแผนที่จะใช้ dialogue ในการประเมิน ค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อปรับรูปแบบ วิธีการ และข้อมูลที่จะให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสมกับบริบทเป็นรายบุคคล

ภายหลังการใช้ dialogue เป็นเครื่องมือในการดำเนินการร่วมกันของทีมสหสาขา อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนากร ฯลฯ ผู้ป่วยและญาติ ในประเด็น "เราต่างทำอะไรเพื่อผู้ป่วยโรคหัวใจ" เป็นการเปิดโอกาสและให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ ความจำกัดที่อยู่กันเบื้องหัวใจ และเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สิ่งทีทีมงานได้ประสบและรับรู้คือความเอื้ออาทรของครอบครัวและญาติพี่น้องที่พร้อมจะช่วยกันดูแลผู้ป่วย เพื่อคืนหัวใจที่เป็นสุขให้กับผู้ที่เป็นที่รัก

## บทส่งท้าย

วัฒนธรรมเริ่มเปลี่ยน	คำร้องเรียนเริ่มจางหาย
ความพึงพอใจที่ไขปัญหา	สหสาขาอ้าแขนรับ
PCT เริ่มขยับใช้	สุนทรีย์สนทนาคนพอใจ
สร้างความร่วมมือของทีมงาน	ผสมผสานสู่การปฏิบัติ
แนวซ์ดการพัฒนากเกิด	สู่บริการเป็นเลิศด้วยหัวใจ

## C13 Outcome-base Nursing Practice : การพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติที่เน้นผลลัพธ์

รศ.ฉวีวรรณ ธงชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.ดร.ศิริอร สีนฤ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา องค์กรด้านสุขภาพได้มีความพยายามอย่างยิ่งที่จะพัฒนาคุณภาพการให้บริการโดยการเพิ่มพูนประสิทธิภาพการบริการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ ในยุคระบบสุขภาพใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแนวคิดและรูปแบบของการบริการ การขยายตัวด้านปริมาณและโครงสร้างขององค์กรด้านสุขภาพ ซึ่งต่างมุ่งสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ทำให้หน่วยงานและสถาบันสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ และมีการตรวจสอบคุณภาพการบริการ อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพถือเป็นหัวใจของการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามหลังเหตุการณ์หรือกระบวนการ ผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพ ก็คือผลที่เกิดจากการปฏิบัติการดูแล เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง การตอบสนองหรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึก และสถานะทางสุขภาพ ซึ่งในบางครั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลก็ไม่สามารถจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากผลลัพธ์ทางการพยาบาลอาจถูกหลอมรวมอยู่ในผลลัพธ์ของการบริการของทีมสุขภาพทั้งหมด เช่น อัตรารอดชีวิต อัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นต้น

### ความจำเป็นของการปฏิบัติที่เน้นผลลัพธ์

แรงผลักดันที่ทำให้เกิดการปฏิบัติที่เน้นผลลัพธ์คือ สถานการณ์ในระบบสุขภาพซึ่งมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ทำให้ประชาชนคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของเงินที่จ่ายไป ผู้ใช้บริการเรียกร้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น องค์กรมีการกำหนดนโยบายที่เน้นความสามารถในการรับผิดชอบทางวิชาชีพ (professional accountability) สถานบริการมีการแข่งขันกันในด้านคุณภาพบริการ เน้นการควบคุมคุณภาพของบริการและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ตลอดจนความคุ้มค่าคุ้มทุน สิ่งเหล่านี้ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของ



ระบบสุขภาพใหม่ คือ ภาวะสุขภาพของประชาชนภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ลดลง โดยมีบริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยไม่จำกัดสถานที่หรือหน่วย บริการ การปฏิบัติการพยาบาลต้องตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ มีต้นทุนต่ำ มีความคุ้มค่าและคุ้มค่า และเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ

### ความสำคัญของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่ใช้เป็นหลักฐานยืนยันซึ่งสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำโดยพยาบาล หรือเกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการระบุผลลัพธ์ทุกครั้ง เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้จากการพยาบาลเป็นผลสัมฤทธิ์หรือสิ่งที่คาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผลลัพธ์จะทำให้ผู้ให้การพยาบาลได้รับทราบถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการปฏิบัติ การได้รับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ หมายถึงการมีคุณภาพ ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นการประเมินผลวิธีการพยาบาล ในรูปแบบต่างๆ สามารถใช้ในการเปรียบเทียบวิธีการพยาบาลเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลยังสามารถอธิบายผลกระทบของการพยาบาลที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ต่อองค์กรหรือหน่วยงานได้ ทำให้หน่วยงานทราบแนวทางว่าควรปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในเรื่องใดบ้าง อีกทั้งสามารถยืนยันได้ถึงความเป็นวิชาชีพ เนื่องจากเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากการปฏิบัติการพยาบาล นำไปสู่การตรวจสอบความรับผิดชอบของวิชาชีพ (Professional accountability) ได้ในที่สุด

### กระบวนการประเมินผลลัพธ์

กระบวนการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลประกอบด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้

1. การระบุหรือกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการจะวัด (identifying the patient outcome)
2. กำหนดทีมเพื่อทำหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ (building the team)
3. การเลือกเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (selecting an instrument)
4. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามที่ได้กำหนดไว้ (measuring the patient outcome)
5. การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing the data)
6. การสรุปผลที่พบและการจัดทำรายงานการประเมินผลลัพธ์ (summarizing the findings)
7. การประยุกต์ผลที่ได้ไปสู่การปฏิบัติหรือการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (applying the findings to practice)
8. การวางแผนการประเมินผลลัพธ์ครั้งต่อไป (planning future patient outcomes projects)

### ประเด็นและความท้าทายเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เน้นผลลัพธ์

1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลมีมากน้อยเพียงใด



2. การปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันได้มีการคำนึงถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากขึ้นน้อยเพียงใด
3. จะมีแนวทางดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบได้อย่างไร
4. จะเลือกเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างไร
5. พยาบาลจะมีการพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติของการเป็น outcome manager ได้อย่างไร
6. รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศควรเป็นอย่างไร และพยาบาลจะมีโอกาสปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศมากขึ้นน้อยเพียงใด
7. จะส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างไร

### แหล่งอ้างอิง

- Ingersoll, McIntosh, & Williams ( 2000). Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1272-1281.
- Jennings. B.M. (1991) Patient outcome research: Seizing the opportunity . *Advanced in Nursing Science*, 14, 59-72.
- Marek, K.D. (1989). Outcome Measurement in Nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4 (1), 1-9.
- Nolan, M. T., & Mock, V. (2000) *Measuring patient outcomes*. Thousand Oaks: Sage Publication.

## C14 ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ผศ. ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
จากรุวรรณ กองแก้ว	โรงพยาบาลศิริราช
ฐิติยา แก้วสมบูรณ์	โรงพยาบาลศิริราช
ร.อ.หญิง ทศนีย์ เดือนจันทร์ฉาย	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### ความเป็นมา

ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam D.,2000:261) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรมที่เชื่อมต่อกับทักษะทางสังคม และมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Nutbeam D. & Kickbusch I.,2000:1) ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามคำจำกัดความที่ อีโลน่า คิคบุสซ์ ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา และการติดต่อสื่อสาร ขององค์การอนามัยโลก ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาติา ตั้งทางธรรม ได้แปล ความหมายของความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง การบรรลุผลในหลายมิติ ซึ่งในกฎบัตรออกตาวา เรียกว่า "การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล" ในด้านข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องสุขภาพ การเข้าใจองค์ประกอบทางสังคม ทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill) ทักษะการดูแลตนเอง การเกิดทักษะการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนการเปลี่ยนแปลง การยอมรับปัญหาแบบเพื่อในโชคชะตาไปเป็นการนำความรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ (อีโลน่า คิคบุสซ์ ใน ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาติา ตั้งทางธรรม, 2541 :36-37)

### คำจำกัดความของความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้นิยาม Health literacy ซึ่ง พิสมัย จันทวิมล แปลจากนิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกฉบับแก้ไขปรับปรุงเมื่อ ปี ค.ศ. 1998 โดยให้คำนิยามของ Health literacy หมายถึง ความแตกต่างด้านสุขภาพ ความแตกต่างด้านสุขภาพคือ ทักษะต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในเรื่อง หรือ วิธีการต่างๆ เพื่อตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรม หรือใช้บริการ เพื่อการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนให้ได้อยู่เสมอ ความแตกต่างด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้อำนาจ แก่ประชาชน โดยการช่วยให้ประชาชน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เรียนรู้อย่างเข้าใจถึงระดับที่สามารถใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (ปฏิธาน หล่อเลิศวิทย์,2541:23-24)

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association ได้ให้นิยาม ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่า เป็นกลุ่มของทักษะ รวมถึงพื้นฐานการอ่าน การคำนวณ บทบาทหน้าที่ในการดูแลสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ (Ad Hoc Committee on Health Literacy 1999:553)

The Center for Health Care Strategies Inc. นิยาม Health literacy ว่าเป็นความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และ เกิดพฤติกรรมการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Center for health care Strategies Inc., 2000 อ้างใน Ilona S. Kickbusch, 2001:293)

The US Healthy People 2010 นิยาม Health literacy ว่าเป็นความสามารถในการตีความ ทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และ ด้านระบบบริการ ความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสาร ในการตัดสินใจทำพฤติกรรมและใช้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ (USDHHS, 2000 อ้างใน Ilona S. Kickbusch, 2001:293)

Zarcadoolas C., Pleasant A., & Greer D.S. (2005:96-97) ได้นิยามความแตกต่างด้านสุขภาพหมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคล ในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข และนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต

### ความสำคัญของความแตกต่างด้านสุขภาพ

ความแตกต่างด้านสุขภาพ มีความสำคัญมากโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพทั้งนี้เพราะ ผู้ให้บริการมักจะให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาเขียนมากกว่าภาษาพูด เพราะต้องการประหยัดเวลา หากเป็นการพูด ผู้ให้บริการมักพูดเร็วเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา และเท่าทันกับจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมากจึงจำเป็นต้องเร่งรีบซึ่งเมื่อต้องสื่อสารด้วยภาษาพูด ด้วยเนื้อหาด้านการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นในยุคปัจจุบัน และด้วยภาษาท่าทางที่อาจทำให้ผู้รับบริการไม่กล้าถามกรณีไม่เข้าใจ หรือไม่สามารถตั้งคำถามได้เพราะปัจจัยทางวัฒนธรรม ค่านิยม นอกจากนี้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ความสามารถในการรับข้อมูลเสื่อมลงหรือถดถอย ทำให้การย่อยข้อมูล หรือทำความเข้าใจในข้อมูลถูกจำกัดไปอีก ดังนั้น จึงเกิดความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยได้ ผลตามมาหรือผลข้างเคียงที่รายงานในงานวิจัยเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ ได้แก่ การนำไปปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง การเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผลการรักษาลดลง ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยเกิดความเครียด หรือซึมเศร้า หรืออาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการรักษา หรือไม่มาตรวจตามนัด

### รูปแบบของ Health literacy

แนวคิดทางวิชาการของความแตกต่างด้านสุขภาพ Don Nutbeam ได้แบ่งระดับ ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health literacy) ออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (Nutbeam , 2000:263-265)

1. ความแตกต่างระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (Basic/Functional health literacy)
2. ความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)
3. ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (Critical health literacy)

ระดับ 1 ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (Basic/Functional health literacy)

ทักษะขั้นพื้นฐานในการอ่าน เขียนอย่างเพียงพอ ต่อบทบาทในสถานการณ์ประจำวัน เป็นความหมายโดยรวมของความแตกต่างด้านสุขภาพ

ความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่สะท้อนรูปแบบสุขภาพศึกษาแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (health risk) การเลือกใช้ บริการสุขภาพ โดยเป้าหมายเป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ (health services) การดำเนินกิจกรรม ผลของกิจกรรมจะก่อประโยชน์ในระดับบุคคล ตัวอย่างรูปแบบที่ นำมาใช้ได้แก่ แผ่นพับ (leaflets) การให้สุขภาพศึกษาแบบดั้งเดิมที่เน้นพฤติกรรมและนิสัย (traditional patient education)

**ระดับ 2 ความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)**

ส่งเสริมพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ทักษะการรู้หนังสือ (literacy skill) ทักษะทาง สังคม (social skill) โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (actively participate) นำข้อมูลที่ได้รับไป ประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เน้นการพัฒนา ทักษะส่วนบุคคล (development of personal skills) ผลของกิจกรรมมุ่งประโยชน์ในระดับบุคคล รูปแบบกิจกรรมเป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ ทักษะทางสังคม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioural outcome)

**ระดับ 3 ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (Critical health literacy)**

ส่งเสริมพฤติกรรมด้าน พุทธิปัญญา (Cognitive) ทักษะทางสังคม (Social skill) สามารถวิเคราะห์ วิพากษ์ข้อมูล และนำข้อมูลที่ ผ่านการวิเคราะห์ วิพากษ์ ไปประยุกต์หรือควบคุมจัดการเหตุการณ์/สถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (Critical health literacy) สะท้อนพฤติกรรมด้านพุทธิ ปัญญา (Cognitive) และทักษะ การพัฒนาด้านผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งเป็นการหันกลับมาให้การ สนับสนุนด้านสังคม การเมือง พร้อมกับการปฏิบัติในระดับบุคคล (individual action) ความแตกต่าง ด้านสุขภาพระดับวิพากษ์เป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของประชาชน สังคม ไปพร้อมกับประโยชน์ของบุคคล

ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นการให้อำนาจแก่ผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและใช้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การนำแนวคิดไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการมิได้ตั้งแต่การทำแบบง่าย ๆ ไปจนถึงการทำ ด้วยกระบวนการ PDSA ซึ่งจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือในการจำแนก และในการวัดระดับความแตกต่าง ด้านสุขภาพ

แนวคิดง่าย ๆ ของการสร้าง ความแตกต่างด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การใช้กลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อมโดยการสร้างบรรยากาศที่ถามได้ ยินดีตอบทุกคำถาม ไม่ว่าจะ เป็นคำถามที่ง่ายหรือยาก ไม่ใช่เรื่องน่าอาย เจ้าหน้าที่แสดงความพร้อมในการตอบคำถามให้เห็น แสดง ทำทางแบบยินดียินดีรับใช้ ยินดีให้ข้อมูล หรือที่เรารู้จักกันเคยกันในหัวข้อ Excellent Service Behavior นั้นเอง

2) การใช้ทักษะการสื่อสารด้วยวาจา ที่ซ้ำๆ เลือกคำพูดที่เข้าใจง่าย วางแผนการสื่อสารที่มี



ประเด็นสำคัญ ไม่มากไปในการพูดคุยแต่ละครั้ง อาจใช้เทคนิค ask me why นั่นคือ การให้ข้อมูลหลักคือ วันนี้ ปัญหาของฉันทืออะไร ฉันต้องทำอะไร การทำอย่างนั้นสำคัญกับฉันอย่างไร นอกจากนี้ยังสามารถใช้ทักษะการให้ผู้รับบริการแสดงให้ดู หรือ ทวนความให้เราฟังในการประเมินผลก่อนยุติบริการด้านการให้ข้อมูลก็ได้

3) การสร้างแบบฟอร์มที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ใช้คำพูดที่ง่าย สั้น เข้าใจตรงกัน

อนึ่ง การที่จะทำให้แน่ใจว่าจะเลือกใช้วิธีใดในการสร้างความแตกต่างด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการก่อน โดยวิธีการประเมินมีตั้งแต่เทคนิคง่ายๆ ไปจนถึงเทคนิคที่เป็นระบบ โดยใช้แบบสอบถาม

การวัดแบบง่ายๆ ก่อนการให้บริการสร้างการเรียนรู้ เพื่อประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพ เช่น การสังเกตเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้

- 1) มาพบแพทย์เมื่อป่วย หรือมีอาการหนักมากแล้ว
- 2) อธิบายไม่ได้ว่ากังวลใจเรื่องอะไร
- 3) แกล้งทำท่าว่าอ่านอยู่
- 4) บอกว่าวันนี้ลืมเอาแว่นมา
- 5) มีกระดาษม้วน พับ ในกระเป๋าอยู่หลายแผ่น
- 6) ขาดนัดหลายครั้ง
- 7) ไม่มาเมื่อนัดทางการแพทย์ หรือการวินิจฉัยพิเศษ
- 8) ไม่เคยถามทุกครั้งที่มีการให้ข้อมูล
- 9) อธิบายวิธีกินยาไม่ได้

การวัดที่เป็นระบบ : การสร้างเครื่องมือวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ

เนื่องจากความแตกต่างด้านสุขภาพ เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันไม่มีเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยความแตกต่างด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงต้องสร้างเครื่องมือสำหรับวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นในต่างประเทศ และศึกษาข้อมูลจากกลุ่มที่ต้องการทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งขั้นตอนการสร้างเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษากรอบระบบบริการของโรงพยาบาล เพื่อศึกษาว่าในการมารับบริการนั้นผู้ป่วยจะต้องติดต่อหน่วยงานใดบ้าง ในแต่ละจุดผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องใดบ้าง
- 2) ศึกษาจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลจำเป็นที่แพทย์ให้แก่ผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ และยังสามารถศึกษาคำพูดที่แพทย์ใช้ในการอธิบายแก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ได้ทราบปัญหาของผู้ป่วยจากประสบการณ์ของแพทย์
- 3) ศึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อศึกษาข้อมูลและวิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่
- 4) ศึกษาจากผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์และเจ้าหน้าที่แล้ว ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับเพียงใด และได้นำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการตัดสินใจอย่างไร

- 5) ศึกษาจาก ตำรา ต่างประเทศเพื่อศึกษาแนวทางการสร้างเครื่องมือ
- 6) ศึกษาจากเอกสาร คู่มือ แผ่นพับ หนังสือแสดงเจตจำนง (Informed consent) ข้อมูลการนัดหมาย

หลังจากได้ข้อมูลจากกลุ่มต่าง ๆ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาสร้างเป็นโครงสร้างของแบบสอบถาม รวมทั้งแนวทางในการตั้งข้อความ ซึ่งมีรายละเอียด หรือชนิด ของแบบวัดความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่

### แบบวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ

ประกอบด้วยแบบวัด 2 ชนิด คือ แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว และแบบประเมินความเข้าใจ

1. **แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว** โดยดัดแปลงจาก Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (The REALM Test) ของ Terry Davis, Michael Crouch and Sandy Long แล้วนำคำศัพท์พื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคนี้ๆหรือทำหัตถการต่างๆที่พบบ่อย โดยเลือกจากแหล่งต่างๆ คือ หนังสือ แผ่นพับ เอกสารประกอบการเตรียมตัวเจาะตับ ไบรด์ หนังสือแสดงเจตจำนง สำหรับการเจาะชิ้นเนื้อตับ เป็นต้น โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ดังนี้

1. บันทึกรายการคำ ที่พบในสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร คู่มือ แผ่นพับ ที่ผู้ป่วยได้รับ
2. นำบันทึกรายการคำที่ได้มาคัดเลือกให้เหลือเพียง 66 คำ โดยพิจารณาเลือกคำที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจมากที่สุด
3. นำคำที่คัดเลือกไว้ 66 คำจัดออกเป็น 3 แถว โดยเรียงลำดับตามความยากง่าย
4. นำแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดลำดับความยากง่ายของคำ
5. จัดเรียงตำแหน่งของคำใหม่หลังจากนำไปทดลองใช้ และนำไปใช้ในการทดลองจริง

**วัตถุประสงค์** การใช้แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อประกอบการเลือกวิธีการและสื่อที่เหมาะสมกับระดับการอ่านของผู้ป่วย

**ลักษณะแบบประเมิน** ประกอบด้วย คำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 แถว แถวละ 22 คำ ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียง หากพบคำที่ไม่สามารถอ่านได้หรือใช้เวลานานให้ข้ามคำนั้น นำคะแนนรวมในแต่ละแถวมารวมเป็นคะแนนดิบและนำคะแนนดิบที่ได้มาจัดแบ่งระดับซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 18 คะแนน จัดอยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับ 3
- ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 19 - 44 คะแนน จัดอยู่ในระดับ 4-6
- ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 45 - 60 คะแนน จัดอยู่ในระดับ 7-8
- ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 61 - 66 คะแนน จัดอยู่ในระดับ 9 ขึ้นไป





การเตรียมตัวในการเจาะตับ หนังสือแสดงเจตจำนงในการเจาะตับ การนัดหมายในการเจาะตับ การปฏิบัติตัวก่อนเจาะ ขณะเจาะ และหลังเจาะขึ้นเนื้อตับ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน

ตัวอย่าง การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน (Reading Comprehension)

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบตามความเข้าใจของท่านเมื่อท่านต้องเจาะขึ้นเนื้อตับ โดยทำเครื่องหมาย X ลงในช่องวงกลม (X) เพียงข้อละ 1 ตัวเลือกเท่านั้น

แพทย์เจาะขึ้นเนื้อตับเพื่อ \_\_\_\_\_ โรคตับ และประเมินความ \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> ผ่าตัด              | <input type="radio"/> แตกต่าง           |
| <input checked="" type="radio"/> วินิจฉัย | <input type="radio"/> ปวด               |
| <input type="radio"/> บรรเทา              | <input checked="" type="radio"/> รุนแรง |

เมื่อท่านมา นัดเจาะขึ้นเนื้อตับ ท่านจะได้รับบริการด้านข้อมูล พร้อมเอกสาร ดังต่อไปนี้ โปรดระบุ

ผู้ป่วยมาเพื่อนัดเจาะตรวจ \_\_\_\_\_ ที่ตึกปาวาชั้น 1

- กระเพาะอาหาร
- ลำไส้ใหญ่
- ขึ้นเนื้อตับ

\*\*\*\*\*

การทดสอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (The Numeracy Scale) ลักษณะของแบบทดสอบเป็นการจับคู่ข้อความที่สอดคล้องกัน ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน เนื้อหาของแบบทดสอบมาจากสิ่งที่คุณป่วยต้องเจอในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการการเจาะขึ้นเนื้อตับ



### ตัวอย่าง การทดสอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข (The Numeracy Scale)

คำชี้แจง โปรดเลือกอักษรหน้าข้อความด้านขวามือ ที่มีความสอดคล้องกับข้อความด้านซ้ายมือ เติมลงในช่องว่างหน้าข้อด้านซ้ายมือ

_____ 1. งดยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด	ก) ห้อง 107
_____ 2. ห้องเจาะเลือด	ข) 7 วัน
_____ 3. รอมผลเลือดหลังเจาะ	ค) ตึกปาวาชั้น 1
..	
..	
..	
_____ 10. งดออกกำลังกาย	ญ) 1-2 ชั่วโมง
	ฎ) 1 คืน

การแปลผลระดับคะแนน นำคะแนนจากทั้งสองส่วน คือ การทดสอบความเข้าใจในการอ่าน และการทดสอบความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-59% หมายถึง มีความบกพร่องด้านสุขภาพต่ำ (inadquate)

ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 60-74% หมายถึง มีความบกพร่องด้านสุขภาพปานกลาง (marginal)

ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 75-100% หมายถึง มีความบกพร่องด้านสุขภาพสูง (adequate)

การใช้แบบสอบถามประเมินความเข้าใจ เป็นการประเมินผลการเรียนรู้ในขณะให้บริการผู้ป่วย เช่น การจัดกลุ่มเรียนรู้ การให้สุขศึกษาที่ OPD ฯลฯ

แต่ในกรณีที่ยังไม่มีแบบฟอร์มที่เป็นระบบ อาจใช้เทคนิคง่ายๆ เช่น

1. การถามชื่อยาที่ผู้ป่วยกินอยู่อย่างน้อย 2 ชนิด และให้ระบุความแตกต่าง หรือวัตถุประสงค์ของยาที่กินแต่ละประเภท
2. ให้ผู้ป่วยสรุปหรือเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งและให้เล่าว่าภาพนั้นพูดว่าอย่างไร หรือเขียนอธิบายว่าอย่างไร
3. ให้ผู้ป่วยเขียนข้อความที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา

## การพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และความแตกฉานด้านสุขภาพ

ผู้ให้บริการต้องใช้หลักการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการศึกษาผู้ใหญ่ ดังนี้

1. แปลงข้อความมีประเด็นหลัก ที่สามารถแบ่งย่อย เพื่อให้แยกจัดกิจกรรมได้
2. การเรียนรู้แต่ละครั้งไม่ควรเกิน 3 – 5 ประเด็น
3. ควรมีคำอธิบายที่ง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิต และวิธีการสื่อสารของผู้ป่วย
4. ควรแปลงคำศัพท์ทางการแพทย์ให้เป็นคำพูดของชาวบ้านให้มากที่สุด
5. ควรใช้รูปภาพที่เป็นจริง หรือเหมือนจริงให้มากที่สุด ยกเว้นบางกรณีที่อาจไม่เหมาะสม หรือเป็นการเปิดเผยความลับมากเกินไป
6. ทบทวนและพูดซ้ำ เน้นย้ำให้ประเด็นสำคัญทุก 3 – 5 ประเด็นข้างต้น
7. วางแผนการให้ข้อมูลที่ซ้ำประเด็นสำคัญที่เหมือนกันในแต่ละจุดบริการที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการ ดังนั้นทีมงานผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีการวางแผนร่วมกัน และระบุไว้ในแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือระเบียบปฏิบัติของทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (PCT)

โดยสรุป การสร้างความแตกฉานทางสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ให้บริการต้องทบทวนวิธีการจัดกิจกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย การใช้แผนการสอน (Lesson Plan) เป็นกิจกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ควรยกเลิกได้แล้ว เพราะนอกจากไม่สามารถปรับให้เหมาะกับแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพ ยังไม่ใช่การจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคน หรือที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลคุณภาพ จะใช้คำว่า “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” นั้นเอง

### เอกสารอ้างอิง

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs.(1999). Health literacy : report of the council on scientific affairs. Journal of the American Medical Association, 281(6),552-557.

Cadranel J.F., Rufat P., & Degos F. (No date). Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. For the Group of Epidemiology of the French Association for the Study of the Liver (AFEFL). Hepatology. 2000 Sep;32(3):477-81 [Online]. Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Abstract> [2005, Oct 18].

Doak C.C., Doak L.G., & Root J.H.(1996). Teachings patients with low literacy skill. (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia : J.B Lippincott.

Eisenberg E., Konopniki M., Veitsman E., Kramsky R., Gaitini D., & Baruch Y. (No date). Prevalence and Characteristics of Pain Induced by Percutaneous Liver Biopsy [Online]. Available : <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/abstract/96/5/1392> [2005, Oct 19].

- Geller ,S.A.,& Petrovic,L.M.(2004).Biopsy interpretation of the liver.Philadelphia : Woiters Kluwer.
- Hernando R.P., Pons T. X., & Falco F. J.(No date). Effects of a written consent for liver biopsy on information and anxiety of patients [Online]. Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed...>[2005, Oct 19].
- Cadranel J.F. , Rufat P.,& Degos F., (No date).Practices of Liver Biopsy in France: Results of a Prospective Nationwide Survey [Online].Avaiable :<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/106596922/ABSTRACT> [2005 , Oct 18].
- Johnson ,L.R. (Ed.).(2004). Encyclopedia of gastroenterogy. Amsterdam :Elsevier.
- Kickbusch I. (1997). Think health : what makes difference?. Health Promotion International,12 (4), 265 – 272.
- \_\_\_\_\_.(2002).Health literacy : a search for new categories. Health Promotion International ,17(1) , 1-2.
- Kickbusch I. S. (2001). Health literacy : addressing the health and education divide. Health Promotion International , 1 (3) ,289 – 297.
- Michael Haun.(No date). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. [online]. Available : [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m0GDQ/is\\_3\\_27/ai\\_85462332/print](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0GDQ/is_3_27/ai_85462332/print) [2005 , Oct 19].
- Nutbeam, D.(1998). Health promotion glossary. Health Promotion International , 13 (4) , 349 – 364.
- \_\_\_\_\_ .(2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 century. Health Promotion International , 15 (3) ,259 - 267.
- Nutbeam, D.,& Kickbusch I. Advancing health literacy : a global challenge for 21st century. Health Promotion International , 15 (3) ,183-184.
- Ratzan,S.C., Health literacy : communication for the public good. Health Promotion International,16 (2). 207-214.
- Sheela, H.,Seela ,S., Caldwell,C., Boyer ,J.L., & Jain D.(2005).Liver biopsy evolving role in the new millennium.J Clin Gastroenterol.39(7),603-610.
- Siegel,C.A., Suriawinata,A.A.,Silas,A.M., & Van Leeuwen,D.J.(2005).Liver biopsy 2005 : When and how?.Cleveland Clinic Journal Of Medicine.72,(3)199-224.
- Taylor,S.E.(1999).Health psychology . (4<sup>th</sup> ed). Singapore : The McGraw-Hill .
- Zarcadoolas ,C., Pleasant,A.,& Greer D.S.(2005).Understanding health literacy : an

expanded model. Health Promotion International.20 (2),195-203.

เกศินี ศรีคงอยู่.(2543). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนิษฐา นาคะ. ( 2534 ). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) , สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2544). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยปฐมภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่2). ม.ป.ท.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ . (บรรณาธิการ). (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อิไลน่า คิคบุสซ์ ใน ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรม.(2541). (ผู้แปล). สูตรตรวจใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:บริษัท ดีไซร์.



## C15 Patient Safety Solutions

นพ. สรรวัช อิศวเรืองชัย

IHPP

ศึกษารายละเอียดใน "HA Update 2007: Update 6 Patient Safety Goals & Solutions"

## C16 เยี่ยมเป็นกลุ่ม รุมกันทำ (HA)

นพ.สวรงค์ ขวัญใจพานิช, พญ.สุชาดา อโณทยา, พญ.อุษา ศิริบุญฤทธิ์, นพ.อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์, สุธา วิไลเลิศ โรงพยาบาลชลบุรี

เรื่องราวต่อไปนี้เป็นการเล่นประสบการณ์การทำงานในช่วง 5 เดือน ก่อนที่ รพ. จะเข้ารับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ รพ.ชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 825 เพียงที่มีการผลิตบัณฑิตแพทย์มากกว่า 20 ปี อีกทั้งยังเป็นสถานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหลายสาขา และได้เข้าร่วมกระบวนการ HA มาเกือบ 7 ปี ซึ่งก็ได้ผ่านร้อนผ่านหนาว บางครั้งเดิน บางครั้งวิ่ง และบางครั้งก็ล้มลุกคลุกคลาน หากเรื่องราวนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ใดบ้างก็ต้องขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพของ รพ.ชลบุรี ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันทุกท่านมา ณ ที่นี้ ด้วย

### ทำไมต้องมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ความจริงไม่น่าจะถามคำถามนี้กันอีกแล้ว แต่ถ้าย้อนกลับไปเมื่อ 6 -7 ปี ก่อน เรายังงังงันอยู่ แต่โรงพยาบาลของเราก็คู่กับ HA กันในช่วงนั้น หลายคนผลักดัน หลายคนงง หลายคนเฉย ๆ

1 -2 ปี ต่อมา โรงพยาบาลชลบุรีก็บูมเรื่อง HA กันมาก มีการจัดตั้งโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีคณะกรรมการชุดต่าง ๆ มากมาย มีการอบรมเรื่องต่าง ๆ โดยวิทยากรทั้งในและต่างประเทศ มีการ ICV 3 ครั้ง ก่อนที่เดือนพฤษภาคม 2546 จะเข้ารับการประเมิน Accreditation Survey แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง มี Focus อยู่จำนวนหนึ่ง หลังจากนั้นบรรยากาศก็เริ่มเงิบ เงียบ เพราะอะไร ? (บางคนบอกว่า ผู้อำนวยการกำลังจะเกษียณอายุราชการในเดือนกันยายน 2546 ถ้าเปลี่ยนผู้อำนวยการเดี๋ยวก็ต้องเริ่มใหม่อยู่ดี) เดือนพฤศจิกายน 2546 เราก็ได้ผู้อำนวยการคนใหม่ย้ายมาจากที่อื่น ซึ่งมุ่งมั่นที่จะสานต่อการพัฒนาคุณภาพ

เดือนมิถุนายน 2547 จึงได้เริ่มสานต่อ HA กัน โดยตั้งศูนย์ประสานงานคุณภาพ ได้หัวหน้าศูนย์คนใหม่ มีการปรับคณะกรรมการชุดต่าง ๆ พอสมควร บรรยากาศโรงพยาบาลเริ่มคึกคักมาอีกครั้งหนึ่ง มีกิจกรรม HA รวมถึงการบรรยาย โดยวิทยากรภายนอกหลายครั้ง และโรงพยาบาลเข้ารับการ ICV เป็นทางการ อีก 3 ครั้ง แต่แล้วเดือนกรกฎาคม 2549 หัวหน้าศูนย์ประสานงานคุณภาพ ลาออกจากราชการ ต้องมีทีมเก่าผสมใหม่เข้ามาทำงาน HA อีกแล้ว

### ก้าวสู่ HA อีกครั้งหนึ่ง

ก่อนที่จะเล่า ..... แล้วจะวางแผนอย่างไร สำหรับการดำเนินการคงต้องรู้ว่าเรามีความเป็นตัวตนอย่างไร เริ่มจากต้นทุนเดิมก่อน ถึงแม้จะเปลี่ยนหัวหน้าศูนย์ประสานงานคุณภาพและทีมของศูนย์ ฯ แต่เรามีโครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการชุดต่าง ๆ พร้อมทั้งจะเดินหน้าอยู่แล้ว โดยเฉพาะโครงสร้างซึ่งวางกันมานานหลายปี เปลี่ยนคนไม่มากนัก ส่วนใหญ่คนในโรงพยาบาลเราเรียนกันมามาก ทั้งเรียนจากทฤษฎี ทั้งผ่าน ICV มาหลายครั้ง และที่สำคัญเรามีข้อเสนอแนะจากการ ICV



หลาย ๆ ครั้ง ที่ทำให้เราทราบว่าจุดอะไรบ้างที่ต้องพัฒนา และจุดอ่อนของเราคืออะไร ในทีมเราก็วิเคราะห์กันว่า มีหลายเรื่อง เช่น คนในโรงพยาบาลขาดความเชื่อมั่นว่าจะพัฒนาจนไปสู่การรับรอง HA ได้ (เพราะทำกันมานานเหลือเกิน) คนส่วนใหญ่ได้เรียนมาแต่เวลาปฏิบัติขาดความมั่นใจ บางครั้งไม่รู้จะเพื่อใครดี (ถาม FA แต่ละคน ก็ไม่เหมือนกัน) บรรยากาศองค์กรฟู ๆ แสบ ๆ (ถ้าศูนย์ ฯ กระตุ้นก็จะคึกคัก .....ถ้าศูนย์ ฯ เงียบ ก็เงียบตาม) ไม่รู้ว่าศูนย์ ฯ ต้องการให้ทำอะไร (แนวทางการทำงานไม่นิ่งเปลี่ยนแปลง)

### ทำการเชื่อมต่อด้านทุนเดิม

ดังได้กล่าวแล้วว่าเราเริ่มจากการที่มีต้นทุนเดิมอยู่พอสมควร เราจึงเริ่มจากการเชื่อมต่อสิ่งที่มีอยู่แล้วโดยอาศัยยืม Model ของ พรพ. มาใช้ คือการเชื่อมจากบนลงล่าง จากล่างขึ้นบน จากภายในและจากภายนอก ตัวอย่าง การเชื่อมต่อกับบนลงล่างและเริ่มจากล่างขึ้นบนที่ได้ทำ คือ ประสานแผนการพัฒนาคุณภาพที่ทีมนำ, PCT และหน่วยงาน วิเคราะห์ด้วยตนเอง ให้เข้ากับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เป็นต้น

การกระตุ้น และช่วยเหลือให้ PCT และหน่วยงานทบทวนกิจกรรมที่เคยทำไปแล้ว มานำเสนอในรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งนำผลที่ได้มาขยายเป็นกิจกรรมคุณภาพเรื่องอื่นๆ วิเคราะห์ข้อเสนอแนะจากการ ICV ในหลาย ๆ ครั้ง จากสมาคมวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกรรม และเทคนิคการแพทย์ นำมาทำความเข้าใจในทีมของศูนย์ประสานงานคุณภาพ เมื่อได้ข้อสรุปตรงกันก็จะเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพไปสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### จะแก้จุดอ่อนกันอย่างไร

ช่วงที่ทีมศูนย์ประสานงานคุณภาพเริ่มทำงานกัน คือ ต้นเดือนสิงหาคม 2549 พอได้ทราบข่าว พรพ. จะพา SiT (Surveyor in Training) มาเยี่ยมในช่วงต้นเดือนกันยายน 2549 จึงได้วางแผนกันว่าจะเริ่มทำกันจริงจึงให้เหมือน SiT มา accredit ดูซิว่าโรงพยาบาลไปได้แค่ไหน และถ้ามีจุดอ่อนอะไร จะได้แก้ไข โดยหวังลึก ๆ ว่า พรพ. จะให้โอกาสโรงพยาบาลมา Accreditation Survey ภายในปี 2549 สรุปคือ เราทำงานกันโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ก่อน SIT 1 เดือน จะเชื่อมต่อด้านทุนเดิมทั้งหมดและพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องโดยอาศัยแนวทางที่ ICV และสมาคมวิชาชีพแนะนำ และหลัง SIT จนถึงวัน accredit จะเป็นช่วงที่ต่อยอดการพัฒนาเดิมจนเห็นผลลัพธ์โดยวางกลยุทธ์ดังนี้

- วางแผนกำหนดจัดหะก้าว โดยวางกรอบการทำงานตลอด 4 -5 เดือน ลงในปฏิทินการทำงาน
- ส่งทีมไปเรียน External Surveyor เรื่องนี้เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จเรื่องหนึ่ง เราส่งไป 2 ทีม ครั้งแรกเป็นพยาบาล 2 คน ครั้งที่ 2 เป็นแพทย์ 2 คน ทั้ง 2 คน เป็น key man ของศูนย์ ฯ พอกลับมาจากการอบรมจะมีความรู้มากขึ้น และที่สำคัญคือ การทำงานไปในแนวทางเดียวกัน คนในโรงพยาบาลจะรู้สึกให้ความเชื่อมั่นในศูนย์ ฯ อย่างไม่เคยเกิดมาก่อน



- ลดความซับซ้อน , ทำทุกอย่างให้ชัดเจน โดยปรับเท่าที่จำเป็น มีหลายเรื่องที่ซับซ้อนจนบางครั้งไม่รู้ว่ามีใครรับผิดชอบ เส้นทางข้อมูลเป็นอย่างไร เช่น ระบบรับเรื่องร้องเรียน มีมากกว่า 5 เส้นทาง แล้วต่างคนต่างแก้ ก็แก้ไขโดยให้มีเส้นทางรับเรื่องร้องเรียนเดิมไว้ แต่ระบบการแก้ไขต้องรวมศูนย์เป็นทิศทางเดียวกัน เรื่องการสำรวจบรรยากาศองค์กร มีหลายหน่วยงานทำ บางหน่วยงานทำตามแบบนโยบายของ สสจ. และเขต บางหน่วยทำเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาคุณภาพ ก็ปรับให้สามารถทำเป็นเรื่องเดียวกัน เป็นต้น
- ทำทุกอย่างให้ถูกต้องโดยอาศัยการประสาน มีหลายเรื่องที่เราคิดว่าถูกต้องควรทำอะไรแต่ทำไม่ได้เสียทีเพราะขาดเจ้าภาพ หรือติดปัญหาหลายอย่าง ศูนย์ ฯ จะหยิบยกขึ้นมาพร้อมทั้งประสานผู้เกี่ยวข้องมาคุยพร้อม ๆ กัน ทุกอย่างก็สามารถแก้ไขไปได้ เช่น ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ OPD ให้มีระบบห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ เป็นต้น
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM ) เชิงรุก ศูนย์ ฯ จะนัดผู้อำนวยการ และคณะผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล มาร่วมรับฟังการนำเสนอผลงานของแต่ละทีม นำ, PCT และหน่วยงาน โดยการจัดเป็นหัวข้อ เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง, CQI, การทบทวนเวชระเบียน เป็นต้น เพื่อให้แต่ละทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
- ความมุ่งมั่นและทิศทางที่ชัดเจน เริ่มจากผู้อำนวยการ, รองผู้อำนวยการ จนถึงทีมศูนย์ประสานงานคุณภาพ ทุกคนจะแสดงให้เห็นในองค์กรเห็นว่ามุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ และที่สำคัญคือทิศทางเดียวกัน ไม่มีภาพของต่างคนต่างทำ ต่างคนต่างคิด แต่จะมีภาพของการทำงานเป็นทีมสื่อไปสู่สมาชิกทุกคนในโรงพยาบาล

### กว่าจะเข้าใจ .... ความเสี่ยง

ในส่วนของงานบริหารความเสี่ยง หลังจากที่ ร.พ.รับการ ICV เดือน พ.ค. 49 ปัญหาสำคัญ คือ เรพบว่างานบริหารความเสี่ยงของเราที่เราคิดว่าเรามีระบบการบริหารความเสี่ยงพอสมควรยังไม่ถึงไหน (ในเชิงระบบ) ทั้งที่การบริหารความเสี่ยงเป็นบันไดขั้นแรก เพราะเราไม่สามารถตอบคำถามหลาย ๆ คำถามของ surveyor ได้ การมา ICV ครั้งนั้น surveyor ได้กรุณาเรามากให้ข้อแนะนำที่ชัดเจนกับเรา ว่าการที่จะบริหารความเสี่ยงในองค์กรเชิงระบบจะต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง จะต้องมองเห็นภาพที่เป็นตัวตนของตนเองอย่างไร และจะสะท้อนภาพออกมาอย่างไรที่แสดงว่าระบบการบริหารความเสี่ยงของเรามีประสิทธิภาพและทุกคนในองค์กรเข้าใจจนอยู่ในงานประจำ (ต้องขอบคุณอาจารย์ผ่องพรรณ ธนา และ ทีม )

หลังจาก ICV ในครั้งนั้นถึงแม้เราจะมีใจความเข้าใจชัดเจนในเชิงรูปธรรมชัดเจน แต่ปัญหาหนักขององค์กร คือ แล้วจะทำอย่างไร ด้วยวิธีไหน ระบบการบริหารความเสี่ยงของเราจะเป็นอย่างไรที่ควรจะเป็น ส่วนหนึ่งเราพบว่าที่ผ่านมาการบริหารความเสี่ยงขององค์กรไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรเนื่องจากคณะกรรมการที่มีอยู่แต่ละคนมีภาระงานซึ่งเป็นงานประจำล้นมือ ทำให้การบริหาร/จัดการความเสี่ยงไม่เกิดขึ้นในงานประจำ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จึงมีความเห็นตรงกันว่าจำเป็นต้องมี "ผู้จัดการความเสี่ยง full time"

เรามีผู้จัดการความเสี่ยงซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมาช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงในเดือน มิถุนายน 2549 โดยคณะกรรมการและผู้บริหารวางแผนไว้ว่าเราจะต้องทำให้สำเร็จและผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ร.พ. ภายในสิ้นปี 2549 เพื่อให้ทันการประกาศการรับรองจาก พรพ. ประมาณเดือน มกราคม 2550 ให้เป็นของขวัญปีใหม่และเป็นขวัญและกำลังใจกับบุคลากรใน ร.พ. ชลบุรีทุกคน... เอกสารสิทธิ์นี้... ภาระหนักอึ้งจึงมาตกอยู่ที่ผู้จัดการความเสี่ยงซึ่งทุกคนตั้งความหวังไว้ว่าการมีผู้จัดการความเสี่ยง full time จะเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่จะทำให้ ร.พ. ผ่านการรับรองไปได้

แล้วเราจะทำอย่างไรต่อไป... เราเริ่มจากการวิเคราะห์การทำงานที่ผ่านมา และวิเคราะห์บริบทขององค์กรในทุกด้าน เราพบว่าโดยโครงสร้างการบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่เดิมเกือบสมบูรณ์แล้ว แต่ส่วนที่เราขาด คือ การทำงานของเราเป็นแบบแยกส่วน แต่ละคณะกรรมการที่มีอยู่ทุกคณะพยายามทำงานกันอย่างเต็มที่ แต่เป็นการต่างคนต่างทำขาดความเชื่อมโยง ทั้งที่ปัญหาหรือโอกาสพัฒนาเพียงเรื่องเดียวเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน หลายวิชาชีพ หลายคณะกรรมการ และหลาย ๆ ทีมงาน เราเพิ่งเกิดความรู้อัจฉริยะจริงจังว่าหน้าที่ surveyor ทุกท่านที่มาเยี่ยมสำรวจเราครั้งแล้วครั้งเล่า และพยายามจะบอกเราถึงความเชื่อมโยงกันในเรื่องคืออะไรและแบบไหน ที่สำคัญ คือ งานบริหารจัดการความเสี่ยงไม่สามารถลุยได้โดยลำพังแค่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเท่านั้น

หลังจากที่เราวิเคราะห์และเข้าใจตัวตนของเราแล้ว เราจึงเริ่มจากการทบทวนอุปนิสัยการณณ์และปรัชญาความเสี่ยงเท่าที่มีอยู่ (ใ้หนักภาพเอาเอง) ร่วมกับการประเมินจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในองค์กรเท่าที่พวกเราพอจะรับรู้แล้ว ๆ เข้าหูกันมาบ้างเพราะมีหลายอุปนิสัยการณณ์ที่เขปิดกั้นให้ชัดแต่ไม่มีปรากฏในรายงานอุปนิสัยการณณ์ หลังจากนั้นเรานำมถกกันหาจุดเน้นความปลอดภัยใหม่ (safety goal) เพื่อให้เป็นจุดเน้นที่เป็นตัวตนขององค์กรตามข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง (คงพอจะเข้าใจกับ core value ที่เรียกว่า management by fact) หลังจากทีมีงานมีความชัดเจนแล้ว เราได้ดำเนินการสื่อสารไปยังทีมนำต่าง ๆ ทุกทีมโดยการจัดประชุมชี้แจง/ทำความเข้าใจให้ตรงกัน ที่สำคัญ คือ ให้ทุกคนรู้ว่าการบริหารความเสี่ยงที่อยู่ในงานประจำคืออย่างไร ( ต้องขอขอบคุณอาจารย์เรวดี ศิรินคร ที่ทำเข้าใจความหมายของคำว่า "อยู่ในงานประจำ" ) โดยเริ่มจากทีมผู้บริหารของ ร.พ. เพราะเรถือสุภาภิตว่า ถ้าหัวไม่ส่ายหางไม่กระดิก (อันนี้ไม่รู้ว่าจะจัดเป็น core value ได้หรือเปล่า) ให้ทุกคนในองค์กรได้รู้ว่าปัญหาหรือความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรเราเองคืออะไร และที่สำคัญเพื่อเป็นเข็มทิศให้กับคนในองค์กรว่าเราจะไปในทิศทางใดและทุกคนจะมีส่วนร่วมในการลดความเสี่ยงขององค์กรได้อย่างไร ดังนั้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพทุก ๆ เรื่องในองค์กรที่มศูนย์ประสานงานคุณภาพจะดึงจุดเน้นความปลอดภัยเข้าไปให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันทุกครั้ง ซึ่งถ้าเป็นแบบเดิมการพัฒนาคุณภาพของแต่ละทีมจะต่างคนต่างทำไม่ได้มีกรรณันนโยบายหรือเป้าหมายของคณะกรรมการชุดอื่นมาพิจารณาให้เป็นเนื้อเดียวกัน... ขั้นตอนต่อมาเราได้ปรับช่องทางกรรณันงานและระบบรายงานให้เรียบง่าย และให้ทุกคนในองค์กรเข้าถึงระบบได้ง่าย (ได้อีก 1 core value แล้วกระมัง) โดยการประสานกับทุกทีมที่เกี่ยวข้องแล้วหาข้อสรุป เพราะที่ผ่านมเราพบว่ามีความซับซ้อน แยกส่วน และไม่ชัดเจนอยู่หลายขั้นตอนในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้จัดการความเสี่ยงยังเข้าไปร่วมในการบรรยายงานการส่งเวรของผู้ตรวจการพยาบาล

ในกลุ่มการพยาบาลทำให้เราได้รับทราบความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการเกือบทั้งหมด..... ทำให้เราได้ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ จากเดิมเฉลี่ย 200 รายงานต่อเดือน มาเป็นกว่า 1000 รายงานต่อเดือน และที่สำคัญอีกประการหนึ่งเราได้แสดงให้เห็นคนในองค์กรเห็นว่าสิ่งที่เขารายงานมาไม่สูญเปล่า

จะทำให้แพทย์ร่วมมือกันมากขึ้นได้อย่างไร

มีคำถามเกิดขึ้นในการทำงาน HA ว่าถ้าแพทย์ไม่ร่วมทำ โดยเฉพาะใน PCT ปล່อยให้หัวหน้าเก่งๆ พาทำ (ทำเองคนเดียว) หรือ คิดว่าไม่ต้องทำอะไรมาก ขอให้พยาบาลแกร่งๆ (ไม่ใช่แก่ๆ) ทำก็เรียบร้อยแล้ว โรงพยาบาลก็พัฒนาได้ คำถามนี้มีคำตอบจากประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชลบุรีว่าไม่สามารถเป็นไปได้เลย เมื่อต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์เป็นคำตอบสุดท้าย กลยุทธ์ กลวิธีทั้งหลาย ก็ถูกนำมาใช้ แพทย์กลุ่มไหนร่วมมือกันดีอยู่แล้ว แคบอกเป้าของโรงพยาบาล สร้างเข็มมุ่งร่วมกันก็ไปได้อย่างดี แพทย์บางกลุ่มไม่ร่วมไม่ทำและไม่คัดค้านแต่หัวหน้ามีใจ ต้องเร่งเสริมแรงหัวหน้า หากจุดพัฒนาที่เฉพาะเจาะจงซึ่งแพทย์กลุ่มนั้นสนใจเป็นผู้เชี่ยวชาญสร้างผลงานออกมา พร้อมหาเวทีเพื่อชื่นชมความสำเร็จ แพทย์บางกลุ่มไม่ร่วม ไม่ทำ หัวหน้าทำท่าจะถอดใจ มองไปอีกด้านพบว่ากลุ่มนี้แท้จริง ไม่รู้จะพัฒนาอย่างไร อย่างนี้ก็เพียงเข้าไปร่วมกับแพทย์กลุ่มนี้เพื่อหาตัวงานที่จะพัฒนา ส่วนกลุ่มที่ไม่เอา ไม่ร่วม มุ่งคัดค้าน แดงเป็นผู้มีอิทธิพล(เสียงดัง) เป็นโชคร้ายที่มีไม่มากในโรงพยาบาล เมื่อพูดคุยด้วยท่าทีที่ดี และให้แพทย์ผู้มีอิทธิพลเหนือกว่า ( ผู้อำนวยการ ) ช่วยกันดึงมาร่วมพัฒนาก็สำเร็จด้วยดี

บทบาทของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ต่อ HA

ที่ผ่านมาเรามุ่งเน้นเฉพาะอาจารย์แพทย์ แต่กลับละเลยกลุ่มแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม จำนวน 70 คน ได้แก่ Extern , Intern, แพทย์ที่เลี้ยง และแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญ เป็นด่านแรกที่คุณดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล และเป็นผู้บันทึกข้อมูล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์น้อยแต่ทำงานหนัก อย่างไรก็ตามแพทย์กลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการอบรมหรือรับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น เวชระเบียนที่สมบูรณ์ การสั่งยาที่ถูกต้องเพื่อลด medication error การลด clinical risks คงเป็น Mission Impossible เป็นแน่แท้

ทำอย่างไรเพื่อให้ Mission Accomplished ? ศูนย์แพทย์ และองค์กรแพทย์ได้ร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องดังกล่าวแก่กลุ่มแพทย์เหล่านั้น รวมทั้งได้เน้นเอาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการศึกษา และมีจดหมายข่าวถึงทุกคนเป็นรายเดือน เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้รับทราบสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ เช่น Medication error ลดลง, การรายงาน IR โดยแพทย์เพิ่มขึ้น รวมทั้งขอความร่วมมือในเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง

สิ่งที่เราได้มาไม่เพียงแต่ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่เพิ่มขึ้น แต่ยังมีความคลาดเคลื่อนทางยาที่ลดลง ความร่วมมือของอาจารย์แพทย์ในการควบคุมกำกับ และหัวใจที่สำคัญ คือ "ความปลอดภัยของผู้ป่วย" สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเครื่องยืนยันว่า "ปัญหาทุกอย่างมีหนทางแก้" และ "คนทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้"



## Facilitator และ Internal survey แบบ ชลบุรี

ระบบ Facilitator และ Internal Surveyor มีหลายรูปแบบแล้วแต่ยุคของการพัฒนาคุณภาพ เหมือนภาพยนตร์หลายภาค ตั้งแต่ระยะแรกที่ทำให้ FA กันเองในแต่ละหน่วยงาน ระบบ IS ก็ไม่ชัดเจนมี Quality round โดยผู้บริหารและทีม สภาคุณภาพ เหมือนมาให้กำลังใจ เมื่อการ accredit ครั้งแรก ไม่ผ่านการประเมิน ก็เกิดภาวะชะงักงัน ตามที่เล่าตอนแรก จนกระทั่งภาคสองมีการตั้งศูนย์ประสานงานคุณภาพ มีการอบรม FA และ IS โดยวิทยากรจาก พรพ. มีบุคลากรเข้าอบรมจำนวนไม่น้อย เราคาดเดาว่าน่าจะได้ทีมที่เข้มแข็งมีการตั้งคณะกรรมการ FA และ IS แม้ว่าจะมีหลายคนที่ต้องคร่อมทั้งสองกรรมการ มีการกำหนด FA กลาง 1 คน สำหรับแต่ละหน่วยงาน และทีม IS ทีมละ 2-3 คน เข้าตรวจเยี่ยมหน่วยงาน ซึ่งเราพบว่ามีอุปสรรคหลายอย่าง เพราะ FA และ IS บางท่านก็ภาระงานมาก ความเข้าใจไม่ตรงกันก็มี มาตรฐานบางอย่างก็ไม่แม่นยำ และไม่ครอบคลุม ไม่เห็นภาพรวมทั้ง PCT ทำให้ระบบ FA และ IS ยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก

และภาคล่าสุด เริ่มเมื่อ ICV ครั้งสุดท้ายเดือนพฤษภาคม 2549 อาจารย์จาก พรพ. ประเมินแล้ว ก็ยังไม่ปักธงให้เรา พอเดือนกรกฎาคม 2549 หัวหน้าศูนย์ประสานงานคุณภาพท่านเดิมลาออกจากราชการ ทีมใหม่ผสมเข้ามาทำงานสานต่อรากฐานเดิมที่วางไว้ แล้วก็เพิ่งจะรู้ว่า พรพ. เลือกให้เราเป็นแหล่งฝึกเยี่ยมสำหรับผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจในเดือนกันยายน 2549 พวกเราทบทวน Self ทีมนำอย่างหนัก พยายามตอบคำถามและข้อชี้แนะที่อาจารย์ทิ้งไว้จาก ICV ครั้งก่อน ๆ วางกลยุทธ์ว่าต้องกำหนดเข็มมุ่งตัวชี้วัด เป้าหมาย ที่ชัดเจนให้ทุก PCT และทุกหน่วยงานมีเข็มมุ่งและตัวชี้วัดที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล จำได้ว่าตอน SIT ต้อง present งานของ FA ด้วย รู้สึกว่าว่างเปล่าชอบกลเพราะยังไม่มีการผลิตออกมาเลย ได้แต่เพียง present แนวทางที่วางแผนกันว่า เราคงต้องให้ทีม FA และ IS เป็นทีมเดียวกัน เลือกคนที่ให้เวลาได้เต็มที่ และคิดกันว่าน่าจะไปเป็นทีม อาจารย์ผู้ดูแลทีมผู้ฝึกเยี่ยมที่สัมพันธ์ทีม FA ของเราดูจะล้น และเป็นห่วงแต่ก็ให้กำลังใจเราอย่างมาก บางครั้งช่วยตอบเสริมให้ในฐนะที่มา ICV หลายครั้ง เราได้ประโยชน์จากการ SIT มากทีเดียว

หลัง SIT อาจารย์ก็ปักธงให้ว่าน่าจะขอ accredit ได้ ก่อนปีใหม่ เรามีเวลาเพียง 4 เดือนเอง เราต้องเร่ง Steam ของชาวโรงพยาบาลชลบุรีกันเต็มที่ เรียกว่าใช้ทุกนาทีให้เป็นประโยชน์ ทีมศูนย์ประสานงานคุณภาพกำหนดตารางเวลาแน่นเอียด ประเมินทุก PCT ทำ matrix ให้ไฟ เขียว เหลือง และแดง กำหนดทีมศูนย์ประสานงานคุณภาพแต่ละคนเป็น FA รับผิดชอบแยกแต่ละ PCT

เราใช้การ IS เป็นตัวนำ โดยลงกันเป็นทีมซึ่งมีทั้ง FA และตัวแทนจากทีมนำต่าง ๆ ทั้ง IC, RISK, PTC, ENV, HPH. องค์กรแพทย์, องค์กรพยาบาล และทีมนำทุกท่านก็ทุ่มกับเราเต็มที่ลงเยี่ยมพร้อมกัน ต่างคนต่างดูในแต่ละส่วนของตนเอง เป็นทีมสหสาขาจริง ๆ เพราะมีทั้งแพทย์ พยาบาล เกษษกร หน่วยสนับสนุน แยกถามเจ้าหน้าที่ได้หลายคนหลายระดับ ลงถึงผู้ปฏิบัติไม่ใช่แต่หัวหน้างาน ขณะเดียวกันเราก็ลงไปเน้นย้ำ และสร้างความเข้าใจ เข้มมุ่ง ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล มาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติที่กำหนดโดยทีมนำต่าง ๆ กับหน่วยงานต่าง ๆ

หนึ่งป้ายเราเยี่ยมได้ 3-4 หอผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาก็สามารถปรึกษาและหาข้อสรุประหว่างทีมนำ ตามมาตรฐานของแต่ละทีมนำ แล้วสรุปประเด็นกับ PCT และหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้เห็นภาพรวมทั้ง



PCT หลาย PCT ก็ประสานเป็นเนื้อเดียวกับหอผู้ป่วยมากขึ้น บางครั้งทำให้สามารถแก้ปัญหาและหาข้อสรุปได้ หลายครั้งที่ผู้อำนวยการลงเยี่ยมพร้อมเรา ช่วยตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และทีมของพวกเราก็สามารถรู้ประเด็นที่จะเข้าช่วยเสริม PCT และหอผู้ป่วยต่าง ๆ และยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้ FA IS และตัวแทนจากทีมนำเช่น ICN เป็นต้น หอผู้ป่วยมีความมั่นใจและสบายใจในการติดต่อประสานกับ FA และทีมนำมากขึ้น

บางคนในทีมของเราเรียกว่ากลยุทธ์แบบ ( หมอ ) หมู และกัดไม่ปล่อย FA ได้ศึกษาแบบประเมินตนเองของทุกหน่วยงานในแต่ละ PCT หรือหน่วยงานสนับสนุนที่รับผิดชอบ สนับสนุนหัวหน้าและทีมงานคุณภาพของแต่ละ PCT ช่วยให้หัวหน้าหน่วยงานปรับปรุงแบบประเมินตนเอง ให้สอดคล้องกับ PCT และใช้ประโยชน์จากแบบประเมินตนเอง เสริมความเป็น facilitator ของหัวหน้าหน่วยงาน ดึงข้อดีที่เราเห็นจากการเยี่ยมสำรวจหรือจากแบบประเมินที่เราอ่านให้ต่อยอดเป็น CQI เราพบว่าหน่วยงานต่าง ๆ มีข้อดีซ่อนไว้มากทีเดียว เราช่วยให้เขาดึงออกมาเขียนให้ชัดเจนโดยใช้เครื่องมือที่ได้จากการไปเข้าอบรมเป็นผู้ฝึกเยี่ยม เช่น ลายแทงคุณภาพ มาตรฐานใหม่ของ พรพ. 3C-PDSA

กลยุทธ์ “เยี่ยมเป็นกลุ่ม รุมกันถาม ตามแก้ไข ใช้แบบประเมิน เชิญมาคุย ลุยทุกหน่วย ช่วยประสาน” นี้จะได้ผลพร้อมกับกลยุทธ์อื่น ๆ ของศูนย์ประสานงานคุณภาพ และการสนับสนุนอย่างดียิ่งของผู้อำนวยการและผู้บริหารจนกระทั่งเรามาถึงวันนี้ และนี่คือระบบ FA และ IS แบบโรงพยาบาลชลบุรีภาคล่าสุด แต่ยังไม่ใช่ว่าภาคสุดท้าย การพัฒนาคุณภาพต้องดำเนินต่อไป



## C17 วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ กับการดูแลรักษาสุขภาพ

รศ.ดร.รัชนา ศานติยานนท์

คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมชัย เจ็ดเสริมอนันต์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สุพรรณิ อัครเอกฉมาลิน

โรงพยาบาลพญาไท 2

ศิริวิรัตน์ ต้นสกุล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย

ในปัจจุบันนักเทคนิคการแพทย์และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในประชาชนที่ยังคงมีสุขภาพปกติทั่วไป การพัฒนางานที่ผ่านมาเน้นเรื่องของคุณภาพมาตรฐานเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามมีเครื่องมือหลากหลายชนิดและหลายวิธีการที่จะเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของการบริการทางเทคนิคการแพทย์ โดยการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการเชิงระบบ อันประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ การเชื่อมโยงกับหน่วยงานและคณะกรรมการต่างๆ ในโรงพยาบาล การจัดการระบบ POCT ซึ่งจะเพิ่มบทบาทมากขึ้นภายในโรงพยาบาล การสร้างห้องปฏิบัติการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง การบริหารลูกค้าสัมพันธ์ และระบบสารสนเทศที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการคุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมายสถานพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพต้องเข้าใจและให้ความสำคัญ

## C20 Patient Care Pitfall from Surveyor Viewpoint

เรวดี ศิรินคร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

น.ต.หญิงพรประภา ไฉนระวงศกร

รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

นพ. สมจิตต์ ชี้เจริญ

รพ. ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

หัวข้อนี้เป็นส่วนหนึ่งของ theme การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (หมวด 6 ของมาตรฐานเดิม และตอนที่ III ของมาตรฐานใหม่) เป็นหัวใจสำคัญของการประเมิน HA ผู้เยี่ยมสำรวจเรียนรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลอย่างไร มองเห็นแง่มุมอะไรที่เป็นหลุมพรางหรือจุดอ่อนร่วม ในหลายๆ โรงพยาบาล ที่อยากจะนำมาแชร์ให้โรงพยาบาลที่กำลังพัฒนาได้รับทราบ เพื่อจะได้ขจัดจุดอ่อนเหล่านั้น

## C21 Human Response Concept

มาลี งามประเสริฐ

รพ. ศิริราช

วีรมลล์ จันทร์ดี

รพ. จุฬาลงกรณ์

ดร. ยุวดี เกตส์พันธ์

รพ. ศิริราช

การเจ็บป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองออกมาแตกต่างกัน การตอบสนองจะแสดงออกทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ บางครั้งการตอบสนองของผู้ป่วยอาจจะไม่ตรงไปตรงมา อาจอยู่ในรูปของการปฏิเสธ การฟุ้งเฟิง การเรียกร้อง การใช้อารมณ์ อาจจะมีบางสิ่งบางอย่างซ่อนเร้นอยู่โดยที่ผู้ป่วยเองก็ไม่รู้สึกตัว เราจำเป็นต้องเข้าใจการตอบสนองที่ปรากฏออกมา ว่ามีที่มาจากความต้องการเบื้องลึกอะไร ต้องขุดเจาะทำความเข้าใจในเชิงลึก เพื่อจะได้สามารถจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยได้

มารับฟังตัวอย่างที่จะทำให้เราเข้าใจแนวคิดเรื่องนี้ได้ดีขึ้น

ผู้ป่วยวัยรุ่นถามหมอเพื่อให้หมอบอกว่าเขาอยู่ในระยะสุดท้ายแล้วหรือไม่ เพื่อจะได้บอกรักต่อพ่อของตัวเอง แต่ในเวลาปกติไม่กล้าที่จะบอกเนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีหมอกบางๆ มากั้นทางออกที่ทีมงานเสนอให้คือการให้เขาเขียน diary ให้พ่ออ่าน ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถสื่อสารความในใจกันได้ในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิตเด็กหนุ่ม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมี asthma กำเริบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ มีอาการกระวนกระวาย ให้น้ำคาลาย กล้ามเนื้อแล้วยังมีอาการต่อต้าน ขณะที่ทีมงานสละระวนกับการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ สมาชิกในทีมคนหนึ่งสังเกตเห็นความรู้สึกหวาดกลัวของคนไข้ จึงสื่อสารจนเกิดความเข้าใจและความเชื่อมั่นว่าเราพร้อมจะดูแลเขาตลอดเวลา แม้ว่าเราจะไม่ได้อยู่ข้างเตียง ให้เขารับรู้ว่าเขาเฝ้าดูเครื่อง monitor จากจุดที่เราอยู่อย่างไร ทุกครั้งที่คนไข้เรียกก็จะเข้าไปหาตลอด เมื่อคนไข้เข้าใจ ก็สงบลง O2 sat ก็ดีขึ้นทั้งที่ยังไม่ได้ให้ยาอะไรเพิ่มเติม

นี่คือการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง



## C22 พลิกชีวิต เพิ่มคุณภาพในโรงพยาบาล ด้วยสุนทรียสนทนา

นพ.วิรัช พันธุ์พานิช	รพ. นครพิงค์
กุลดา พฤตวิวรรณ์	รพ. นครพิงค์
บุญเสริม ไคร้งาม	รพ. นครพิงค์
นพ.อภิชาติ วิสิทธิ์วงษ์	รพ. สวรรค์ประชารักษ์
นพ.วรวิทย์ ไหมวัชรกุล	รพ. สันทราย

โรงพยาบาลนครพิงค์, โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลสันทราย ได้นำสุนทรียสนทนาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง เป็นระยะเวลาสั้น ๆ โรงพยาบาลทั้งสามได้รับการอบรมเรื่องสุนทรียสนทนาจาก อาจารย์วิศิษฐ์ วังวิญญู และคณะจากสถาบันขวัญเมือง จังหวัดเชียงราย

สุนทรียสนทนาที่อบรมนี้ มีต้นคิดมาจาก Dialogue ของ เดวิด โบห์ม (David Bohm) นักฟิสิกส์ผู้ยิ่งใหญ่ ในการอบรมกับอาจารย์วิศิษฐ์ และทีมของโรงพยาบาลทั้งสามได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อีกมากมาย เช่น คลื่นสมอง ปัญญาสามฐาน มณฑลแห่งพลัง ผู้นำสี่ทิศ ฯลฯ รวมทั้งการฝึกเป็นกระบวนกร (facilitator) หลังจากนั้นพวกเขาได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในโรงพยาบาล ต่อไปนี้เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้สุนทรียสนทนาในโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง

### พลิกชีวิต เพิ่มคุณภาพด้วยสุนทรียสนทนา โรงพยาบาลนครพิงค์

ชาวโรงพยาบาลนครพิงค์รู้จักคำว่าสุนทรียสนทนาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 หลังจากที่ได้เชิญ อาจารย์วิศิษฐ์ วังวิญญูและคณะมาเป็นวิทยากร หลังจากนั้นแกนนำของโรงพยาบาลได้เข้าร่วมอบรมการเป็นกระบวนกร (facilitator) ที่จังหวัดเชียงราย ผลจากการฝึกฝนและฝึกฝนตัวเองทำให้สัมผัสกับกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ ทำให้ทีมแกนนำคิดว่าจะต้องนำสิ่งดี ๆ นี้ไปเผยแพร่ให้แก่ผู้คนในองค์กร โดยการอบรมผู้นำในวิทยาศาสตร์ใหม่ (Leadership and the new science) ให้แก่คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลอาวุโส

ภายหลังการอบรมหัวหน้างานส่วนใหญ่ได้มีการนำลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานโดยเน้นการทำงานบนพื้นฐานขององค์กรจัดการตนเอง สิ่งที่ได้รับการอบรมส่วนใหญ่ประจักษ์ก็คือ สิ่งดี ๆ ที่ก่อให้เกิดความสุขจากความสมดุลของตนเอง ครอบครัวและหน่วยงาน เนื่องกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ทำให้เกิดความคิดเชิงบวก เน้นเวทีไร้พรมแดน และความสมดุลของปัญญาสามฐาน ฯลฯ รวมทั้งเมื่อนำวิธีการของสุนทรียสนทนา (ซึ่งเป็นหัวใจของกระบวนกร) มาใช้ในหน่วยงานและในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ จึงเกิดปรากฏการณ์ Happy HA ขึ้น ซึ่งผู้เยี่ยมชมสำรวจสามารถสัมผัสได้ขณะเยี่ยมชมเพื่อ Re-accreditation เมื่อเดือนสิงหาคม 2549 ที่ผ่านมา

จากการเริ่มมีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ระบบย่อยในระบบใหญ่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลังการทำการผ่อนคลายก่อนเริ่มการพูดคุยอย่างสุนทรีย์ สมาชิกในวงสนทนามีความรู้สึกผ่อนคลาย และเข้าสู่คลื่น



สมองที่เบาสบายคือคลื่นอัลฟาหรือเบต้าอ่อน ๆ สมาชิกส่วนใหญ่มีความเร็วของคลื่นสมองที่ใกล้เคียงกัน กติกาของสุนทรียสนทนาทำให้สมาชิกในวงแต่ละคนต้องพูดทีละคน มีการตั้งใจฟังคนอื่นพูด ฟังอย่างลึกซึ้ง ฟังโดยไม่ตัดสินและห้อยแขวนความคิดของตนเองไว้ ทำให้ลดความขัดแย้ง เคารพความเห็นของผู้อื่น ส่งผลให้เวลาในการประชุมของวงสนทาลั้นลง และได้ประเด็นของการประชุมที่มีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างของการใช้สุนทรียสนทนาในโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การประชุมองค์รพพยาบาล หรือการประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทุกวันพุธ จะเริ่มต้นด้วยการผ่อนคลายประมาณ 10 นาทีก่อนการประชุม และประชุมตามวาระที่กำหนดไว้ด้วยวิธีการของสุนทรียสนทนา พบว่าใช้เวลาในการประชุมลดลงและได้สาระตามวาระที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังใช้สุนทรียสนทนาในการพูดคุยแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน ของกลุ่มงานอื่น ๆ (ทีมไร้พรมแดน) ทำให้ทราบสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงจากการรับฟังผู้ปฏิบัติงานสะท้อนปัญหาพร้อมกัน

อีกตัวอย่างหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จอย่างมาก คือ การรวมตัวของหัวหน้างานสนับสนุน (back office) ในการพบปะพูดคุยกันสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ด้วยวิธีการของสุนทรียสนทนา ทำให้ปัญหาของงานสนับสนุนที่มีในอดีตได้รับการแก้ไข และมีการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งมีการตั้งทีมสายฟ้าแลบ เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งทั้งโรงพยาบาล งานที่ทำส่วนใหญ่เป็นงานซ่อมบำรุง การดูแลภูมิทัศน์ของโรงพยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลนครพิงค์ได้จัดทำโครงการ "หันหน้าเข้าหากัน" ในปีงบประมาณ 2550 โดยได้มีการขยายการพูดคุยอย่างสุนทรีย์ไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม เมื่อเข้าใจวิธีการ จึงนำไปทดลองใช้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานผ่อนคลายและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### พลิกชีวิต เพิ่มคุณภาพด้วยสุนทรียสนทนา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

หลังจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ผ่านการประเมิน HA ในเดือนมีนาคม 2548 ความเหนื่อยหน่ายต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้เปลี่ยนเป็นความตั้งใจและภาคภูมิใจของเจ้าหน้าที่ แต่สภาพ ดังกล่าวค่อย ๆ เจือจางลงไปตามกาลเวลา อย่างไรก็ตาม ด้วยเป้าหมายที่มีอยู่ว่า โรงพยาบาลต้องผ่านการประเมิน HPH ในปี 2549 โดยใช้โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่เดิมเป็นตัวช่วยส่งเสริมการทำกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จนสามารถผ่านการประเมิน HPH ในเดือนมีนาคม 2549

จากการที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ใช้พลังที่มีอยู่ในตัวทุ่มเทให้กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ย่อมเกิดความอ่อนล้า และเมื่อเกิดความล้า หลายคนที่เป็นกำลังหลักของหน่วยงานและโรงพยาบาล ได้เริ่มถอนตัวจากการเป็นคณะกรรมการต่างๆ การประชุมของคณะกรรมการต่างๆ การประชุมของคณะกรรมการตามโครงสร้างคุณภาพเริ่มให้ผลผลิตลดลง การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเริ่มเคลื่อนช้าลง พลังของผู้คนในโรงพยาบาลเหือดหายไปไหนหมด ? เป็นคำถามที่เกิดขึ้นภายในใจของทีมนำเราจะเพิ่มพลังให้กับองค์กรได้อย่างไร ? สุนทรียสนทนาเป็นกระบวนการที่สามารถตอบคำถามนี้ได้

หลังจากได้ผ่านการอบรมสุนทรียสนทนาที่จังหวัดเชียงราย แคนนำได้พยายามผลักดันสุนทรียสนทนาเข้ามาในโรงพยาบาลด้วยความยากลำบาก เนื่องจากต้องทำความเข้าใจทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่จะเข้าอบรมว่า “สุนทรียสนทนา” ไม่ใช่ “สุนทรียวาจา” ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรมนั้นมีทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และหน่วยงาน และเมื่อการอบรมผ่านไปรุ่นแล้วรุ่นเล่า ความสุขในโรงพยาบาลเริ่มมีให้เห็นมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาในหน่วยงานหลายอย่างสามารถแก้ไขได้ จากการที่เจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาในครอบครัวของตัวเอง หลายคนสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันจนเกิดความสุขแก่ตัวเองและสามารถแบ่งปันความสุขนั้นให้กับเพื่อนร่วมงาน จากเดิมที่ไม่ค่อยมีใครอยากเข้าอบรมเพราะคิดว่าเป็นคนพูดไม่ดี แต่เดี๋ยวนี้กลายเป็นคำทักทายของเจ้าหน้าที่ว่า “เข้าอบรมสุนทรียสนทนาหรือยัง” เมื่อเจ้าหน้าที่มีความสุข พลังในองค์กรย่อมกลับมา และเมื่อพลังนี้มีมากพอ เราจะขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยใจที่มั่นคง

### สุนทรียสนทนากับโรงพยาบาลสันทราย

โรงพยาบาลสันทรายได้ผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการในรูปแบบต่างๆ มาเป็นเวลานาน ได้มีการใช้เครื่องมือคุณภาพหลากหลายเข้ามาร่วมกันพัฒนาโรงพยาบาล ในช่วง 5 ปีหลังมีความเข้มข้นในการวัด และการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ ทั้งเกิดขึ้นจากความต้องการจากระดับบริหารภายในโรงพยาบาล และถูกกำหนดมาจากภายนอกโดยตรง ซึ่งได้แก่รัฐบาล กระทรวง ทบวง กรมทั้งหลาย โดยทางอ้อม ผ่านทางกระบวนการรับรองคุณภาพต่างๆ ภายใต้คำเหล่านี้ “กรอบมาตรฐานการรับรอง” “มาตรฐานวิชาชีพ” “ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง”

จากการพัฒนาที่ค่อยเป็นค่อยไป เน้นการเรียนรู้ทุกผู้คน และไร้กรอบกำกับ มาเป็นการพัฒนาด้วยความเร่ง รีบร้อนแสดงผลลัพธ์ และกรอบของมาตรฐาน ให้ปฏิบัติ ซึ่งใช้ความกลัวในการจะไม่ได้การรับรองคุณภาพ เป็นแรงขับเคลื่อน ยอมจำนนต่อความเชื่อที่ว่า “ความรู้ภายนอกองค์กร ว่าดีกว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร” เห็นได้จากการเชื่อฟังผู้เยี่ยมสำรวจมากกว่าเสียงจากผู้คนในองค์กร ในท่ามกลางความเป็นไปนั้น ผู้คนเริ่มทุกข์ทรมาน เบื่อหน่าย และไร้พลัง

ผู้บริหารเฝ้าแต่ค้นว่าเหตุใด เมื่องานพัฒนาคุณภาพก้าวหน้าไป ความสุขของผู้คน ลดน้อยทุกข์ทรมานในงาน ไร้ความสุขเพื่อนร่วมทีม ชี้ความผิดที่ตัวคน เราไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดใดบอกสถานะเหล่านี้ แต่การได้ผ่านหนาวร้อนมาด้วยกัน เรา รู้สึกได้ การพัฒนาโรงพยาบาล น่าจะหลงทิศผิดทางแล้ว จะมีวิธีใดที่เราจะได้คุณภาพและมีความสุขในการได้ทำทั้งหมด เมื่อผ่านเวทีสุนทรียสนทนา และได้รับรู้แนวความคิดเรื่องวิทยาศาสตร์ใหม่ เราได้คำตอบแล้วว่า เหตุแห่งทุกข์คือฐานคิดของการสร้างระบบว่าองค์กรเป็นเครื่องจักร แต่ในสิ่งมีชีวิตมิได้เป็นการทำงานแบบเครื่องจักร ทุกอวัยวะ ทุกเซลล์ล้วนแล้วแต่อิงอาศัยซึ่งกันและกัน ต่างทำงานโดยอาศัยกลไกล้อนกลับ และยืดหยุ่นปรับตัวได้ตามบริบท ความผิดพลาดเป็นกลไกการเรียนรู้ ความเปลี่ยนแปลงเป็นแรงขับเคลื่อนชีวิต หากระบบประเมินไปประเมินการทำงานของตาเวลาเรานอนหลับ เราจะประเมินว่าตาไม่ทำงานหรือทำงานบกพร่องหรือเปล่า ความหมายของการมีชีวิต เป็นแรงขับเคลื่อนในการเจริญเติบโตขององค์กร ไม่ใช่ความกลัว และมีแต่สิ่งมีชีวิตเท่านั้นที่เรียนรู้ได้



การจะเป็นองค์กรที่มีการเรียนรู้ต้องเป็นองค์กรที่มีชีวิต การพัฒนาองค์กรควรเป็นไปอย่างสิ่งมีชีวิตที่ฟังเป็น โรงพยาบาลสันทรายเริ่มต้นในการเดินทางกลับไปสู่องค์กรมีชีวิต โดยการเริ่มหันหน้าเข้าหากัน ฟังโดยไม่ตัดสิน และฟังทั้งเนื้อทั้งตัว ทดลองปรับเปลี่ยนการวัดให้เป็นกลไกป้อนกลับเพื่อตนเอง เวทีประชุม ให้ใช้หลักการ สุนทรียสนทนา เราไม่ได้หันหลังให้แก่การประเมินคุณภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน แต่เราถอนตัวเองออกจากการจุ่มจมในการประเมินที่มีฐานคิดว่าองค์กรเป็นเครื่องจักร มาสู่การเป็นองค์กรที่มีชีวิต สิ่งมีชีวิตใช้เครื่องจักรเป็นเครื่องมือ ไม่ใช่ความหมาย สิ่งมีชีวิตสามารถค้นหาความหมายของชีวิตตนเอง และอยู่ได้โดยการอิงอาศัยสิ่งมีชีวิตด้วยกัน เป็นฐานคิดใหม่ในการพัฒนาองค์กร

## C23 ชีวิตจริยธรรม ยามเมื่อเทคโนโลยีไล่ล่า

นพ.วิรัช ทรัพย์ประพันธ์

สถาบันราชานุกูล

ดร.เจษฎา ไทณะวณิก

สำนักกฎหมาย

ดร.นเรศ ดำรงชัย

สถาบันคชดการณอนาคต สวทช.

เรื่องบางเรื่องดูเหมือนไกลตัว แต่ในเวลาไม่นานเราอาจจะพบด้วยความตระหนักว่าสิ่งนั้นมาถึงตัวเราแล้ว โดยที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน

เทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในระยะหลังและมีการนำมาใช้มากขึ้นเรื่อยๆ คือการตรวจวิเคราะห์ด้านพันธุกรรม, การใช้ stem cell ในการรักษา และสิ่งที่ใกล้ตัวมากที่สุดขณะนี้คือเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลในแง่มุมของกฎหมาย รวมทั้งข้อมูล genetics

ผู้ประกอบการซึ่งต้องมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยี ซึ่งอาจจะเป็นระดับการวางแผนที่จะรับเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ หรือการตัดสินใจใช้ในระดับุคคล รวมทั้งการมีบทบาทในการให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยและญาติ

อย่าปล่อยให้เทคโนโลยีไล่ล่าเราแต่ฝ่ายเดียว ขอเป็นฝ่ายดักหน้าบ้างเถิด



## C24 กิ่งกือยังตกบ่อ รูปหล่อยังพลาตริก

ศ. นพ. สุชาติ อินทรประสิทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี

พญ. เสาศิระ ยุทธสมภพ

รพ. หาดใหญ่

พญ. สมพิศ รักเสรี

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

พญ. กรรณิการ์ บางสายน้อย

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

วลีที่ว่า "สี่เท้ายังรู้พลาด นักปราชญ์ยังรู้พลั้ง" เป็นสิ่งที่ทุกท่านคุ้นเคย ส่วน "กิ่งกือยังตกบ่อ รูปหล่อยังพลาตริก" เป็นวลีที่ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ชื่อใหญ่ กล่าวเป็นการผ่นคลาย และให้กำลังใจแก่ทีมงาน เมื่อได้รับทราบว่าการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ดำเนินมาอย่างเข้มข้นนั้น ทำให้ไปโดยความรู้และเข้าใจของทีมงานที่ไม่แน่นอน แล้วท่านก็สั่งการให้จัดหาเอกสารตำราทั้งหลายที่เป็น original ภาษาต่างประเทศ มาศึกษากันอย่างจริงจัง

เหตุการณ์ครั้งนั้นได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและวิธีทำงานของทีมงานมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจกับ key words ต่อไปนี้

Holistic care	v.s. รักษา ส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ
Empowerment	v.s. Health education
จัดบริการเพื่อการเรียนรู้	v.s. ให้สุขศึกษารายกลุ่ม
สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้	v.s. บอร์ดสอนสุขศึกษา
เตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองในชุมชน	v.s. ส่งต่อชุมชน / สอ.
Work with	v.s. Work for
ชุมชนเรียนรู้ พึ่งพาตนเอง	v.s. ทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน

เกิดความเข้าใจในเป้าหมายของ HPH และเรียนรู้ที่จะ integrate กิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันจากที่เคยทำเป็นโครงการๆ ได้เห็นความสำคัญของกระบวนการ empowerment ซึ่งเมื่อก่อนนี้อาจจะเคยคุยกับคนไข้ แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาใช้ เมื่อเข้าใจแล้วก็จะนำข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์

จากนั้น ท่านผู้เชี่ยวชาญด้านโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพก็จะนำเสนอประสบการณ์ที่พบในที่ต่างๆ ว่ามีลักษณะคล้ายหรือต่างกันอย่างไร

## C25 หลอดเลือดหัวใจ อาย่าวางใจ ภัยใกล้ตัว

รศ. พญ. ทรงขวัญ ศีลารักษ์

น.อ. วงศ์ ลากานันท์

พญ. สุภารัตน์ ตันศุภสวัสดิกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

การดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปลอดภัยและได้ผลเป็น Patient Safety Goal ข้อหนึ่งที่ พรพ. เสนอไว้เมื่อปี 2549 แม้ว่าเราจะมีความรู้ทางด้านวิชาการที่ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ ยังคงมีปัญหา ต่างๆ ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามความรู้หรือแนวทางที่ควรจะเป็นได้ ยังมีความแตกต่างในผลลัพธ์ มีความ แตกต่างกันในโอกาสที่จะเข้าถึงบริการที่ควรจะเป็น จะมีหนทางใดที่จะช่วยกันทำให้มีการดูแลโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีคุณภาพกระจายอยู่ทั่วประเทศ ที่ทุกคนสามารถจะเข้าถึงได้โดยเท่าเทียมกัน

## C26 คุณภาพท่ามกลางเสียงบอมบ์

พญ.พรจิต จันทร์ศรี

รพ.ปัตตานี

จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ

รพ.ปัตตานี

พญ.ภัททิรา ทางรัตน์สุวรรณ

รพร.สายบุรี จ.ปัตตานี

นพ.สมชัย พงษ์รัญญะวิริยา

รพ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี

ภาระงานบริการสุขภาพเป็นเรื่องหนัก การพัฒนาคุณภาพก็เข้ามาเพิ่มงานขึ้นอีกส่วนหนึ่ง แต่การให้บริการสุขภาพในพื้นที่ซึ่งมีสถานการณ์ไม่สงบเรียบร้อยควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพจนเห็นผลได้ชัดเจน เป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าทำได้อย่างไร

กรณีตัวอย่างของ จ.ปัตตานี สะท้อนให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการมีผู้นำระดับสูง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด ที่สนใจ เข้าใจ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ ให้การสนับสนุนทุกๆ อย่าง ทั้งโรงพยาบาลและที่ปรึกษาจาก พรพ.ที่ลงไปปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังจนเกิดผลโดยทีมงาน สะท้อนถึงความร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันในพื้นที่

ฟังแล้วเราจะภาคภูมิใจที่เรามีเพื่อนเช่นนี้ร่วมแผ่นดินเกิดของเรา



## C40a สัมผัส Patch Adams

นพ.วัชรพล ภูนวล

รพ.อุตรดิตถ์

หลายท่านคงตั้งข้อสงสัย Patch Adams คือใคร "เขาเป็นเป็นแพทย์ ตัวตลก นักปฏิบัติ นักกิจกรรมทางสังคม ผู้ก่อตั้งและผู้อำนวยการสถาบัน Gesundheit ซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในชุมชน ให้บริการแก่ผู้ป่วยนับพันโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล เป็นผู้เขียนหนังสือ Gesundheit & House Calls เป็นนักพูดที่เข้าถึงอารมณ์ของผู้ฟัง เป็นบุคคลพิเศษที่ไม่ธรรมดา น่านับถือ น่าจดจำ สามารถเข้าถึงจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ได้อย่างเหลือเชื่อ" นี่เป็นคำกล่าวถึงบุคคลผู้ล้ำค่าท่านนี้ Patch Adams ตัวจริงที่อยู่เบื้องหลัง ภาพยนตร์ยอดเยี่ยม เรื่อง Patch Adams แสดงโดย Robin Williams

Patch Adams ได้กล่าวถึงภาพรวมของปัญหาระบบบริการสาธารณสุขของโลกและของสหรัฐอเมริกาที่ได้รับผลกระทบจากระบบธุรกิจและการตลาด ส่งผลให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมที่รุนแรง ประชากรผู้ยากไร้ทั่วโลกและในสหรัฐเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ดีได้ยาก จึงเป็นความจำเป็นเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการสร้างรูปแบบของการบริการสาธารณสุขที่สร้างสรรค์ในระดับ Micro คู่ขนานไปกับระดับ Macro เดิมเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีงาม สร้างสรรค์ และเกิดการขยายผลไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายใน ระดับ Macro ต่อไปเพื่อไม่ให้เกิดการทำธุรกิจในระบบบริการสุขภาพ

### ประวัติ Patch Adams

Patch Adams เกิดวันที่ 28 เมษายน ปี ค.ศ.1945 ในเมืองโคลัมเบีย รัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา เขาเกิดในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ต้องย้ายติดตามบิดาที่เป็นทหาร ไปปฏิบัติหน้าที่หลายแห่ง เช่น อยู่ที่ประเทศเยอรมัน 7 ปี ประเทศญี่ปุ่น 3 ปี รัฐเท็กซัส และที่อื่นๆ ในช่วงสั้นๆ การได้ไปอยู่หลายๆ ที่ช่วยพัฒนาทักษะในการปรับตัวเข้ากับเพื่อนใหม่และผู้คนได้มากขึ้น

เมื่ออยู่ในโรงเรียนเขาสนใจและเก่งทางด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ เขาชอบทำการทดลองวิทยาศาสตร์ชนิดต่างๆ เช่น การทดลองเรื่องสารเคมี การผ่าเนื้อเยื่อสัตว์ เขาเข้าร่วมการแข่งขันในนิทรรศการวิทยาศาสตร์ (The All-Europe competition) และได้รับรางวัลในโครงการด้านชีววิทยาที่ใช้สารเคมีที่ได้จากเชื้อรานำมาเป็นฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโตของพืช ชื่อโครงการ "The Effect of Gibberellin on Economic Crops" วิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ช่วยทำให้เขาเข้าใจหลักการและเหตุผลในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน และมีความชัดเจนในการหาคำตอบ สิ่งเหล่านี้ทำให้เขามีบุคลิกที่ชอบความมีระบบระเบียบ และชัดเจน

มารดาของ Patch Adams เป็นหลักในการดูแลเขาและพี่ชาย เนื่องจากบิดาต้องอยู่ประจำการที่กองทัพทหาร ไม่ค่อยได้อยู่บ้าน เขาซึมซับความมีอารมณ์ขัน และสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอจากมารดา สงครามโลกครั้งที่ 2 และสงครามเกาหลีได้ทำร้ายความรู้สึกและจิตใจบิดาของเขา ทำให้มีภาวะเครียด (post-traumatic stress syndrome) เป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง บิดาเขาเสียชีวิตด้วย

โรคหัวใจวาย ในปี ค.ศ. 1961 เมื่อ Patch Adams มีอายุได้ 16 ปี

Patch Adams เจ็บป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและต้องเข้านอนโรงพยาบาล 2 ครั้ง ภาวะวิกฤตในชีวิตเกิดขึ้นในช่วงเวลาไล่เลี่ยกันเมื่อต้องแยกทางกับคนรัก รู้สึกเสียใจกับการฆ่าตัวตายของลุงที่เป็นเสมือนพ่อบุญธรรมของเขา และต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน เขาบอกกับมารดาว่าเขาอยากฆ่าตัวตาย มารดาได้ปรึกษาแพทย์ประจำครอบครัวและจิตแพทย์ และแพทย์ได้ส่งเขาไปนอนในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นจุดพลิกผันในชีวิตเขา สิ่งที่ทำให้เขาดีขึ้นไม่ใช่หมอบ แต่เป็นครอบครัวเพื่อน และผู้ป่วยชื่อ Rudy ที่เป็นเพื่อนร่วมห้องขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล การพูดคุยกับ Rudy ทำให้เขาตระหนักถึงความสำคัญของความรักและการเปิดใจที่จะรับความรัก เขาได้คุยกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจคนอื่นๆ พบว่ามีสาเหตุโยงใยคล้ายๆ กันคือความโดดเดี่ยว และสูญเสียความฝันหรือสิ่งที่ปรารถนา การนอนโรงพยาบาลช่วยกระตุ้นให้เขาคิดหาวิธี และศึกษาปรัชญาเกี่ยวกับความมีสุข และมิตรภาพ เขาอ่านหนังสือจำนวนมากเกี่ยวกับจิตวิทยา ปรัชญา ทำให้เขาเข้าใจ และดึงดูดให้เขาสนใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของมนุษย์ เขาได้ทดลองเกี่ยวกับการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การทดลองเกี่ยวกับการสร้างมิตรภาพโดยการโทรศัพท์ไปหาคนที่ไม่รู้จัก บอกว่าต่อมิดและพยายามพูดคุยเพื่อดูว่าเขาสามารถคุยกับบุคคลเหล่านั้นได้นานเท่าใด และจะสร้างความสนิทสนมได้อย่างไร หลังจากออกจากโรงพยาบาลทำให้เขาต้องการที่จะให้บริการแก่ผู้คนด้วยการไปเป็นแพทย์

### The Gesundheit Hospital Project

Patch Adams เริ่มศึกษาในโรงเรียนแพทย์ในปี ค.ศ. 1963 (Medical College of Virginia) และจบการศึกษาใน ปี ค.ศ. 1971 เขาเชื่อมั่นว่าสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการมีสุขภาพที่ดี (wellness) และสุขภาพของบุคคล ไม่สามารถแยกออกจากสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และโลก เขาเชื่อว่าเสียงหัวเราะ ความสนุกสนาน และความคิดสร้างสรรค์ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการรักษา ดังนั้นการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริงต้องรวมไปถึงชีวิตของคน แพทย์และผู้ป่วยในรูปแบบของเขามีความสัมพันธ์กันบนพื้นฐานการไว้วางใจ (trust) ซึ่งกันและกัน และการที่แพทย์ให้เวลาอย่างมากแก่ผู้ป่วย Patch Adams และเพื่อนร่วมงานทางด้านการแพทย์ได้ร่วมกันทำโครงการนำร่องที่สถาบัน Gesundheit (มีความหมายว่า Good Health) ใน West Virginia ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในชุมชนโดยไม่คิดมูลค่ามาเป็นเวลา 12 ปี โดยมีหลักการว่า ความสัมพันธ์จะอยู่บนพื้นฐานของมิตรภาพ และความสนุกสนานเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในการทำงาน

เมื่อโครงการที่เวอร์จิเนียประสบความสำเร็จ รูปแบบการอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยก็มีการวางแผนจัดซื้อที่ดินบนพื้นที่ 310 เอเคอร์ ในเขตการปกครองของ Pocahontas, West Virginia สถาบันจะประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาด 40 เตียง โรงภาพยนตร์ ร้านศิลปะและงานประดิษฐ์ด้วยฝีมือการรักษาด้วยการปลูกพืชสวน และงานอาชีพ ซึ่งเป็นการผสมผสานการรักษาด้วยศิลปะและการทำงานเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งมีการนำแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษา เช่นการฝังเข็ม เป็นต้น การสร้างสุขภาพแก่ประชาชนจะประสบผลสำเร็จเมื่อมีการบูรณาการการรักษากับการนำศิลปะ งานฝีมือ ธรรมชาติ การเกษตร นันทนาการ มิตรภาพและความสนุกสนานเข้าด้วยกัน Gesundheit เป็นรูปแบบ

ตัวอย่างของ"โรงพยาบาลแห่งความสุข" ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและโรงพยาบาลทั่วโลก ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการที่การเข้าถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและประชาชน

### Clown trips

Patch Adams พยายามขยายแนวคิดนี้ไปทั่วโลกโดยเดินทางไปจัดประชุมเชิงปฏิบัติการมามากกว่า 50 ครั้งใน 40 กว่าประเทศในทุกทวีปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 1985 ที่ประเทศรัสเซีย ได้ไปจัด Clown trips (การร่วมทำกิจกรรมโดยทีมงานแต่งตัวเป็นตัวตลกในรูปแบบต่างๆ เช่น แต่งชุดบัลเล่ย์ นางฟ้า เป็นต้น) ถึง 187 ครั้งได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในรัสเซีย ทีมงานได้เดินทางไปทำ Clown trip มาแล้วใน 60 ประเทศทั่วโลก การจัด Clown trip แต่ละครั้งจะใช้คนประมาณ 8 - 88 คน มีการเดินทางไปทำงานหลายแห่งที่มีความประทับใจมากเป็นพิเศษ เช่น การเดินทางไปช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่ยากไร้ในประเทศกัมพูชา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เพียงแต่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเท่านั้น เขาได้พบว่าคนเกือบทุกคนมีปัญหาทางจิตใจเกี่ยวข้องอยู่ด้วยเสมอ แม้บางรายไม่ได้มีปัญหาของโรคทางกายเลยก็ตามแต่เมื่อมีการสัมผัสเชิงลึกแล้ว จะพบว่ามีความอ่อนแอทางจิตใจเป็นอย่างมาก ทีมงานได้ให้การช่วยเหลือไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ขยายออกไปครอบคลุมปัญหาทางสังคมอื่นๆ อีกด้วย อาทิ มีการสร้างโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนชาวกัมพูชาที่เป็นชาวบ้านในภูมิภานั้นๆ ทีมงานพยายามให้ชาวบ้านมีความเข้มแข็งในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีความรักกันโดยปราศจากเงื่อนไข เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนโดยมีความรักเป็นพื้นฐานอย่างมั่นคงตลอดไป.

อีกประเทศหนึ่งที่ Patch Adams มีความประทับใจคือประเทศเอล ซาลวาดอร์ โดยทีมงานไปสร้างคลินิกรักษาผู้ป่วยฟรีถึง 7 แห่งมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในคลินิกเป็นจำนวนมากและต่อมาก็ได้มอบให้อยู่ในการดูแลของหมอในประเทศนั้นให้ดำเนินงานต่อไป และเขา ได้มีการติดตามผลการดำเนินการจนกระทั่งปัจจุบัน พบว่ากิจการยังคงดำเนินต่อไปและมีการขยายสาขาออกไปอีกหลายแห่งโดยได้รับการสนับสนุนเงินบริจาคจากผู้ใจบุญจำนวนมาก เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับ Child sexual abuse เป็นจำนวนมาก จึงกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญเกี่ยวกับปัญหานี้แล้วให้ชุมชนมาร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไขจนประสบผลสำเร็จ และได้ขยายผลไปในระดับวงกว้าง นอกจากนั้นเขายังเป็นผู้ไปกระตุ้นให้เกิด Community projects อีกหลายโครงการมีทั้งโครงการทางสาธารณสุข การศึกษา การสาธารณสุขปโภคพื้นฐาน และการสร้างแหล่งน้ำกินน้ำใช้ที่สะอาด เป็นต้น เขาสนใจอยากที่จะให้คนทั่วโลกสามารถหาความรู้เพื่อนำมาสร้างให้เกิดความสุขกับตนเองได้โดยการอ่านหนังสือ เขาจึงเป็นผู้ขอรับบริจาคหนังสือจากผู้ใจบุญจากทั่วสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก แล้วนำมาสร้างห้องสมุดไว้ในหลายประเทศ รวมหนังสือที่ได้รับบริจาคทั้งหมด 16 ล้านเล่ม

### House Calls : การเยี่ยมบ้าน

25 ปีในการเป็นแพทย์ทำให้ Patch Adams รู้ว่าผู้คนที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่ทราบว่า จะต้องทำอย่างไรในการไปเยี่ยมทั้งในส่วนของผู้ป่วยและทั้งคนไปเยี่ยม การรักษาตัวในโรงพยาบาลนำไปสู่การรักษาที่ได้ผล แต่สิ่งที่หายไปคือการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นสิ่งที่นิยมในอดีต การเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งที่ง่ายและสนุก ทุกคนสามารถทำได้ไม่จำเป็นต้องจบปริญญาหรือมีใบอนุญาต

การไปนอนโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่มั่นคง เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งไปอยู่อย่างปัจจุบันทันด่วน เป็นสถานการณ์ที่พวกเขาไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ทำให้รู้สึกกลัว สิ้นสน วิดกกังวล และเครียด มีบางสิ่งที่สามารถเพิ่มความรู้สึกที่ดีจากการมานอนที่โรงพยาบาลเทียบเท่ากับการมีเพื่อนมาเยี่ยม คือ การที่มีคนนำความรัก ความเข้าใจ หรือแม้แต่การเล่น เพื่อทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากความวิตกกังวล Patch Adams ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน สิ่งที่ผู้ป่วยเห็นพ้องต้องกัน คือ การแสดงความเป็นเพื่อน เป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งในสร้างโมตรจิต ความพอใจ สบายใจให้แก่พวกเขา สิ่งที่ทำให้พวกเขามีความสุข ส่วนใหญ่ตอบว่าการมีเพื่อนมาเยี่ยมที่จริงใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยเฉพาะถ้าต้องนอนโรงพยาบาลนานๆ

ผู้ป่วยกล่าวถึงความสำคัญของความรัก อารมณ์ขัน และความสนุกสนานที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ในการอยู่ที่โรงพยาบาล การเอาใจใส่และการทำให้พอใจ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม ถ้าผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในการอยู่โรงพยาบาล ผู้มาเยี่ยมสามารถสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยด้วยการปลอบโยน ให้ความช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้ การเล่าเรื่องการถ่ายภาพ ของที่ระลึก และเกมส์ สามารถเป็นเครื่องมือที่ช่วยรักษาผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาลได้ด้วย พลังของการมาเยี่ยมอย่างเพื่อน มีคุณภาพเทียบเท่ากับการมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมาการดูแลผู้ป่วยที่ข้างเตียง ในประวัติศาสตร์ของการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยข้างเตียงจะบรรลุถึงคุณภาพสูงสุดด้วยการเยี่ยมบ้าน

## สรุป

จากเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Health care system design: Thinking “outside the box” กับ Dr. Patch Adams ระหว่างวันที่ 19-24 กันยายน 2549 ที่รัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าในการเสนอโครงการต่อสาธารณชนนั้น ควรตั้งคำถามที่มีการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในกลุ่มคน โดยใช้คำถามง่าย ๆ กับคนในสังคมนั้น คือ ทำไมคุณจึงอยู่ที่นี่ (Why are you here?) และ เราจะช่วยกันดูแลสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างไร (How can we want together to achieve the aim of healing?) ดังนั้นการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ต้องสอดคล้องกับพื้นที่ ผู้ป่วยและประชาชนเป็นสำคัญ

## เอกสารอ้างอิง

Adams, Patch, and Maureen Mylander . *Gesundheit! : bringing good health to you, the medical system, and society through physician service, complementary therapies, humor, and joy.* Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 1998.

Adams, Patch, House calls: how we can all heal the world one visit at time. San Francisco : Robert D. Reed Publishers, 1998.

<http://www.chy.com.au/patch.htm>

[http://www.patchadams.org/speakers/bio-patch\\_adam.html](http://www.patchadams.org/speakers/bio-patch_adam.html)

[http://en.wikipedia.org/wiki/Hunter\\_%22Patch%22\\_Adams#Early\\_career](http://en.wikipedia.org/wiki/Hunter_%22Patch%22_Adams#Early_career)

## รายชื่อวิทยากร

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
David Lu	Dr.	บริษัท บูชาประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด	
กนก อุตวิชัย	นพ.	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่	s4007001@yahoo.com
กวรรณิการ์ บางสายน้อย	พญ.	ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่	
กำพล แสงบุญสถิต	ดร.	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	compol@hotmail.com
กิตติมา เปาะเตาะ	นาง	โรงพยาบาลยะรัง	kittima_pl@hotmail.com
กุลดา พฤติววรรณ		โรงพยาบาลนครพิงค์	pkulada@gmail.com
กุลวิ ปัทิตตานนท์		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
กุลวดี สุระยุทธปรีชา		คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์	ศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	Sikjr@mahidol.ac.th
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	นพ.	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	
ขวัญใจ เหมือนเทศ		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	kay_kay@hotmail.com
คณิต ตันตศิรัทย์	นพ.	โรงพยาบาลน่าน	-
คมสัน ประยูรศิริศักดิ์		โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	
คู่ขวัญ สวัสดิ์พาณิชย์	พญ.	โรงพยาบาลมัจจุาศรี	
จรงค์ อินทร์เสวก		สถาบันธัญญารักษ์	insavek@yahoo.com
จันทิมา โยธาพิทักษ์	ภญ.	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	applesan2000@gmail.com
จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์	ผศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	pjarurin@medicin.psu.ac.th
จารุวรรณ กองแก้ว		คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	
จำเนียร ยืนยง	พญ.	โรงพยาบาลพนมสรวรคาม	Qcancan@yahoo.com
จินดา เกียรติศักดิ์โสภณ		โรงพยาบาลปัตตานี	pattani_nurse@hotmail.com
จุฬพงษ์ ทวีศรี	ดร.	ศูนย์ข้อมูลวัตถุอันตราย สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร กรมโรงงานอุตสาหกรรม	
จุฬพร ประสงค์		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
เจษฎ์ โทณะวนิก	ดร.	สำนักกฎหมายเจษฎ์ โทณะวนิก	jade_donavarik@yahoo.com
เจษฎา จงไพบูลย์พัฒนะ	นพ.	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	rungaroonw@vachiraphuket.go.th
ฉวีวรรณ ธงชัย	รศ.	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	nssgi012@chiangmai.ac.th
ชายศรี สุพรศิลาชัย	พญ.	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	chaisri_ncd@yahoo.com

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
ชนิตา นรดี		ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
ชเนนทร์ วนาภิรักษ์	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	cwanapir@mail.med.cmu.ac.th
ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์	ผศ.ดร.	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล	
ชาติรี เจริญศิริ	นพ.	โรงพยาบาลน่าน	tomchatree@yahoo.com
ชาติรี ดวงเนตร	นพ.	ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ	
ชานี จิตตรีประเสริฐ	นพ.	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	chn6853@yahoo.com
จิวิสุเฟิน		มูลนิธิพุทธจ้อจี้ไต้หวันแห่งประเทศไทย	
ชุมพล ชมะโชติ	ทพ.	สถาบันธัญญารักษ์	chamachol@yahoo.com
ไชยณรงค์ วงศ์ศิริธร		แกนนำชุมชนทุ่งบัวทอง	
ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	sicpk@mahidol.ac.th
ฐาปนี บุญนาค		โรงพยาบาลเขตนครหลวง	
ฐิติมา ชินะโชติ	รศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
ฐิติยา แก้วสมบูรณ์		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์	พญ.	สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์	
ดุสิต สดาวร	พ.อ.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	dusitsw@email.com
ทรงขวัญ ศิลารักษ์	รศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	sonsil@kku.ac.th
ทวีสุข พันธุ์เพ็ง	ดร.	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	นพ.	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
ทองนารถ คำใจ	รศ.ทพ.	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	thongnart@hotmail.com
ทัศนีย์ เดือนจันทร์ฉาย	ร.อ.หญิง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
ทัศนีย์ สุมาภรณ์		กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
เทพนิมิตร จุแดง		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	tepnimitr@yahoo.com
ธนรัตน์ นามผลดี		โรงพยาบาลปลวกแดง	Pizza2514@hotmail.com
ธนาสนธิ ธรรมกุล	น.ท.	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	tthummakul@yahoo.com
ธนิต หันนาค	นพ.	โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท	
จารุณี ปกาสิทธิ์		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	keawtanom@yahoo.com
ธีชช บุญญะการกุล		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ธีระศักดิ์ แซ่ฉั่ว		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
นงลักษณ์ วรวิเศษนันท์		โรงพยาบาลตากลิ	

รายชื่อ	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	E-mail address
นภาพร สูงภักข		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	pkai28@hotmail.com
นเรศ ดำรงชัย	ดร.	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค	nares@tmc.nstda.or.th
นฤมล ตปนียะกุล		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
นันทา อ่วมกุล	พญ.	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	nanta@health.moph.go.th
นิคม ไวยรัชพานิช		สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร	
นิมิต อินปันแก้ว	นพ.	โรงพยาบาลลำพูน	nimit.inpankaew@gmail.com
นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	นพ.	โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม	nut_mppm@hotmail.com
เนาวรัตน์ ยุกตะนันท์			
บดินทร์ วิจารณ์	น.ท.		
บุญเสริม ไคร้งาม		โรงพยาบาลนครพิงค์	
บุษบา จินดาวิจักษณ์	ภญ.รศ. ดร.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	pybcd@mahidol.ac.th
บุษยา สุตรานูช		โรงพยาบาลชลบุรี	
ปนัดดา ชิลวา	ดร.	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	pnadda@dmsc.moph.go.th
ประกายทิพย์ สุศิลป์รัตน์	พญ.	โรงพยาบาลบ้านแพวง	prakaibua@hotmail.com
ประเทือง ตียะไพบุลย์สิน	นพ.	โรงพยาบาลตากสิน	
ประพนธ์ ผาสุขยัต	ดร.	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม	
ประภา รัตนไชย	พญ.	โรงพยาบาลหาดใหญ่	rprapa01@hotmail.com
ประภา รัตนเมธานนท์		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
ประวิทย์ ภูมิวิระ		กำนัน ต.วังตะกอก	
ประวิทย์ ลิ้มควรรสุวรรณ	นพ.	โรงพยาบาลเลิดสิน	
ประเวศ วะสี	ศ.เกียรติ คุณ นพ.		
ประสิทธิ์ วัฒนภา	ค.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	sipwt@mahidol.ac.th
ปราณี กานูภาค	นาง	สถาบันัญญารักษ์	-
ปราณี ชมชัย		โรงพยาบาลหัวเจียว	
ปรีชา มณฑกานติกุล	ภก.มศ. ดร.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	pypmt@mahidol.ac.th
ปวีตร วัฒนชานนท์	นพ.	โรงพยาบาลละงู	pawitvan@hotmail.com
ปวีณา สนธิสมบัติ	ภก.มศ. ดร.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
ปารมี ทองสุกใส	รศ. พญ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	paranee.t@psu.ac.th
ผุสดี บัวทอง	ภญ.	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	
พนมพันธ์ ศิริวัฒนานกุล	นพ.	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	phanompun@yahoo.com, prapas@health.moph.go.th
พนิตตา ภาคกิจ		โรงพยาบาลพระรามเก้า	Panitta@praram9.com
พรจิต จันทร์คมี่	พญ.	โรงพยาบาลปัตตานี	-
พรประภา โฉนระวงศกร	น.ต.หญิง	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	
พรรณวดี พุฒวัฒน์	รศ.ดร.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	rappw@mahidol.ac.th
พรเลิศ ฉัตรแก้ว	ผศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
พัชรี คำธิตา		โรงพยาบาลแม่ทา	khamthita@hotmail.com
พันธ์ทิพย์ สงวนเชื้อ	รศ.พญ.		drpantip@gmail.com
พิกุล นันทชัยพันธ์	ผศ.ดร.	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	pikul@chiangmail.ac.th
พิกุล เฮงสนั่นกุล		โรงพยาบาลน่าน	-
พิกุลทอง อินทรประการ		โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล	dr.28@paolohealthcare.com
พิเชฐ บัญญัติ	นพ.	โรงพยาบาลบ้านตาก	tingbaryati@yahoo.com
พิษณุ มณีโชติ	นพ.	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	-
พิสุทธิ ปทุมมาสูตร		มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต	pisut Lek <pisut124@hotmail.com
พูนรัตน์ สัยติกุล		ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ	
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน		โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	
ไพฑูรย์ บุญมา	นพ.	ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ	bghic@bgh.co.th
ไพโรจน์		มูลนิธิพัฒนารักษ์	-
ไพศาล กังวลกิจ	ผศ.พิเศษ ทพ.	ทันตแพทยสภา	
ไพศาล วิสาโล	พระ	วัดป่าสุชะโต อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ	
ภัทริกา ทางรัตนสุวรรณ	พญ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี	-
ภิเสก ลุมพิกานนท์	ศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	pisake@kku.ac.th
ภูพิงค์ เอกะวิภาต	นพ.	สถาบันประสาทยุติยา	
ภูรี อนันตโชติ	ผศ.ดร.	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	puree.a@chula.ac.th
มงคล ณ สงขลา	นพ.	กระทรวงสาธารณสุข	





รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
มนัส วงศ์เนตร	นพ.	โรงพยาบาลน่าน	-
มะลิวัลย์ กวีติยานนท์		บริษัท 3M ประเทศไทย	gmaliwan@mmm.com
มณฑนา วงศ์ศิริวรรณ	ผศ.ดร.	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์ การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัย มหิดล	
มาลี งามประเสริฐ		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
มิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ	ดร.	สถาบันการบริหารและจิตวิทยา	michita@thaibass.com
เมธ ขวณคุณากร	ทพญ.	โรงพยาบาลสังขละบุรี	bkmay@hotmail.com
ยงค์ รงค์รุ่งเรือง	ผศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	siyru@mahidol.co.th
ยุวดี เกตสัมพันธ์	ดร.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	sryks@mahidol.ac.th
ยุวรีย์ พิชิตโชค	ผศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	yuwareev@yahoo.com
รัชนา ศานติยานนท์	รศ.ดร.	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	rachana.s@chula.ac.th
รัตนา นิลเพชรพลอย	พญ.	โรงพยาบาลอุทอง	
รัตโนทัย พลับรู่การ	พญ.	สถาบันสุขภาพเด็กมหาราชินี	ratanop@hotmail.com
เรณู พุกบุญมี	ผศ.ดร.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามธิบดี	pookboon@yahoo.com
เรวดี ศิรินคร		สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรง พยาบาล	
ลดลลักษณ์ ดาวฤกษ์		โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	
ลดารัตน์ ผาตินาวิน		สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	ladarat@health.moph.go.th
ลดาวัลย์ รวมเมฆ		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
วนิดา เทพจันทร์		สถานบริการสุขภาพพิเศษ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	wanida.c@mail.med.cmu.ac.th
วรรณิลาพานันท์	น.อ.	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	w_lapanum@hotmail.com
วรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์	รศ.พญ.	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	wannafemed@yahoo.com
วรรณิณี ไชยทรัพย์	นพ.	โรงพยาบาลสันทราย	director@sansaihospital.com
วิมลนพงศ์ สุขมงคลชัยกุล	นพ.	โรงพยาบาลเกาะคา	pop_su@yahoo.com
วันชัย บุพพันทรัพย์	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร	wanchaib@yahoo.com
วัลย์จวี หนูย้ง		โรงพยาบาลลพพิหาร จังหวัดสงขลา	jaw1234@gmail.com
วิชชุณี พิศารกุล	ภญ.	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	wichunee@yahoo.com
วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล	นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	

รายชื่อ	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	E-mail address
วิธาน สุวานะวุฒม์	นพ.		drwithan@hotmail.com
วิภาดา เชาวกุล	พญ.	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	vipada@yohoo.com
วิรัช พันธุ์พานิช	นพ.	โรงพยาบาลนครพิงค์	
วิรุณ บุญนุช	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
วิรุฬห์ ลิ้มสวาท	นพ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง	Lwirun@yahoo.com
วิศิษฐ์ วังวิญญู		สถาบันขวัญเมือง มูลนิธิสังคมวิวัฒน์	yourservant007@yahoo.com
วีณา จีระแพทย์	ศ.ดร.	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	j_veena@hotmail.com
วีรมลล์ จันทร์ดี		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	veeramoni@gawab.com
วีรยุทธ ประพันธ์พจน์	นพ.	สถาบันราชานุกูล	vpthailand@yahoo.com
ศรายุทธ พูนพิน		สอ.ทอ.แท่ จังหวัดพิษณุโลก	
ศรีอรุณ สุขเจริญ		กรมควบคุมมลพิษ	
ศิริพร ปิติมานะอารี	รศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	sispm@mahidol.ac.th
ศิริวัฒน์ ต้นสกุล		สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	siri_nci@yahoo.com
ศิริลักษณ์ กล้าณรงค์	พญ.	โรงพยาบาลพิษณุโลก	ksireeluck@hotmail.com
ศิริอร สิ้นสุ	รศ.ดร.	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	nsssd@mahidol.ac.th
ศิวาพร จันทร์กระจ่าง	มศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	schankra@mail.med.cmu.ac.th
สกล สิงหะ	นพ.ดร.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	sssingha@gmail.com
สงกรานต์ พุทธิขจร		โรงพยาบาลหัวเจียว	sujesda@yahoo.com
สงวนสิน รัตนเลิศ	ศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	sanguansin.r@psu.ac.th
สมเกียรติ โพธิ์สัตย์	นพ.	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
สมจิตต์ ชัยเจริญ	นพ.	โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	
สมชัย เจ็ดเสริมอนันต์		โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	
สมชัย พงษ์รัญญูะวิริยา	นพ.	โรงพยาบาลยะหริ่ง	Somchai.lim@hotmail.com
สมทรง จุไรทัศน์ย์		ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี	ramascu@hotmail.com
สมบัติ บุญงามอนงค์		มูลนิธิกระเจ๊กงา	sombat@bannok.com
สมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์	นพ.	โรงพยาบาลบางสะพานน้อย	sompong_psat@hotmail.com
สมพิศ รักเสรี	พญ.	ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	
สมยศ ศรีจรรย์	นพ.	โรงพยาบาลเขาวง	



รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
สมศักดิ์ วัฒนศรี	นพ.	สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	does_w@hotmail.com
สรรวัช อิศวเรืองชัย	นพ.	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ	santawat@gmail.com santawat@hotmail.com
สวรรค ขวัญใจพานิช	นพ.	โรงพยาบาลชลบุรี	-
สว่าง แสงหิรัญวัฒนา	ค.เกียรติ คุณ นพ.	โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท	ssaenghir@samitivej.co.th
สามารถ นิธินันท์	พ.อ.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	samart2074@yahoo.co.uk
สายัณห์ แสงสุข	พันจัตตรี	โรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์	
สิทธิชัย เขียวยืนยง		การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	
สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข	นพ.	โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า	babinski@keromail.com
สิทธิศักดิ์ พุททษปิติกุล	นพ.	บ.ADLI	sittisak@adlisolutions.com
สิรินทร์ ฉันทศิริกาญจน์	รศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี	c_sirintorn@yahoo.com
สุคนธ์ เจียสกุล		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
สุชาติา อโณทยานนท์	พญ.	โรงพยาบาลชลบุรี	-
สุชาติ อินทรประสิทธิ์	ศ.นพ.		tesid@mahidol.ac.th
สุดา วิไลเลิศ		โรงพยาบาลชลบุรี	jum_suda@yahoo.com
สุदारัตน์ ต้นศุภสวัสดิ์กุล	พญ.	โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ	
สุธรรม ปิ่นเจริญ	ผศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลลา นครินทร์	sutham.p@psu.ac.th
สุธาสินี นานหว่า		มูลนิธิรักษไทย สมุทรสาคร	suthasinee_sk@raksthai.org
สุพรรณิ อัครเอกมาลิน		โรงพยาบาลพญาไท 2	
สุภาพรณ นิตยสุภาภรณ์		โรงพยาบาลหัวเฉียว	supapunnit@yahoo.com
สุมาลี เกียรติบุญศรี	ศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี	
สุमितรา ถานะสม		โรงพยาบาลบ้านธิ	tt_tanasom@hotmail.com
สุเมธ ดันติเวชกุล	ดร.	มูลนิธิชัยพัฒนา	
สุรัชย์ ปัญญาพทุทธิพงศ์	นพ.	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	ruksin@thaimail.com
สุรัชย์ ปัญญาพทุทธิพงศ์	นพ.	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	pattharakom147@hotmail.com
สุรพล แสงรัตน์ชัย		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
สุรีย์ ลิ่มมงคล		คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	ppns26@yahoo.com
สุวัฒน์ อินกรนุวัฒน์	นพ.	โรงพยาบาลเสาไห้	Ping_suwat@hotmail.com

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
สุวัฒน์ มหันต์นิรันดร์กุล	นพ.	โรงพยาบาลสวนปรุง	suwat_dr@yahoo.com
สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	นพ.	โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา	
สุวัฒนา จุฬารัตนทล	ภก.รศ.ดร.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	pyscla@mahidol.ac.th
สุวิมล สันติสุขธนา		คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
สุห้วง พันธุ์ถาวรวงศ์		โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์	suhuang_sis@hotmail.com
เสงี่ยม สมวัน		หจก.ส.เรืองโรจน์สระบุรี	
เสรี ทองมาก		มูลนิธิพัฒนารักษ์	-
เสาดิระ ยุทธสมภพ	พญ.	โรงพยาบาลหาดใหญ่	
เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์	รศ.ดร.	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา	sauwakon.k@chula.ac.th
โสภณ พัฒนะอิม		อาสาสมัครโรงพยาบาลสวนปรุง	kitchana0385@hotmail.com
โสภา ตั้งอ่วมกุล		โรงพยาบาลคูทอง	
สายจิตต์ วงศ์ใหญ่	พ.อ.หญิง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	tptnral@yahoo.com
อดิศร วงษา	พ.อ.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
อนุชา อภิสารณรักษ์	ผศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	anapisarn@yahoo.com
อนวัฒน์ ศุภชุตikul	นพ.	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	anuwat@ha.or.th
อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์	นพ.	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	
อภิชาติ ศิวาธรร	รศ.คณินิก นพ.	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล	apichai@bungrakji.com
อภิสมัย ศรีรังสรรค์	พญ.	โรงพยาบาลศรีธัญญา	
อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ	ทพ.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
อโศก พลบำรุง		มูลนิธิพัฒนารักษ์	asokpon@yahoo.com
อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์		โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา	onkom_noi@hotmail.com
อะเคื้อ อุดนเรชกะ	รศ.	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	akeau2@yahoo.com
อาทิตย์ ชุมทอง		กองวิศวกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	
อานนท์ วิทยานนท์	ผศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	varmong@medicine.psu.ac.th
อากาศร สุปัญญา		สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	apakorn@ha.or.th
อารยา ทองผิว	พญ.	โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล	dr.28@paolohealthcare.com
อินทิรา กาญจนพิบูลย์	ภญ.	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	inthira.k@psyrinc.info, inthira@email.pharm.su.ac.th
อุษา ศิริบุญฤทธิ์	พญ.	โรงพยาบาลชลบุรี	-



รายชื่อ	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	E-mail address
สุรจณี บุญประกอบ		โรงพยาบาลสิงห์บุรี	
ลัดดา เฉลยภักดี	ผศ.	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	
อำไพ อุไรโรจนากร		โรงพยาบาลศิริราช	
สละ อุบลสาย	-	โรงพยาบาลราชวิถี	
ศุภมล ศรีสุขวัฒนา		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	

## รายชื่อวิทยากร ORAL

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
กฤษณา โดยบิดา		โรงพยาบาลละงู	
คำภา ห่อนิล		โรงพยาบาลวารินชำราบ	
คุณารัตน์ ศรีวีระ		โรงพยาบาลเสาไห้	
จลี เจริญสรรพ		โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	
ชื่นกมล นาคประเสริฐ		โรงพยาบาลแม่สรวย	
ธงชัย มีสีถาวร	นพ.	โรงพยาบาลแพร่	
ธวัชชัย ใจคำวัง	นพ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร เชียงราย	
ธีรภา ธาณี		โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	
นาถอนงค์ น้อยน้ำคำ		โรงพยาบาลศรีนครินทร์	
นิอายุบ นิเงาะ	กก.	โรงพยาบาลกะพ้อ	
ปริญญาพร คล้ายบ้านใหม่		โรงพยาบาลพิบูล	p_baibua@hotmail.com
พวงพยอม จุละพันธ์		โรงพยาบาลจตุรธานี	juthara_l@hotmail.com
ไพจิตรว ล้อสกุลทอง		โรงพยาบาลสปีว	
มนัญญา เครือวัลย์		โรงพยาบาลเสาไห้	itnoteasy2525@yahoo.co.th
มลทิรา สุขนิตย์		โรงพยาบาลชะอวด	
มารีญา ปัตยบุตร		โรงพยาบาลสรามัน	
ยุวเรศ สิทธิชาตัญญา	พญ.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ	
รังสรรค์ นิรามิษ	นพ.	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
ลักขณาภรณ์ เสนชัย		โรงพยาบาลหนองบัวระเหว	
วรรณภา ศุภศิริลักษณ์	พญ.	โรงพยาบาลพนัสนิคม	an_sgm@yahoo.com
วราภรณ์ นิเกศรี		โรงพยาบาลสมุทรสาคร	
วาทินี อิศรางกูล ณ อยุธยา		โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	
วาสนา พินิจสุวรรณ		โรงพยาบาลแม่ใจ	
วิญญาน ศรีรักษ์	กก.	โรงพยาบาลกุดจับ	
ศศิธร บุญญาภิรักษ์กุล		โรงพยาบาลโอเวอร์นัมบูค	
สัลมา ชูอ่อน		โรงพยาบาลกะพ้อ	
สุรีย์ เจียมศุภฤกษ์		โรงพยาบาลสงขลา	
อรพรรณ อิศราภรณ์		โรงพยาบาลพุทธชินราช	
อุบลรัตน์ ดีพร้อม		โรงพยาบาลสุรินทร์	

## รายชื่อวิทยากรPOSTER

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
กฤษณา พุทธวงศ์		โรงพยาบาลขุนตาล	
กัลณิดา สังข์แก้ว		โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	
เกษกนก ปทุมราษฎร์	พ.ท.หญิง	โรงพยาบาลค่ายสรรพรสพิษณุประสงค์	
คุณสุวีรภรณ์ สมคะเนย์		โรงพยาบาลเชียงใหม่	
จรรวมล แพ่งโยธา		โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	
จินห์จุฑา คล้ายวงษ์		โรงพยาบาลมัญจาคีรี	jklaivong@yahoo.com
จิราภรณ์ เมहनัดล		โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
จวีนาตย์ ยอดมณี		โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง	
จูไรรัตน์ สวัสดิ์		โรงพยาบาลสงขลา	
เจนจิรา แพงหลวง		โรงพยาบาลเสาไห้	
ชนาภัทร วงษ์เนตร		โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม	
ชุมพล พูลประสาท		โรงพยาบาลหัวเจียว	
เชิดพงศ์ หังสสุต	นพ.	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล	
ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์	นพ.	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	
ดวงฤทัย สุคนธปฏิภาค		โรงพยาบาลลิซล	
ธานี พิมพ์พันธ์		โรงพยาบาลหล่มสัก	swapob@hotmail.com
นงลักษณ์ วรรณชานันท์		โรงพยาบาลตากลี	
นฤดี ฉาบโรสงค์		โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	
นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร	ศ.พญ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	nuawanongv@yahoo.com
นิตยา ตะนะสอน		โรงพยาบาลมหาสารคาม	
นิตยา ลิมวิริยะกุล		โรงพยาบาลละงู	
เนตรนภา ดิษฐสะเมาะ		โรงพยาบาลนวมินทร์	
เนาวรัตน์ สุ่มตีบ		โรงพยาบาลเสาไห้	
บุญเรียม จุติวิโรจน์		โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	
ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล	นพ.	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	
ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย	นพ.	ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ	
ปรารถนา สหัฐกุล		โรงพยาบาลสระบุรี	
เปรมสุวีร์ณี แสนสม		โรงพยาบาลพุทธชินราช	
พรณี แสงอินทร์		โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	
เพชรนภา พรหมชนะ	รอ.หญิง	โรงพยาบาลค่ายสรรพรสพิษณุประสงค์	
ไพศาล เตชะวลีกุล	นพ.	โรงพยาบาลบางปะอิน	
ภาวิณี โอภาสกรีกุล		โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	

รายชื่อ	คำนำหน้า	สถานที่ทำงาน	E-mail address
ภาวินี บุตรแสน		สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์	
มณี ธาดาดินทร์		โรงพยาบาลพนสนิมคม	
รัตนา เชื้อนแก้ว		โรงพยาบาลนครพิงค์	
รัตนารัตน์ ตั้งยิ่งยง		โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	
รุจิรา อากาศบุษยพันธ์		สถาบันธัญญารักษ์	
วรรณิ์ ลัดคนาโชค		โรงพยาบาลราชบุรี	
วันเพ็ญ ยืนยงแสน		โรงพยาบาลเชียงคำ	
วิภาพร อธิฤกุล		โรงพยาบาลขอนแก่น	
สดใส บุญธรรม		โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน มหาราช	
สมบัติ น้ำดอกไม้		โรงพยาบาลอ่างทอง	
สมพันธ์ นวรัตน์	นพ.	โรงพยาบาลบ้านลาด	
สายชล ไทยอุดม		โรงพยาบาลด่านขุนทด	
สายอรุณ พองจางวาง		โรงพยาบาลป่าแดด	
สุจินดา ยิ่งรักศรีศักดิ์		โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	
สุธีรา พิมพ์รส		โรงพยาบาลศรีนครินทร์	
สุภาณี จินาสวัสดิ์		โรงพยาบาลวังเหนือ	
สุวารีวรรณ จิระเสวกติลก		โรงพยาบาลราชวิถี	
โสภา ผดุงสิทธิโชค		สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
สุวนา พฤกษ์สุวรรณ		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	
อรสา หงิมรักษา		โรงพยาบาลตากสิน	
อัจฉราพร ศรีตระกูล		ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่	
อัมพร สร้อยบุญ		โรงพยาบาลลำพูน	
เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ	นพ.	โรงพยาบาลสิชล	
อัศนีย์ อินนาคุณ		โรงพยาบาลพุทธชินราช	





## รายชื่อผู้ดำเนินร

รายชื่อ			e-mail address
กำธร พุกขานานนท์	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	kamathorn@thai.com
กิตติยา เตชะไพโรจน์	ดร.	โรงพยาบาลอุดรธานี	tkittiya@yahoo.com
กิตติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ	นพ.	โรงพยาบาลบัว	
คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์	ภก.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
ครรชิตเทพ ต้นเฝ้าพงศ์	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์	
จิรสิทธิ์ เมฆวิชัย	นพ.	โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา	
เจษฎา สุวรรณสินธุ์	พลเรือโท		hallsuwan@hotmail.com
เจ็ดพันธ์ ภัทรพงศ์สินธุ์	นพ.	โรงพยาบาลหนองบัวละเหว	cherpatt@ccme.or.th
ชาญชัย ดิกชะปัญญา	พ.อ.	โรงพยาบาลค่ายสุรนารี	srm_homepage@hotmail.com
ณัฐริต ศรีบุญเรือง	ภญ.	โรงพยาบาลแม่อาว	
ณัฐกร ประกอบ	พญ.	โรงพยาบาลลพบุรี	
ธมนพัทธ์ สิมากร	พ.ต.หญิง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	
นพดล วานิชฤดี	นพ.	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	
เพชร ภัทรสินดา			
รณชัย อธิสุข	รศ.นพ.	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	
รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล	พญ.	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	
จรรยา ศุภศิริลักษณ์	พญ.	โรงพยาบาลพนัสนิคม	an_sgrm@yahoo.com
อุดมเดช โอภาสเจริญสุข	นพ.	โรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่	
ศิริลักษณ์ เกี้ยวข้อง		โรงพยาบาลกระบี่	
สมคิด เลิศสินอุดม	นพ.	โรงพยาบาลขอนแก่น	
สุวรรณา เวะทร		โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	suwannabtho@thaimail.com
อุดม สีสาทวีวุฒิ	นพ.		

“Humanized Healthcare

คือการเติมเต็มในส่วนที่ยังขาดหายไปจากระบบที่เป็นอยู่  
การเติมเต็มนี้จะนำไปสู่คุณภาพหรือสุขภาวะของระบบ  
และทุกชีวิตที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่เติมลงไปนี้เป็นเสมือนของเหลวที่สามารถแทรกซึม  
เข้าไปสู่ทุกจุด สามารถปรับรูปทรงให้เข้ากับสิ่งที่มีอยู่  
และมีคุณสมบัติของกาวที่จะช่วยยึดจับโครงสร้างที่มีอยู่เดิม  
ให้มีความเข้มแข็งและทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างสมบูรณ์”



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ( พรพ.)

อาคารกรมการแพทย์ 6 ชั้น 2 ถนนงามวงศ์วาน อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2589-0023 -4 , 0-2951-0102-3

โทรสาร 0-2589-0056 , 0-2952-0238 ,0-2951-0104

web-site : [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

โดยการสนับสนุนของ



หนังสือปก ๑๐๐ ปี เล่ม หวังหมื่นแก้ว



00008584